



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

**O Papel do Enfermeiro Especialista na Gestão do Regime
Terapêutico de Crianças/Adolescentes e Famílias**

Ana Rita Sousa Ribeiro Capitão

Coimbra, setembro de 2025



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO

**O Papel do Enfermeiro Especialista na Gestão do Regime
Terapêutico de Crianças/Adolescentes e Famílias**

Ana Rita Sousa Ribeiro Capitão

Orientadora: Doutora Márcia Pestana Santos, Professora Adjunta, Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Relatório Final de Estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Coimbra, setembro de 2025

PENSAMENTO

“O Sucesso nasce do querer, da determinação e persistência
em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo,
quem o busca e vence obstáculos, no mínimo
fará coisas admiráveis”

José de Alencar

DEDICATÓRIA

A ti meu anjo, a tua existência e partida forçada, tatuaram para sempre a minha vida! Serás
sempre o impulsionador deste caminho.

Aos meus pais e irmã por tudo o que sou hoje.

Aos meus filhos Ana Guiomar, Mafalda e Santiago, e ao meu marido, que me inspiram
diariamente a continuar o caminho da procura de ser uma pessoa, mãe e profissional melhor
do que ontem e a nunca desistir.

Ao meu Avô Fernando, que esteve sempre presente enquanto a vida lhe permitiu. Obrigada
pelos laços de amor intermináveis, conselhos e valores que me acompanham até hoje.

Onde estiveres, que possas sentir orgulho do meu caminho.

AGRADECIMENTOS

O presente relatório é o produto final de uma longa caminhada, com início em 2018. Numa altura pessoal e emocionalmente difícil, decidi candidatar-me ao Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica por forma a canalizar toda a minha energia na formação profissional que, apesar de representar um desígnio pessoal, estava até então, em segundo plano a aguardar o melhor momento de conciliação familiar e profissional.

Deste modo, dedico estas palavras de enorme gratidão a todos os que cruzaram o meu caminho durante este percurso:

...à minha família, amigos e às minhas irmãs de coração Rita, Marta e Sandra que não me soltaram a mão quando eu mais precisei.

... à Professora Doutora Márcia Santos, pela orientação, acompanhamento, conselhos, por todo o apoio, persistência e compreensão, principalmente na última etapa, onde a motivação nem sempre esteve comigo e onde tudo pareceu distante e difícil de terminar.

... aos professores, colegas e companheiros de curso, crianças e famílias, pois com o seu apoio, carinho e contributo tornaram exequível a elaboração deste trabalho.

... a cada uma das enfermeiras tutoras dos diferentes locais de estágio onde estive neste processo de aprendizagem, que marcaram este meu percurso, pelo seu exemplo profissional, por todo o carinho com que me receberam, por todo o seu conhecimento e experiências transmitidas.

...a todos os elementos das equipas multidisciplinares dos locais de estágio onde estive, pela partilha de conhecimentos, mas também por me fazerem sentir que pertencia ali, pelo carinho, amizade e disponibilidade ímpar.

... ao Enfermeiro Gestor do meu serviço e aos meus colegas pela compreensão pelas ausências e pelo incentivo.

Agradeço a todos, do fundo do meu coração, por toda a força transmitida, por não deixarem de me apoiar, e pela motivação a seguir em frente e a concluir o Mestrado.

RESUMO

O presente relatório de estágio foi elaborado com o objetivo de ilustrar o percurso formativo realizado no âmbito da formação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Com este documento é meu propósito evidenciar as experiências tidas nos contextos de Comunidade, Neonatologia e Cuidados Diferenciados e refletir sobre a forma como estas contribuíram para o desenvolvimento das competências necessárias a um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, exigidas pela Ordem dos Enfermeiros. Tem ainda como objetivo apresentar os resultados obtidos através do desenvolvimento da componente de investigação subordinada ao tema “*Experiências dos pais das crianças/adolescentes que se encontram a realizar terapêutica com sistemas híbridos de administração automática de insulina no tratamento da diabetes tipo 1: estudo qualitativo*”.

A introdução dos sistemas híbridos de administração automática de insulina representa uma evolução tecnológica relevante, mas também um desafio, exigindo novas aprendizagens, adaptações e responsabilidades por parte dos pais. O estudo possibilitou identificar benefícios e constrangimentos percecionados, reforçando a necessidade de intervenções de enfermagem orientadas para a capacitação parental, o suporte psicossocial e a articulação com os diferentes contextos de vida da criança/adolescente.

Em síntese, o percurso formativo permitiu atingir as competências especializadas definidas pela Ordem dos Enfermeiros e os objetivos do plano de estudos do mestrado. A investigação, articulada com a prática clínica, constituiu um contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem à criança/adolescente com DM1 e respetiva família, além de ter favorecido o desenvolvimento de competências clínicas avançadas e a consolidação de uma prática sustentada na evidência científica.

Palavras-chave: Diabetes *Mellitus* tipo 1; Experiência parental; Gestão do regime terapêutico; Intervenções de enfermagem; Parceria de cuidados; Sistemas Híbridos de Administração Automática de Insulina.

ABSTRACT

This internship report was prepared with the aim of illustrating the training pathway undertaken within the framework of the Master's Degree in Child and Pediatric Health Nursing. The purpose of this document is to highlight the experiences gained in the contexts of Community, Neonatology, and Specialized Care and to reflect on how these contributed to the development of the competencies required of a Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, as established by the Portuguese Order of Nurses. It also aims to present the results obtained through the development of the research component entitled *“Experiences of parents of children/adolescents undergoing therapy with hybrid closed-loop insulin delivery systems in the treatment of type 1 diabetes: a qualitative study.”*

The introduction of hybrid closed-loop insulin delivery systems represents a significant technological advancement but also a challenge, requiring new learning, adaptations, and responsibilities from parents. The study made it possible to identify perceived benefits and constraints, reinforcing the need for nursing interventions aimed at parental empowerment, psychosocial support, and the articulation with the different contexts of the child's/adolescent's life.

In summary, this training pathway made it possible to achieve the specialized competencies defined by the Portuguese Order of Nurses and the objectives of the Master's study plan. The research, articulated with clinical practice, contributed to the improvement of nursing care for children/adolescents with type 1 diabetes and their families, while also promoting the development of advanced clinical skills and the consolidation of evidence-based practice.

Keywords: Type 1 Diabetes Mellitus; Parental experience; Therapeutic regimen management; Nursing interventions; Care partnership; Hybrid Closed-Loop Insulin Delivery Systems

ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAP - American Academy of Pediatrics

ADA - *American Diabetes Association*

APA - American Psychological Association

CCF - Cuidados Centrados na Família

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CIPE® - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

COREQ - *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

CSIJ - Consultas de Saúde Infantil e Juvenil

CSP - Cuidados de Saúde Primários

DGS - Direção-Geral da Saúde

DM1 - Diabetes *Mellitus* Tipo 1

DOCE - Registo Nacional de Diabetes Tipo 1

EACH - European Association for Children

EDIN - *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né*

EMLA - *Eutectic Mixture of Local Anaesthetics*

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEnfC - Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

GINA - Global Initiative for Asthma

ICN - *International Council of Nurses*

ISCI - Infusão Subcutânea Contínua de Insulina

ISPAD - *International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes*

MAI - Múltiplas Administrações de Insulina

MESIP - Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NIDCAP® - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PHDA - Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV - Programa Nacional de Vacinação

PSCI - Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina

Pyxis - Sistema automatizado de dispensação de medicamentos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-Nascido Pré-Termo

SHAAI - Sistemas Híbridos de Administração Automática de Insulina

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPN - Sociedade Portuguesa de Neonatologia

SUP - Serviço de Urgência Pediátrica

UC - Unidade Curricular

UCIN - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

ULS - Unidade Local de Saúde

UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - *World Health Organization*

LISTA DE SÍMBOLOS

® - Marca Registada;

™ - Trademark (marca comercial ainda não registada)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 <i>Caracterização sociodemográfica das participantes no estudo</i>	70
Tabela 2 <i>Temas e subtemas identificados nas entrevistas</i>	70

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL	15
1.EXPERIÊNCIA CLÍNICA	16
1.1. MODELO TEÓRICO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	16
1.2. A PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY	17
1.3. FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA	17
2.CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS	19
2.1. COMUNIDADE	19
2.2. NEONATOLOGIA	20
2.3. CUIDADOS DIFERENCIADOS	22
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO CLÍNICO	24
3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	28
3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	39
PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	63
1. INTRODUÇÃO	64
2. METODOLOGIA	66
3. RESULTADOS	70
4. DISCUSSÃO	72
5. CONCLUSÃO	75
PARTE III – INTEGRAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS	76
1. SÍNTESE REFLEXIVA	77
CONCLUSÃO	84
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	86
ANEXOS	
ANEXO 1 – Parecer favorável da Comissão de Ética	

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Folheto informativo: “E depois da Vacinação?”

APÊNDICE 2 – Guião de entrevista

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio é realizado no âmbito da Unidade Curricular (UC) Estágio Final com Relatório, inserida no I Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC), com o desígnio de obter o título de Mestre e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

Este documento assenta nos momentos de aprendizagem realizados mediante a reflexão do percurso formativo, assim como na aquisição de competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas enquanto futura EEESIP (Regulamento n.º 422/2018) desenvolvido em três contextos de prática clínica: comunidade, neonatologia e cuidados diferenciados.

De acordo com o descrito no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), o Enfermeiro Especialista (EE) é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

O EEESIP orienta a sua prática pelos referenciais teóricos da enfermagem pediátrica, adotando a Filosofia de Cuidados Centrados na Família e um Modelo de Parceria de Cuidados. Esse modelo destaca a importância da colaboração entre os profissionais de saúde e as famílias, promovendo a sua capacitação e garantindo a sua participação ativa nos cuidados prestados à criança ou adolescente. Além disso, integra a abordagem dos Cuidados Atraumáticos, cuja finalidade é minimizar os impactos negativos da hospitalização e procedimentos na criança. A sua intervenção caracteriza-se numa prestação de cuidados de nível avançado, exercidos com segurança e competência, garantindo a satisfação e o bem-estar da criança e da sua família, assim como a promoção da educação para a saúde, recorrendo a recursos de apoio adequados a cada situação. Utiliza o pensamento crítico e o processo de enfermagem para identificar as necessidades da criança e da família, ajustando a sua intervenção de forma adequada.

Posto isto, o Estágio com Relatório Final do Mestrado de Saúde Infantil Pediátrica foi orientado para o desenvolvimento de competências como futura EEESIP, nomeadamente de juízo clínico, planeamento, decisão e intervenção na assistência a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde; no cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem e na gestão do regime terapêutico.

A elaboração deste documento seguiu uma metodologia descritiva e reflexiva, aliada à sistematização e análise das experiências vivenciadas, atividades realizadas e competências adquiridas, especialmente as competências específicas do EEESIP.

Com a elaboração do presente relatório pretendo descrever o percurso formativo realizado, refletir criticamente sobre o desenvolvimento pessoal e profissional; explicar o aperfeiçoamento e a aquisição de competências especializadas do EEESIP, e ainda demonstrar a aquisição de competências de investigação em enfermagem.

Desta forma, a temática que norteou o percurso de estágio foi a gestão do regime terapêutico de crianças/adolescentes e famílias.

O presente relatório estrutura-se em três partes complementares. A primeira parte refere-se ao estágio de natureza profissional, composto por três capítulos: o primeiro aborda o modelo teórico do cuidar em enfermagem de saúde infantil, o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e a Filosofia de Cuidados Centrados na Família; o segundo capítulo apresenta a caracterização dos contextos clínicos e o terceiro capítulo contempla a análise e reflexão sobre a aquisição e o desenvolvimento de competências especializadas, organizadas em competências específicas e comuns. A segunda parte centra-se na componente de investigação realizada, aprofundando a área de especial interesse, que foi escrita em forma de artigo, com vista à sua publicação. A terceira parte resume de que modo se integra a investigação no desenvolvimento de competências clínicas do EEESIP. O relatório encerra-se com as conclusões, referências bibliográficas e apêndices, consolidando o percurso formativo e investigativo

Para a realização do presente relatório final de estágio cumpri as normas recomendadas pelo Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos (Conselho Pedagógico, 2023) e pelo Guia para a Realização de Citações de Texto e Referências Bibliográficas baseado na norma da American Psychological Association (APA) 7ª Edição (Centro de Documentação e Informação, 2023), ambos em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Notas sobre a terminologia utilizada neste Relatório:

Ao longo do presente relatório, é possível encontrar a utilização do termo “adolescente”. Esta opção decorre de uma questão linguística e científica, uma vez que o termo é amplamente reconhecido na literatura nacional e internacional, sobretudo no âmbito da investigação na área da saúde, desenvolvimento humano e pediatria, sendo utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020) para designar a faixa etária compreendida entre os 10 e os 19 anos de idade.

Contudo, importa salientar que OE adota de forma consistente nos seus documentos normativos e de referência a terminologia “criança e jovem”, integrando neste último conceito a fase do ciclo vital correspondente à adolescência. Reconhecendo esta diferenciação terminológica, optou-se, neste relatório, por manter a utilização do termo “adolescente” para efeitos de uniformidade de linguagem e coerência com a literatura científica consultada, sem

prejuízo da sua correspondência conceptual com o termo “jovem”, conforme preconizado pela OE.

Deste modo, sempre que utilizada a designação “adolescente”, deve ser entendida como equivalente à terminologia “jovem” utilizada pela OE.

PARTE I - ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL

1.EXPERIÊNCIA CLÍNICA

A UC Estágio com Relatório Final contempla a realização de estágios de carácter profissional, desenvolvidos em contextos distintos, incluindo cuidados na Comunidade e em áreas de Cuidados Diferenciados, como a Neonatologia e o Serviço de Urgência Pediátrica. No total, a UC corresponde a 484 horas de carga horária. Destas, 410 ocorrem em contexto de prática clínica, no âmbito do estágio de natureza profissional e em conformidade com o estipulado pela OE, 50 horas de orientação tutorial, 24 horas de seminários, a somar ainda horas de trabalho autónomo e estudo individual, nas quais se incluiu a realização do presente relatório.

Tendo em conta a temática em estudo, considereei importante primeiramente realizar uma breve abordagem sobre o modelo teórico do cuidar em enfermagem de saúde infantil, seguidamente, explorar o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e finalmente refletir sobre a Filosofia de Cuidados Centrados na Família.

1.1. MODELO TEÓRICO DO CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O cuidar constitui o âmago da prática de enfermagem, sendo especialmente relevante num contexto que exige uma abordagem holística e sensível às especificidades do desenvolvimento humano, como é o caso da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Neste âmbito, a criança é compreendida como um ser em crescimento, vulnerável e profundamente influenciado pelo seu meio familiar e social. A prestação de cuidados a esta população requer competências especializadas que integrem conhecimentos técnicos e científicos, mas simultaneamente uma componente relacional, ética e humanista (Neil et al., 2023).

A prática de enfermagem orientada por modelos teóricos e filosofias de cuidar, permite uma atuação sistematizada, reflexiva e baseada em evidência, garantindo cuidados seguros e de qualidade.

Os referenciais teóricos e as filosofias de cuidar em pediatria visam proporcionar um ambiente seguro, humanizado e adaptado às necessidades da criança e da sua família, além de sustentarem a intervenção do EE, promovendo cuidados mais humanizados, eficazes e significativos. Deste modo, a sua prática deve ser orientada por modelos que promovam o desenvolvimento infantil, o envolvimento familiar e a minimização de impactos negativos no bem-estar da criança.

1.2. A PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY

O Modelo da Parceria de Cuidados, desenvolvido por Anne Casey no final da década de 1980, representa uma abordagem inovadora na enfermagem pediátrica, ao centrar os cuidados na colaboração ativa entre profissionais de saúde, crianças e as suas famílias (Casey, 1988). Este modelo foi concebido no contexto clínico do Great Ormond Street Hospital, no Reino Unido, e responde à necessidade crescente de humanizar os cuidados prestados à criança, reconhecendo o papel fundamental da família no processo terapêutico.

De acordo com Casey (1988), a criança deve ser o foco principal dos cuidados, e a família é entendida como parceira ativa, possuindo conhecimento único e valioso sobre as suas necessidades. Neste sentido, o enfermeiro assume a função de facilitador, promovendo uma relação de respeito mútuo, comunicação aberta e tomada de decisão partilhada. Esta abordagem pretende substituir modelos tradicionais de cuidado centrados apenas no profissional, por práticas colaborativas que envolvam a família desde a admissão até à alta hospitalar.

Este modelo está alinhado com os princípios dos Cuidados Centrados na Família, nomeadamente o respeito pela individualidade, a valorização da autonomia e a necessidade de incluir as famílias como membros da equipa de cuidados (Kuo et al., 2012). Contudo, a Parceria de Cuidados vai além do conceito tradicional de envolvimento parental, ao propor uma colaboração ativa, contínua e adaptada ao contexto e às capacidades específicas de cada família (Feeg & Kieckhefer, 2010).

Coyne (2015) e Shields et al. (2006) destacam que a implementação deste modelo tem contribuído para uma maior satisfação das famílias, melhoria dos resultados clínicos e promoção do bem-estar emocional da criança hospitalizada. Não obstante, este modelo reforça a humanização dos cuidados, promovendo uma prática ética que reconhece o saber experiencial das famílias e fomenta a sua integração efetiva no plano terapêutico (Coyne et al., 2011).

O Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey constitui uma referência fundamental na enfermagem pediátrica contemporânea. Ao propor uma atuação baseada na colaboração, no respeito e na escuta ativa, este modelo contribui para cuidados mais eficazes, personalizados e humanizados, centrados na criança e na sua rede familiar.

1.3. FILOSOFIA DE CUIDADOS CENTRADOS NA FAMÍLIA

A Filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) constitui uma das abordagens mais relevantes e transformadoras na prática da Enfermagem Pediátrica contemporânea. Esta

filosofia assenta na premissa de que a família é a principal constante na vida da criança e, como tal, deve ser reconhecida como parceira essencial no planeamento, prestação e avaliação dos cuidados de saúde (Kuo et al., 2012).

Segundo Shelton et al. (1987), os CCF envolvem a construção de parcerias colaborativas entre profissionais de saúde e famílias, com base no respeito mútuo, partilha de informações e apoio às decisões da família. Esta abordagem reconhece que cada família possui valores, crenças, necessidades e conhecimentos únicos que devem ser considerados na tomada de decisão clínica. O envolvimento ativo dos pais promove não só melhores resultados em saúde, mas também uma experiência mais positiva no processo de hospitalização e tratamento (Coyne et al., 2011).

Em pediatria, a aplicação da filosofia CCF implica a personalização dos cuidados com base nas preferências da criança e da sua família, respeitando as suas rotinas, promovendo a permanência dos pais junto à criança e envolvendo-os em procedimentos sempre que apropriado (Shields et al., 2006). Esta abordagem é intrínseca à humanização dos cuidados e à redução de potenciais efeitos traumáticos da hospitalização (Hockenberry & Wilson, 2023).

Por outro lado, os CCF vão ao encontro das linhas orientadoras internacionais e nacionais, como a Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 1990), a Carta da Criança Hospitalizada (European Association for Children in Hospital [EACH], 1996) e o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013), os quais reforçam o direito da criança a cuidados individualizados e emocionalmente seguros.

Para o EEESIP, a filosofia dos CCF representa uma base ética e relacional fundamental, o qual deve possuir competências para criar ambientes que favoreçam o envolvimento da família, promover o empoderamento parental e garantir que as intervenções sejam compreendidas e concebíveis para os cuidadores (Feeg & Kieckhefer, 2010). A implementação desta filosofia exige não apenas formação técnica, mas também sensibilidade comunicacional e capacidade de adaptação às dinâmicas familiares.

Adotar esta filosofia permite ao EEESIP proporcionar cuidados mais eficazes, holísticos e alinhados com os valores e necessidades da criança e da sua rede de suporte, reforçando o papel da enfermagem enquanto disciplina promotora da dignidade, da participação e da humanização nos contextos pediátricos.

2. CARACTERIZAÇÃO DOS CONTEXTOS CLÍNICOS

Neste capítulo será apresentada uma breve caracterização dos contextos de prática clínica onde decorreram os estágios, entre 18 de setembro de 2023 e 9 de fevereiro de 2024. Cada um dos três subcapítulos corresponde a um dos locais de estágio onde decorreu o processo formativo, os quais contribuíram significativamente para a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP.

2.1. COMUNIDADE

O primeiro estágio foi realizado no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), concretamente numa Unidade de Saúde Familiar (USF) da região centro de Portugal.

A missão desta unidade consiste na prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita na sua área geográfica, assegurando a acessibilidade, globalidade, qualidade e continuidade dos cuidados (Decreto-Lei n.º 298/2007, art.º 4.º). Este serviço é assegurado por uma equipa multidisciplinar organizada segundo o modelo do médico de família, enfermeiro de família e profissional do secretariado clínico (Base de Informação – Cuidados de Saúde Primários [BI–CSP], Serviço Nacional de Saúde [SNS]).

A USF onde realizei o estágio serve uma população aproximada de 11 mil utentes, distribuídos por três freguesias. De acordo com o Relatório de Atividades de 2018, cerca de 1.894 destes utentes eram crianças e adolescentes com idades entre os 0 e os 18 anos.

A equipa multidisciplinar da USF é constituída por 6 enfermeiros, dos quais 1 EEESIP e outro em formação na especialidade de Enfermagem Comunitária. A equipa inclui ainda 6 médicos de Medicina Geral e Familiar e 4 secretários clínicos. Esta configuração permite uma prestação integrada e de qualidade, com foco na continuidade dos cuidados e na abordagem centrada na família.

As consultas ali realizadas incluem: consulta aberta, destinada à resolução de situações agudas que alteram o bem-estar do utente; consulta programada, que avalia o estado geral de saúde e problemas pontuais; consultas de vigilância e prevenção para grupos específicos, como a saúde infantil e materna; e consultas para acompanhamento de doenças crónicas, tais como Diabetes *Mellitus*, hipertensão arterial e doenças respiratórias crónicas. Complementarmente, realizam-se visitas domiciliárias e, sempre que necessário, encaminhamentos para especialidades como nutrição e psiquiatria.

O EEESIP, é responsável por realizar a consulta de vigilância de saúde infantil, o rastreio precoce ao recém-nascido (RN), a vacinação e cumprimento do plano vacinal, bem como a

visita domiciliária nas duas primeiras semanas de vida, entre outras intervenções orientadas para a promoção da saúde e desenvolvimento infantil, e para o suporte às famílias.

A metodologia de trabalho baseia-se no conceito de enfermeiro de referência, que, neste contexto, corresponde ao enfermeiro de família responsável pelos cuidados de enfermagem de todos os membros do agregado familiar inscritos no seu ficheiro clínico, em todas as fases da vida e contextos da comunidade (Lei nº 118/2014). Esta abordagem favorece a continuidade dos cuidados, a construção de uma relação terapêutica sólida e a prestação de cuidados personalizados ao longo do ciclo de vida.

Nesta USF, a prática clínica é orientada por diferentes filosofias e modelos de cuidado, entre os quais se destacam os Cuidados Centrados na Família, os Cuidados Atraumáticos, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, o Modelo Teórico das Atividades de Vida Diárias de Roper-Logan-Tierney e o Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção Familiar.

No âmbito dos CSP, que representam a primeira linha de contacto dos indivíduos com o SNS, procura-se aproximar os cuidados aos locais onde as pessoas vivem e trabalham. Deste modo, os enfermeiros desempenham um papel central e autónomo, colaborando ativamente com equipas interdisciplinares na promoção da saúde, prevenção da doença, na gestão de condições crónicas e no restabelecimento do bem-estar da população (International Council of Nurses [ICN], 2008).

Durante o estágio, a interação com a equipa multidisciplinar permitiu melhorar conhecimento e competências sobre os diferentes papéis profissionais e fortaleceu a prática colaborativa, essencial para a prestação de cuidados de qualidade em saúde infantil e pediátrica no contexto comunitário.

2.2. NEONATOLOGIA

O estágio no serviço de neonatologia foi realizado numa unidade nível III da região centro de Portugal. Realizou-se no período de 30 de outubro a 8 de dezembro de 2023, num total de 135 horas, distribuídas de acordo com o horário da enfermeira tutora EEESIP. Neste contexto foi elaborado um Projeto de Estágio, ou seja, um documento onde foram definidos os objetivos específicos e atividades a desenvolver, orientando a aquisição de competências comuns e específicas do EEESIP.

Trata-se de uma unidade diferenciada, onde são prestados cuidados intensivos e especializados ao RN, RN de termo, pré-termo (RNPT), desde a admissão até à alta ou transferência. Os RN internados na neonatologia são provenientes da sala de partos da

maternidade, dos serviços de puerpério, e provenientes de outros hospitais e maternidades da área de influência.

Estruturalmente, o serviço é constituído por três salas, cada uma com quatro unidades cada, ocupadas por berços ou incubadoras, para prestação de cuidados intensivos e especiais. Destas, onze estão equipadas com máquina de ventilação mecânica. Além disso, inclui uma sala de trabalho multifuncional que serve como gabinete médico e de enfermagem, onde ocorre a transição de informação entre turnos, uma sala destinada à preparação da terapêutica e dos leites, uma sala onde as mães podem fazer a extração do leite, o gabinete da enfermeira gestora, uma sala para arrumação de equipamentos (incubadoras, berços, aparelhos de fototerapia, material para posicionamento dos RN, entre outros materiais de uso clínico), uma sala de sujos e uma sala de limpos.

Neste serviço, a permanência junto do RN é permitida aos pais, sendo estes incentivados a estar presentes durante o dia e a mãe a descansar à noite nos quartos disponíveis para o efeito na instituição. O horário permitido é entre as 8h e as 22h, com exceção dos períodos reservados à passagem de turno. A visita por familiares próximos e irmãos com idade igual ou superior a 12 anos é flexibilizada, mas carece de agendamento prévio. Embora a presença parental seja valorizada, a estrutura física da unidade não contempla a estadia noturna, pela falta de conforto, privacidade, e o bem-estar dos cuidadores.

A equipa multidisciplinar, com competências diferenciadas, é composta por enfermeiros, médicos pediatras e neonatologistas, assistentes operacionais, administrativas e profissionais de apoio técnico, como psicólogos, técnicos de serviço social, laboratório e farmácia.

A equipa de enfermagem, por sua vez, é composta por 23 elementos, incluindo a enfermeira gestora, oito EEESIP e dois enfermeiros com especialidade de saúde materna e obstétrica. A organização dos cuidados é feita com base no método do enfermeiro responsável, promovendo a continuidade dos cuidados, embora exista constante colaboração entre os elementos da equipa.

Durante os turnos da manhã, tarde e noite, estão habitualmente escalados três a quatro enfermeiros, assegurando uma vigilância contínua e qualificada.

A prática de cuidados é orientada por diversos modelos teóricos e abordagens, incluindo os cuidados centrados na família, cuidados negociados, atraumáticos, transculturais e em parceria. Integram ainda a sua atuação a teoria do conforto, a teoria da vinculação e os cuidados centrados no desenvolvimento, essenciais neste contexto clínico especializado

A relevância destes cuidados especializados é reforçada por estudos que apontam que a humanização e a manutenção da continuidade nos cuidados neonatais promovem melhores

desfechos clínicos e aumentam a satisfação das famílias (Mendes et al., 2019; Kenner & McGrath, 2010).

2.3. CUIDADOS DIFERENCIADOS

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) constitui o nível mais especializado de resposta a situações de urgência e emergência em pediatria, sendo crucial para o atendimento imediato de crianças com doenças agudas ou traumas graves, tanto no primeiro contacto como após referência de outros serviços (Despacho nº 10319/2014). Este serviço assegura uma assistência contínua e integrada de diversas especialidades médicas, incluindo Neurocirurgia, Cirurgia Pediátrica, Cuidados Intensivos Pediátricos, Cardiologia Pediátrica e Pedopsiquiatria, garantindo uma intervenção multidisciplinar 24 horas por dia, ao longo de todo o ano (Oliveira et al., 2019; DGS, 2014).

A equipa do SUP é altamente qualificada e multidisciplinar, constituída pela médica diretora, enfermeira gestora, 46 enfermeiros (aproximadamente metade com formação especializada em pediatria), médicos especialistas residentes, internos de pediatria e médicos assistentes graduados de diferentes serviços, que prestam apoio presencial ou por chamada conforme a necessidade (Oliveira et al., 2019). A equipa é complementada por profissionais de apoio técnico e operacional, bem como serviços de limpeza, assegurando o funcionamento eficiente e a manutenção das normas de higiene exigidas neste tipo de serviço.

Relativamente à organização física, o SUP divide-se em duas áreas principais: o ambulatório e a Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). O ambulatório compreende uma sala de triagem com postos ajustáveis à afluência de utentes, múltiplos gabinetes de observação médica, salas de reanimação, áreas específicas para cuidados cirúrgicos e ortopédicos, e espaços destinados a tratamentos do foro respiratório (ex. aerossoloterapia) (Despacho nº 10319/2014; Oliveira et al., 2019).

A UICD dispõe de cinco quartos, incluindo um quarto de isolamento. Tem a capacidade para internar até 14 crianças, destinada a avaliações clínicas e diagnósticas que possam carecer de internamentos de curta duração (até 48-72 horas) ou alta hospitalar com acompanhamento programado. Este setor possui salas de enfermagem, áreas de apoio para familiares, copas para preparação de refeições, armazenamento de material clínico, instalações sanitárias específicas e zonas de suporte logístico, cumprindo as normas de conforto, segurança e funcionalidade recomendadas (DGS, 2014).

Para apoiar o bem-estar psicológico e social das crianças internadas, o SUP disponibiliza uma sala de atividades com brinquedos, livros e materiais lúdicos, bem como secretariado 24 horas e apoio multidisciplinar, incluindo assistência religiosa, social, psicológica, laboratório e

farmácia. A integração do SUP com outros serviços hospitalares, como imagiologia, bloco operatório e unidades de saúde adjacentes, é essencial para garantir a continuidade e qualidade do atendimento pediátrico (Oliveira et al., 2019; DGS, 2014).

O método de trabalho predominante no SUP é o trabalho individualizado, que privilegia o acompanhamento personalizado do utente pediátrico, promovendo cuidados centrados na criança e na família, em consonância com as melhores práticas clínicas atuais (Lehmann et al., 2017).

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO CLÍNICO

Ao longo das últimas décadas, a Enfermagem tem vindo a consolidar-se como uma disciplina com corpo de conhecimento próprio, impulsionada pelo desenvolvimento técnico e científico, e pela produção de investigação realizada pelos próprios profissionais, sobretudo no âmbito da formação especializada. Neste sentido, a OE (2015) reforça a importância da formação contínua como uma competência essencial ao exercício profissional, permitindo ao enfermeiro manter-se atualizado e capaz de prestar cuidados de excelência.

Consciente desta necessidade de melhorar conhecimentos e consolidar competências específicas para prestar cuidados de elevada qualidade à criança e família, decidi iniciar a formação de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com o objetivo de responder, de forma fundamentada e segura, às exigências crescentes e à complexidade que diariamente vai surgindo na prática clínica. Esta decisão foi igualmente impulsionada por um momento pessoal particularmente desafiante, no qual este percurso académico surgiu como uma forma de resiliência, ajudando-me a manter o foco, a estrutura emocional e a capacidade de estar disponível para a minha família. Uma decisão que, embora tomada num tempo de fragilidade, transformou-se numa oportunidade de crescimento, aprendizagem e reconstrução.

O contexto assistencial onde exerço funções, nomeadamente o Serviço de Pediatria Ambulatória, assume também um papel fundamental, na medida em que se tem revelado um meio potenciador de aprendizagem e crescimento. Este contexto tem-me permitido o contacto com uma ampla variedade de crianças e famílias em situações de saúde/doença e com diagnósticos clínicos distintos, o que exige uma intervenção de enfermagem diferenciada, sensível às múltiplas dimensões da experiência da criança e sua família. Simultaneamente, há uma exigência emocional significativa, decorrente da complexidade das situações acompanhadas. Estas vivências têm sido determinantes na aquisição de competências especializadas, em particular no que respeita à capacidade de intervir em situações de especial complexidade, conforme definido no Regulamento n.º 422/2018 da OE.

Assim, o desenvolvimento de competências decorre da experiência profissional, de um percurso formativo desenvolvido ao longo do curso, da realização de duas unidades curriculares de estágio no segundo semestre e através da elaboração de um projeto de estágio, no terceiro semestre, operacionalizado em três contextos de prática clínica (estágio na Comunidade e em Cuidados Diferenciados).

Ciente da minha caminhada, considero que o desenvolvimento das competências, é uma capacidade que se vai adquirindo e aperfeiçoando com a experiência que advém do exercício da prática. Por outro lado, só refletindo sobre a prática, é que um profissional pode progredir

no seu desenvolvimento e construir a sua forma pessoal de conhecer, ao olhar retrospectivamente para a ação e refletir para a orientação de uma ação futura (Schon, 2000).

Deste modo, enquanto futura EEESIP na assistência à criança e jovem com a família na maximização da sua saúde, destaco a importância de poder conceber cuidados a crianças, incluindo os pais/cuidadores, com vista a um trabalho em parceria, promovendo o desenvolvimento de competências parentais durante a hospitalização e competências na promoção da saúde dos seus filhos para a transição para o domicílio, ressaltando o Modelo de Parceria de Cuidados, transversal a todos os contextos onde estagiei. No entanto, no primeiro contexto clínico, pude ter uma outra perspetiva deste modelo devido à interligação com o Modelo do Enfermeiro de Referência e a sua aplicação no acompanhamento à criança e família em situação de doença crónica.

O primeiro estágio permitiu o contacto com crianças e famílias em situações de doenças crónicas complexas, inclusive com reduzida esperança média de vida, tendo a necessidade de adaptar e direccionar os cuidados de enfermagem de acordo com cada situação e tendo em conta as suas necessidades específicas. Gradualmente, fui interiorizando que a essência do EEESIP passa por promover a adaptação da criança e família a esse tipo de situação particularmente complexa, através de educação, identificando e mobilizando os recursos necessários na persecução da otimização do cuidar.

A este respeito entendo que as competências relacionais também foram desenvolvidas. Durante os meus 21 anos de experiência profissional dei sempre grande importância à comunicação, e considero-a de suma importância para conseguir estabelecer uma relação de ajuda com a criança/família e obter a sua confiança, permitindo-me ajudar a ultrapassar situações de ansiedade, de sofrimento e de doença, e promover momentos de partilha de dúvidas, sentimentos e preocupações, para informar, ensinar, aconselhar, cuidar.

O EEESIP deve estar habilitado a cuidar de crianças em situações de especial complexidade e, a este nível, pude realizar durante o estágio procedimentos que nunca tinha realizado, desde ciclo de diálise peritoneal, a colocação de sonda nasogástrica a uma criança, realização de tratamento a ferida por botões gástricos, manuseamento de cateteres centrais e de cateteres epicutâneos ou manuseamento de sistema de ventilação não invasiva numa criança, entre outros. Obviamente que não são os cuidados técnicos que distinguem a intervenção especializada, mas sim a demonstração e mobilização de conhecimentos e habilidades (técnicas e não só) para a identificação dos focos de instabilidade e capacitação da criança e família na adoção de estratégias que promovam a adaptação.

No que respeita à competência que incumbe ao EEESIP prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e adolescente,

compreendo que esta se orienta, fundamentalmente, para a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. No caso da criança que selecionei para realizar o estudo de caso e que acompanhei durante o estágio, diagnosticada com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), reconheci a importância de considerar o seu desenvolvimento psicomotor na abordagem dos cuidados. No entanto, apesar da relevância deste domínio, o foco principal da intervenção situava-se na recente descoberta de uma doença crónica, a Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) e na necessidade de capacitação da criança e da sua família para a gestão da mesma.

Relativamente à avaliação do desenvolvimento psicomotor, considerei inicialmente a utilização da Escala de Desenvolvimento de Griffiths, instrumento validado para avaliar diversas áreas do desenvolvimento em crianças até aos oito anos de idade. Este instrumento tem demonstrado utilidade em contextos de desenvolvimento atípico, nomeadamente em crianças com PEA, ao permitir identificar áreas de força e de dificuldade, facilitando o planeamento de intervenções personalizadas (Luiz et al., 2021; Pasco et al., 2019). Contudo, face à complexidade da situação clínica e à limitação de tempo e recursos no contexto hospitalar, optei por não aplicar formalmente este instrumento, mantendo o foco nos cuidados relacionados com a DM1. Esta decisão baseou-se na premissa de que o EEESIP deve agir de forma crítica e ponderada, orientando-se pelas necessidades prioritárias da criança e garantindo uma resposta sensível, segura e centrada na capacitação da família para o novo regime terapêutico.

Interiorizei a importância de ter um pensamento reflexivo e crítico sobre o que se está a desenvolver, pois a complexidade das vivências profissionais permite-nos integrar, aplicar e mesmo combinar os saberes que detemos e aprendemos, e mobilizá-los no momento adequado, com pertinência e comprometimento.

No que concerne ao segundo estágio, este foi realizado num centro de desenvolvimento que apresenta um serviço clínico multidisciplinar cuja missão é a prestação de cuidados de saúde de elevada diferenciação e qualidade nas áreas das doenças hereditárias do metabolismo, do neurodesenvolvimento e da neuropediatria. As consultas decorrem de segunda a sexta-feira em área própria (Centro de Desenvolvimento da Criança, 2018).

Dotado de uma equipa multidisciplinar vasta, inclui uma equipa de enfermagem de cinco elementos, em que uma é EEESIP.

No decurso deste estágio, foi possível desenvolver as competências específicas e comuns do EEESIP, pela intervenção em crianças com distúrbios do comportamento e necessidades especiais. Contactei com situações de crianças que apresentavam recusa escolar, diagnósticos como Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), PEA,

Perturbação de Oposição e Desafio, défice intelectual, o que exigiu uma atuação diferenciada, holística e centrada na criança e na sua família.

Através da consulta de enfermagem, pude aplicar estratégias de entrevista centradas na escuta ativa e comunicação eficaz, com foco na capacitação da criança e família. Identifiquei fatores de risco psicossociais, promovi intervenções para a gestão da ansiedade, orientei famílias no planeamento do quotidiano e na gestão do comportamento, articulando-me sempre com os restantes elementos da equipa multidisciplinar. Com crianças com PHDA, destaquei o reforço positivo e a organização das tarefas como pilares de intervenção. Nas situações de crianças com PEA, procurei ajustar a minha atuação à singularidade da criança, tendo participado na observação da aplicação da Escala de Griffiths, o que enriqueceu a minha compreensão sobre o neurodesenvolvimento infantil.

A atuação refletida e ética esteve sempre presente, incluindo na gestão de situações críticas, como numa colheita laboratorial ocorrida, onde a dor e a repetição do procedimento poderiam ter sido evitadas. Este episódio reforçou a importância da analgesia e da aplicação de medidas não farmacológicas como a distração, em conformidade com a norma da DGS sobre avaliação e controlo da dor em pediatria (DGS, 2010). O controlo eficaz da dor em contexto pediátrico exige não só competência técnica, mas também sensibilidade ética e relacional, sendo essencial escutar e respeitar o sofrimento da criança (Batalha, 2020).

De forma transversal, procurei promover a inclusão e adaptação dos cuidados ao perfil de cada criança, alinhada com o Decreto-Lei n.º 54/2018, integrando a dimensão pedagógica, o apoio emocional e o aconselhamento parental. Assim, demonstrei competências clínicas, relacionais e éticas, assegurando uma prática informada pela evidência, no pensamento crítico e na humanização do cuidado em simultâneo com uma atuação diferenciada, holística e centrada na criança e na sua família, evidenciando o papel central do enfermeiro na promoção do desenvolvimento integral da criança e na capacitação familiar.

Durante o estágio, apliquei e desenvolvi as competências específicas do EEESIP através de intervenções centradas na criança e no seu contexto biopsicossocial. Realizei entrevistas de avaliação clínica, promovi o envolvimento das crianças na consulta e a participação ativa dos cuidadores no processo terapêutico. Na recusa escolar, por exemplo, avaliei os fatores associados à ansiedade, reforcei estratégias educativas com os cuidadores e promovi o reforço positivo, respeitando os tempos e a expressão emocional da criança.

Com crianças com PHDA, foquei-me na capacitação parental através da orientação sobre rotinas, reforço positivo, técnicas de organização e comunicação, e estratégias para melhorar a adesão terapêutica. Intevi também na promoção do autocontrolo e na adaptação das tarefas escolares. Com crianças com PEA, ajustei a comunicação e observei parâmetros

fundamentais como contacto visual, linguagem, motricidade e padrões de comportamento, com base numa abordagem sensível e centrada nas necessidades da criança e da família. Tive oportunidade de acompanhar avaliações com a Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths, enriquecendo a minha visão sobre o processo de diagnóstico e monitorização.

Durante a consulta de neuro desenvolvimento e neuro pediatria, foi possível observar e intervir em contexto de seguimento de uma adolescente com queixas de cefaleias. Para além do acompanhamento clínico e da adesão ao regime terapêutico, identificou-se um quadro de ansiedade subjacente, manifestado por sinais comportamentais e confirmado pela própria jovem e pela mãe. Enquanto futura EEESIP, intervi promovendo estratégias não farmacológicas de gestão da ansiedade.

3.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, que define as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, estas estão estruturadas em quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade dos cuidados; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De seguida faço a descrição, análise e reflexão do processo de aprendizagem e desenvolvimento de competências comuns pelos seus quatro domínios no decurso dos contextos de estágio.

Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito da responsabilidade profissional, ética e legal, é esperado que o enfermeiro, no exercício da sua especialidade, atue com base em princípios éticos e legais, promova práticas alinhadas com a deontologia da profissão, e que seja capaz de liderar de forma assertiva os processos de tomada de decisão ética no seio da equipa de enfermagem e avaliar criticamente os resultados dessas decisões (OE, 2018).

De modo a facilitar a minha integração, e tendo esta competência como base comum aos contextos de estágio, procurei inicialmente conhecer a organização física e funcional de cada unidade. Esta abordagem permitiu-me compreender a dinâmica das equipas, os circuitos institucionais, os recursos disponíveis, bem como os procedimentos específicos de cada serviço, com vista a uma adaptação eficaz, respeitando normas e políticas institucionais e garantindo uma prática de cuidados responsável.

Por conseguinte, nos diferentes contextos de estágio, desenvolvi a minha prática clínica pautada por uma conduta ética, legal e profissional, respeitando os direitos da criança, do adolescente e das suas famílias. Assumi uma atuação fundamentada nos princípios da

beneficência, não maleficência, justiça e respeito pela autonomia, de acordo com os valores da profissão e com a legislação em vigor.

Paralelamente, a minha conduta profissional baseou-se sempre nos referenciais normativos e ético-legais, essenciais ao exercício da enfermagem especializada, tais como o Código Deontológico do Enfermeiro, a Convenção sobre os Direitos da Criança, a Carta da Criança Hospitalizada e o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019).

Respeitei sempre a autonomia da criança e jovem, ajustando a minha intervenção à sua idade e capacidade cognitiva, envolvendo-os no planeamento e execução dos cuidados, após informar prévia, clara e adequadamente, com vista à promoção da liberdade de decisão. Este respeito pela autonomia foi sempre articulado com os princípios da beneficência e da não maleficência, sob a perspetiva de cuidados atraumáticos, garantindo intervenções seguras e de encontro às necessidades individuais.

Adotei uma atitude crítica e ponderada perante situações com implicações éticas, especialmente nos cuidados ao adolescente ou em situações marcadas pela diversidade cultural, onde assegurei o respeito pela privacidade, confidencialidade e dignidade, procurando adaptar as intervenções às preferências, valores e crenças das crianças e famílias, numa lógica de cuidados culturalmente competentes e centrados na pessoa.

A título de exemplo, na USF, no contexto dos cuidados ao adolescente, respeitei sempre o seu direito a consulta individual, sem a presença dos pais, promovendo a sua autonomia, autoestima e responsabilidade. Nestes momentos, garanti o consentimento informado e respeitei o dever de confidencialidade. O contacto com esta faixa etária decorreu com naturalidade, em parte pela minha experiência profissional em contexto de consulta externa hospitalar pediátrica, o que facilitou a comunicação e criação de empatia com os adolescentes. Essa proximidade geracional, aliada a uma escuta ativa e imparcial, contribuiu para que partilhassem de forma espontânea preocupações e vivências, nomeadamente os primeiros contactos ou não com álcool, tabaco, entre outros. Considerando que se encontravam na faixa etária dos 12-13 anos, idade frequentemente associada ao início das saídas sociais, procurei reforçar a literacia em saúde e promover decisões conscientes, centradas na prevenção de comportamentos de risco.

Por outro lado, durante o estágio na neonatologia, confrontei-me com uma situação particularmente marcante que evidenciou a importância do respeito pela diversidade cultural e pela promoção da vinculação precoce. Uma mãe de origem africana, que se encontrava no país há poucas semanas, deu à luz trigêmeos prematuros e de baixo peso, que necessitaram de internamento prolongado no serviço. Numa fase clínica mais estável, foi possível promover

momentos de contacto pele a pele através do método canguru. Esta prática foi introduzida de forma sensível e esclarecedora, com a colaboração da enfermeira tutora, respeitando o contexto cultural da mãe e garantindo que esta compreendia os benefícios desta intervenção. Adaptei a comunicação, promovi um ambiente de confiança e acolhimento, essencial para uma mãe em situação de vulnerabilidade social e emocional.

Para além do contacto individual entre dois dos bebés e a mãe, foi possível, em momentos específicos e planeados, reunir os três gémeos, antes do banho, permitindo o contacto físico entre eles, mimetizando a experiência intrauterina partilhada. Esta estratégia, além de respeitar a ligação natural entre múltiplos, contribui para a estabilidade emocional e fisiológica dos RN, promovendo o seu desenvolvimento neurossensorial e emocional (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016).

O respeito pela diversidade cultural e pela individualidade de cada família foi central nesta intervenção. A sensibilidade cultural na prática de enfermagem implica reconhecer e integrar as crenças, valores e práticas de cada pessoa nos cuidados de saúde (Leininger & McFarland, 2006). Neste caso, tratou-se não apenas de assegurar cuidados técnicos de qualidade, mas de criar um espaço seguro, de respeito e humanizado para o estabelecimento do vínculo mãe-bebé e entre os irmãos.

Ainda na neonatologia, promovi o respeito pelos direitos da família, nomeadamente no que se refere à informação, privacidade e participação. Os pais, que se ausentam durante a noite, dado que não lhes é permitido a permanência no serviço nesse período, ou durante o dia, por razões pessoais e familiares, como a necessidade de cuidar dos filhos mais velhos, quando regressam, em particular as mães, demonstram frequentemente ansiedade e procuram de imediato saber como o seu bebé se comportou durante a sua ausência.

Neste sentido, procurei fornecer sempre informações claras sobre o estado clínico do RN, os cuidados prestados e os previstos. Estas interações eram sempre conduzidas com empatia, honestidade e foco na construção de confiança, procurando responder à expectativa de notícias tranquilizadoras que muitas vezes manifestavam.

Ao longo do dia, e sempre que a família demonstrava disponibilidade e interesse, eram convidados a participar e realizar os cuidados aos seus filhos, após informação prévia adequada e consentimento informado. A meu ver, esta participação revelou-se fundamental não apenas para reforçar o vínculo afetivo, mas também para promover a parentalidade ativa e capacitar os cuidadores. Frequentemente, os pais verbalizavam receio de realizar os procedimentos por medo de magoar os seus filhos, pela sua aparência frágil. Ao envolver os pais de forma orientada nos cuidados, foi possível desmistificar esses receios, favorecer a

confiança nas suas competências e fortalecer a sua autoestima no desempenho do papel parental.

A prestação de cuidados centrada na família e no neurodesenvolvimento, como preconizado pelo modelo NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program), tem evidenciado benefícios significativos na promoção da parentalidade ativa, na individualização dos cuidados e na humanização do ambiente neonatal (Altimier & Phillips, 2016). Este modelo reconhece os pais como elementos centrais no processo de cuidado, favorecendo uma parceria colaborativa entre a equipa de enfermagem e a família, com impacto positivo nos resultados clínicos e emocionais do RN e dos cuidadores (O'Brien et al., 2018).

No entanto, reconheço que, pelas características físicas da unidade, nem sempre a privacidade é totalmente garantida, dado que a sala é partilhada por até quatro RN e respetivas famílias, em simultâneo. Esta limitação torna-se mais evidente durante a prática do método canguru, dado que pode implicar alguma exposição corporal.

No que diz respeito à segurança clínica, adotei medidas para garantir a correta identificação das crianças através do uso de pulseiras, promovi estratégias de prevenção de acidentes, como a elevação das grades das camas e o fechar a porta das incubadoras, e envolvi ativamente os pais na vigilância contínua. Para assegurar a confidencialidade das informações transmitidas entre profissionais, durante a passagem de turno era solicitado aos pais que se retirassem momentaneamente, salvaguardando a privacidade da comunicação clínica.

Em todos os contextos de estágio, procurei assegurar uma prática profissional responsável e transparente, através do registo rigoroso, claro e objetivo de todas as avaliações e intervenções de enfermagem executadas, em sistema próprio. A documentação dos cuidados é um pilar de suma importância na responsabilização pela prática profissional, bem como na garantia da continuidade dos cuidados, contribuindo para a segurança clínica e para uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa. Consequentemente, vai ao encontro dos princípios éticos e legais da profissão, norteados pelo Código Deontológico do Enfermeiro e pelo REPE (OE, 2021).

O princípio da justiça também orientou a minha atuação, ao garantir cuidados equitativos, respeitando as especificidades culturais, religiosas e sociais de cada família. Adotei uma abordagem sensível às diferenças e, sempre que necessário, referenciei para outros profissionais, como psicologia ou nutrição, assegurando uma resposta integrada, adequada e atempada às necessidades da criança e da sua família.

Melhoria continua da qualidade

Neste domínio, é da responsabilidade do EE o desempenho de um papel proativo no alinhamento com as estratégias institucionais de governação clínica, incentivando à aplicação de práticas sustentadas na qualidade, integrar-se ativamente na implementação e monitorização de programas de melhoria contínua e garantir as condições necessárias para um ambiente terapêutico seguro, tanto para os utentes como para a equipa de saúde (Regulamento n.º 140/2019).

Posto isto, no decurso dos estágios, norteiei a minha prática pelas diretrizes estabelecidas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017), complementando-as com intervenções sustentadas na evidência científica e no cumprimento das orientações das entidades competentes, como a DGS. Esta abordagem, constituiu um contributo direto para o desenvolvimento da competência comum no domínio da melhoria contínua da qualidade, na medida em que assegurou a prestação de cuidados seguros, eficazes e centrados na criança/adolescente e respetiva família, promovendo a atualização constante da prática clínica e garantindo a sua conformidade com os padrões mais exigentes da profissão.

A título de exemplo, no contexto do serviço de Neonatologia, apliquei estratégias de prevenção de lesões cutâneas associadas a dispositivos médicos, como a alternância do local de colocação do sensor de oximetria e a troca programada entre cânulas e máscaras em ventilação não invasiva. Na USF, durante as consultas de saúde infantil integradas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), desenvolvi intervenções de educação para a saúde direcionadas para hábitos alimentares saudáveis e segurança infantil, bem como a promoção da amamentação como medida não farmacológica de controlo da dor no momento da administração de vacinas, em consonância com as normas da DGS. Estas práticas, sempre acompanhadas de registo sistemático e reflexão crítica, permitiram não só a melhoria dos cuidados prestados, como também o alinhamento da minha atuação com os princípios orientadores da qualidade e segurança em enfermagem.

A reflexão crítica sobre estas experiências permitiu-me reconhecer a importância de uma postura proativa na identificação de oportunidades de melhoria e na implementação de boas práticas. Ao integrar recomendações baseadas na evidência e orientações normativas, garanti que a minha intervenção fosse não apenas tecnicamente competente, mas também ética e socialmente responsável. A diversidade de contextos vivenciados durante os estágios possibilitou-me adaptar estratégias, avaliar resultados e, sempre que necessário, reformular procedimentos, fortalecendo a cultura de segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Este processo, contribuiu de forma significativa para a consolidação da competência comum no domínio da melhoria contínua da qualidade, reforçando a minha capacidade de prestar cuidados especializados que respondem de forma eficaz às necessidades específicas da

criança/adolescente e da sua família, num quadro de rigor científico e compromisso profissional.

Adicionalmente, durante os estágios realizados, garanti que a minha prática se mantivesse alinhada com as diretrizes estabelecidas nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017), assim como com as recomendações internacionais relativas à segurança do doente. Em todos os contextos, assegurei a identificação inequívoca da criança/adolescente, utilizando sempre pelo menos dois identificadores, o nome completo e data de nascimento, antes da colocação das pulseiras de identificação, por exemplo após a triagem de Manchester no SUP e previamente a qualquer procedimento, incluindo a administração de terapêutica, atendendo com cautela ao local onde pousar o tabuleiro da medicação num internamento, sem nunca o perder de vista.

Sempre que aplicável, efetuei a dupla validação da medicação em colaboração com a enfermeira tutora, reforçando as medidas de segurança e prevenindo potenciais erros. A este respeito, no SUP, destaco a utilização do sistema automatizado de dispensação de medicamentos Pyxis™, que garante acesso controlado mediante autenticação, que disponibiliza apenas a medicação prescrita para o utente específico e assegura a rastreabilidade total, diminuindo significativamente o risco de erros (BD, 2025).

Na Neonatologia, por sua vez, garanti a correta monitorização e calibração dos equipamentos de suporte de vida e ventilação, prevenindo incidentes que possam comprometer a segurança do RN. Na USF, assegurei a segurança no manuseamento e administração das vacinas, cumprindo rigorosamente os protocolos do (DGS, 2017), nomeadamente através do adequado armazenamento das vacinas e da verificação rigorosa das suas validades. Em simultâneo, mantive um controlo rigoroso das práticas de prevenção e controlo de infeção, promovendo a lavagem e desinfeção adequada das mãos, o armazenamento correto dos materiais e medicamentos, o manuseamento seguro dos produtos e a verificação constante das suas datas de validade. Este conjunto integrado de práticas, sustentadas pela melhor evidência científica disponível, contribuiu significativamente para o desenvolvimento da competência comum que assegura um ambiente terapêutico seguro, centrado na criança/adolescente e respetiva família.

Paralelamente, assegurei o correto posicionamento do RN na cadeira de transporte, com o objetivo de prevenir acidentes, uma intervenção que foi igualmente reforçada durante as consultas na USF, dirigidas aos pais, adaptadas à faixa etária e estágio de desenvolvimento da criança. Em todos os contextos clínicos, promovi e incentivei a participação ativa dos progenitores, fundamentando a minha prática no Modelo de Parceria de Cuidados, reconhecendo o papel preponderante da família no processo terapêutico.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade, desempenhei um papel interventivo na implementação de projetos e programas orientados para a garantia de um ambiente terapêutico seguro e para o envolvimento da pessoa e da família na prestação dos cuidados (Correia et al., 2025). Esta atuação foi sustentada na consulta sistemática e aplicação rigorosa das normas, regulamentos, protocolos e procedimentos vigentes em cada contexto clínico.

No decurso dos diferentes contextos de estágio, destaquei intervenções que visam a melhoria dos cuidados prestados, colaborando ativamente em estratégias institucionais e na identificação de oportunidades de inovação.

Na Neonatologia, no âmbito dos cuidados centrados no neurodesenvolvimento do RN, denotei algumas áreas com potencial de melhoria e onde poderá haver um investimento para um reforço da qualidade e segurança assistencial. Entre estas, saliento a importância de adaptar o ambiente físico, pela regulação da intensidade luminosa, de forma a respeitar os ritmos circadianos e minimizar os estímulos visuais em excesso, potenciando o conforto e o desenvolvimento neurossensorial (Ferraz, 2017).

Em simultâneo, a possível existência de monitorização contínua dos níveis de ruído, com recurso a sonómetros ligados a indicadores visuais, associada a estratégias de redução do som (por exemplo, uso de materiais de menor impacto acústico e minimização de aberturas desnecessárias das incubadoras), foi identificada como uma intervenção simples, mas altamente eficaz para promover um ambiente protetor do neurodesenvolvimento (Silva et al., 2019).

Outro ponto crítico prendeu-se com a ausência de um sistema de registos eletrónicos estruturados, pois são manuscritos e em folhas A3, situação que aumenta o risco de falhas na comunicação, dificulta a monitorização de parâmetros como a dor e limita a formalização dos diagnósticos de enfermagem e planos de cuidados. A modernização e informatização dos registos constitui, assim, um passo fundamental para assegurar a continuidade, segurança e qualidade da prática clínica (Nascimento et al., 2019).

Assistindo-se a uma realidade que se verifica um pouco por todo o país, caracterizada pelo défice de recursos humanos em enfermagem, constata-se que esta insuficiência pode limitar a vigilância dos RN e compromete a capacidade das equipas em envolver-se em projetos de melhoria contínua, como a atualização de protocolos de cuidados centrados na família. A Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros alerta que Portugal apresenta um dos rácios mais baixos de enfermeiros entre os países da OCDE, o que provoca impactos negativos na qualidade, segurança e continuidade dos cuidados (OE, 2021). Esta situação é corroborada pela OE, que salienta a importância de dotação segura de enfermeiros como condição essencial para oferecer cuidados de qualidade e proteger tanto utentes como

profissionais (OE, 2019). Esta realidade reforça a importância de investir em estratégias que conciliem qualidade assistencial, segurança e sustentabilidade dos cuidados (Jesus et al., 2015).

Estas reflexões evidenciam que a construção de um ambiente terapêutico seguro depende não só de recursos físicos e humanos adequados, mas também da implementação de práticas baseadas na evidência, da partilha de conhecimento e da atualização contínua dos processos organizacionais, fundamentais à prestação de cuidados especializados de excelência.

Relativamente ao desenvolvimento de projetos e práticas de melhoria contínua da qualidade, procurei manter uma conduta proativa na participação e, reconhecimento da sua importância na otimização dos cuidados prestados e na promoção de um ambiente terapêutico seguro e centrado no utente.

No serviço de neonatologia, colaborei em projetos estruturados e já em processo de implementação no serviço, que visam fortalecer o vínculo familiar, reduzir o stress ambiental e promover práticas baseadas na evidência para um cuidado mais humanizado e seguro.

Tive a oportunidade de contribuir ativamente para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, nomeadamente através da colaboração na atualização do protocolo/guia para a preparação e administração segura de medicamentos. Esta atualização foi essencial para assegurar a precisão e segurança na administração medicamentosa, dado o elevado rigor exigido nesta unidade, onde as doses são calculadas minuciosamente com base no peso e idade dos RN.

Em articulação com a enfermeira tutora, participei na revisão crítica do protocolo existente, identificando áreas que careciam de atualização face à evidência científica atual e às boas práticas recomendadas para cuidados neonatais intensivos. Paralelamente, apoiei a revisão da tabela de diluição dos medicamentos intravenosos, um instrumento fundamental para garantir a correta dosagem e a minimização de erros, reforçando a segurança dos utentes mais vulneráveis.

Este processo refletiu o compromisso com a melhoria contínua da qualidade, uma competência essencial no exercício profissional do EE. A revisão e atualização dos instrumentos clínicos permitiram promover uma prática baseada em evidência, uniformizar procedimentos e reforçar a cultura de segurança no serviço de neonatologia. Além disso, contribuiu para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, uma vez que envolveu a análise crítica e aplicação prática de conhecimentos científicos ao contexto clínico real.

A minha participação nesta iniciativa evidencia a capacidade de atuar proativamente na melhoria dos cuidados, assumindo responsabilidade pela qualidade e segurança, e

colaborando de forma eficaz com a equipa multidisciplinar para implementar mudanças que beneficiam diretamente os utentes e suas famílias

No SUP, procurei contribuir para a melhoria contínua da qualidade através da aplicação rigorosa de protocolos de segurança, tais como a identificação inequívoca do utente, validação dupla da terapêutica e controlo da dor, incluindo a utilização do sistema Pyxis para administração medicamentosa, que contribui para a redução de erros e para a segurança terapêutica (World Health Organization [WHO], 2017; DGS, 2019).

Na USF, durante o acompanhamento no âmbito do PNSIJ, dediquei-me à avaliação e promoção de hábitos alimentares saudáveis e à educação das famílias, práticas essenciais para a prevenção de doenças crónicas e promoção da saúde a longo prazo (OE, 2021; DGS, 2019).

Estas experiências diversificadas permitiram-me desenvolver competências fundamentais para a melhoria contínua da qualidade, demonstrando a importância da adaptação das intervenções a cada contexto e da colaboração interdisciplinar, garantindo cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa.

Gestão de cuidados

Neste domínio, o EE é responsável por fazer a gestão dos cuidados de enfermagem e otimiza o trabalho da equipa, garantindo uma articulação eficaz com os restantes profissionais de saúde. Ajusta a liderança e a gestão dos recursos conforme as necessidades do contexto, assegurando a qualidade dos cuidados prestados. Para isso, toma decisões informadas, supervisiona tarefas delegadas e adapta os recursos disponíveis, demonstrando competências de liderança adequadas à situação (OE, 2019).

Atendendo à especificidade de cada contexto, a atuação ao nível do domínio da gestão de cuidados, desenvolveu-se numa ótica de aquisição de conhecimentos práticos das funções do EE, enquanto elemento ativo na colaboração da gestão do serviço, através da observação da atuação das enfermeiras tutoras. No serviço de neonatologia, tive a oportunidade de colaborar com a enfermeira tutora, que além de EEESIP frequentemente assumia funções de gestão na ausência da enfermeira gestora, relacionadas com pedidos de material de consumo clínico e pedidos de medicamentos para a farmácia, bem como a organização da equipa de enfermagem no turno e seguintes.

Neste âmbito, procurei contribuir para a organização eficiente dos cuidados prestados em cada contexto de estágio. Na USF, participei no planeamento e coordenação das intervenções de saúde infantil, trabalhando em colaboração com a equipa multidisciplinar para garantir uma abordagem integrada e centrada na criança e na família (WHO, 2018).

Ao longo das três componentes deste estágio, procurei gerir de forma eficaz os recursos disponíveis, incluindo o tempo, os materiais e os equipamentos, assegurando a prestação de cuidados seguros e de qualidade. No serviço de neonatologia, adaptei as intervenções às necessidades específicas de cada RN, tendo em consideração a idade, a situação clínica e o contexto familiar, reconhecendo a importância de uma abordagem individualizada e holística (Ferraz, 2022). No âmbito da gestão dos cuidados, optou-se, sempre que viável, por envolver os pais nos procedimentos, nomeadamente na manutenção da sucção não nutritiva, na contenção ou na administração de sacarose ao RN, com o objetivo de otimizar os recursos humanos e reduzir a necessidade de solicitar a colaboração de outro profissional. No SUP, a rápida e adequada gestão dos recursos e do tempo revelou-se fundamental para garantir a eficiência do atendimento e a segurança dos utentes (DGS, 2021).

Para assegurar a continuidade e a qualidade dos cuidados, comuniquei de forma clara e eficaz com todos os elementos da equipa, bem como procurei manter um registo rigoroso e atualizado das informações clínicas mais relevantes. Esta prática foi fundamental para manter a coerência e a articulação entre os diferentes momentos do processo de cuidado, evitando falhas de comunicação e promovendo a segurança do utente.

Foi igualmente possível, nos contextos de estágio, participar na referenciação de RN, crianças e adolescentes para outras instituições ou consultas de especialidade, através da elaboração de notas de alta ou transferência de enfermagem, assim como, referenciação para o serviço social, possibilitando assim, uma maior compreensão da sua operacionalização, enaltecendo a importância do trabalho em equipa multidisciplinar para obtenção de ganhos em saúde.

Estas experiências permitiram desenvolver competências essenciais na gestão dos cuidados, nomeadamente a capacidade de organizar, planear, priorizar e adaptar intervenções, sempre com o foco nas necessidades específicas de cada criança/adolescente e respetiva família, garantindo cuidados personalizados, seguros e eficazes.

Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o EE deve demonstrar consciência de si enquanto pessoa, profissional e elemento integrante da organização, reconhecendo os seus recursos e limitações. Paralelamente, fundamenta a sua prática em evidência científica atualizada e relevante, assumindo-se como facilitador dos processos de aprendizagem (OE, 2019).

No decurso dos estágios, comprometi-me sempre com uma aprendizagem contínua, participando em sessões de formação em serviço e recorrendo, sistematicamente à pesquisa de evidência científica para sustentar a prática clínica. Este investimento contribuiu para atualizar conhecimentos, e também para aprofundar competências técnicas, científicas e

relacionais, reconhecendo e de acordo com Murad et al. (2019) que a aprendizagem ao longo da vida é um requisito essencial para a excelência profissional.

Pautei a minha conduta por uma postura reflexiva, analisando criticamente os pontos fortes e identificando áreas de melhoria, numa lógica de desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. A prática reflexiva, aliada à avaliação sistemática do desempenho, constitui-se como elemento central para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a consolidação da identidade profissional do EE (Schön, 2017).

Paralelamente, valorizei e beneficiei de momentos de partilha de conhecimentos e experiências com as colegas e as enfermeiras tutoras, reconhecendo-os como oportunidades fundamentais para o desenvolvimento pessoal e profissional, bem como para o fortalecimento de um ambiente de aprendizagem colaborativo e enriquecedor.

Esta abordagem está em consonância com os princípios da OMS, que salienta a importância do trabalho em equipa interprofissional como estratégia essencial para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados, promover a eficiência dos serviços de saúde e potenciar ganhos em saúde (OMS, 2010).

A elaboração e apresentação de relatórios e reflexões críticas constituíram igualmente momentos de consolidação de conhecimentos, nos quais integrei a teoria e a prática adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Esta abordagem traduziu-se num processo formativo consistente, centrado na aquisição e aplicação de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, em conformidade com as exigências do Regulamento das Competências Comuns do EE (OE, 2019).

Durante o estágio, procurei estabelecer relações interpessoais de natureza terapêutica e empática com as crianças/adolescentes e respetivas famílias, baseadas no respeito pela singularidade de cada pessoa, e, ausentes de juízos de valor. Estas interações constituíram-se como elementos promotores do meu desenvolvimento pessoal e profissional, favorecendo a construção de um cuidado humanizado e centrado na pessoa (Peplau, 1991; OE, 2019).

Mantive uma postura proativa, assertiva e recetiva, demonstrando competências associadas ao saber ser, saber estar e saber-fazer, essenciais a um EEESIP na prática.

No decurso do estágio, e em colaboração com as EEESIP tutoras, procedi a análises críticas das práticas desenvolvidas após a prestação de cuidados, incorporando comentários construtivos e sugestões de melhoria. Esta reflexão estruturada, suportada pela supervisão clínica, revelou-se essencial para o desenvolvimento das minhas competências especializadas, permitindo uma atuação cada vez mais segura, fundamentada e eficaz na prestação de cuidados pediátricos (Vieira et al., 2023).

Com o objetivo de sustentar o desenvolvimento dos materiais produzidos ao longo dos estágios e de assegurar a qualidade dos cuidados, em contextos distintos do da minha prática profissional habitual, procedi à pesquisa e análise crítica de literatura científica proveniente de fontes reconhecidas, incluindo orientações da DGS, da OE e de sociedades científicas na área pediátrica e neonatal. Este processo possibilitou a mobilização e integração de conhecimentos fundamentados em evidência científica atual e pertinente, potenciando a adequação e eficácia das intervenções.

No mesmo sentido, e reconhecendo a importância da produção de evidência para o avanço da disciplina de enfermagem e para o aperfeiçoamento dos padrões de qualidade dos cuidados, foi delineado um estudo qualitativo, observacional e descritivo, cuja temática se encontra alinhada com a minha prática clínica e será apresentada na segunda parte deste relatório.

Assim, este percurso formativo potenciou a minha evolução enquanto profissional crítico-reflexivo, capaz de integrar a melhor evidência científica numa prática clínica segura, humanizada e orientada para ganhos efetivos em saúde.

3.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O EEESIP reúne, para além das competências comuns ao enfermeiro de cuidados gerais, um conjunto de competências clínicas específicas que lhe permitem prestar cuidados diferenciados e centrados na criança/adolescente e na sua família. Estas competências, regulamentadas pela OE, englobam dimensões técnicas, científicas e relacionais, visando a promoção da saúde, o apoio à parentalidade e a intervenção em situações de especial complexidade, ajustando-se às necessidades ao longo do ciclo de vida e do desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018; Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 140/2019).

No presente relatório, será espelhado o desenvolvimento destas competências específicas, à luz dos domínios e unidades de competência definidos pela OE, evidenciando a forma como foram mobilizadas e consolidadas ao longo dos estágios realizados, sempre com o objetivo de garantir cuidados seguros, individualizados e de excelência.

Assiste a criança/adolescente e família, na maximização da sua saúde

No âmbito da primeira competência específica, o EE desempenha um papel ativo na elaboração, implementação e gestão de planos de saúde ajustados às necessidades individuais. Estes planos, desenvolvidos em parceria com a família, visam promover práticas de parentalidade positiva e sustentada. Para além disso, o profissional tem a responsabilidade

de identificar de forma precoce alterações ou sinais sugestivos de doença, bem como atuar de forma célere perante situações de risco que possam comprometer o bem-estar, o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança ou do adolescente (OE, 2018).

O estágio realizado em contexto comunitário, mais concretamente numa USF, revelou-se particularmente agradável, tendo em conta que se assemelha significativamente ao meu contexto habitual de prática clínica hospitalar. Neste, senti-me muito à vontade na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e à sua família no seio da comunidade, onde a abordagem deve ser focada no planeamento da promoção da saúde. Os cuidados antecipatórios, incentivados pela DGS (2013) como vertente fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças, facilitam um desempenho parental mais eficaz.

Neste enquadramento, a promoção da saúde infantil e juvenil e a capacitação parental constituem pilares da intervenção do EEESIP, sendo a consulta de enfermagem um espaço privilegiado para operacionalizar estas intervenções, reforçar competências parentais e capacitar cuidadores para responder de forma informada, eficaz e adequada às necessidades da criança/adolescente.

O PNSIJ orienta a prática nas consultas de saúde infantil e juvenil, oferecendo um quadro de referência estruturado para a avaliação sistemática do crescimento, desenvolvimento e bem-estar da criança (DGS, 2013). A intervenção do EE assume um papel central na identificação precoce de fatores de risco, na promoção de hábitos de vida saudáveis e na adaptação das orientações ao contexto familiar e sociocultural, potenciando a adesão e a eficácia dos cuidados.

A relação terapêutica entre o EEESIP, a criança e a família, constitui o principal instrumento de atuação, sustentando-se nas competências comunicacionais adaptadas à idade e ao estágio de desenvolvimento (E1.1.2). No RN e no lactente, a comunicação é predominantemente mediada por sinais não verbais, como o contacto visual, o tom de voz suave, o toque e a interação próxima com os pais, reforçando a perceção de segurança e confiança. Na fase de *toddler*, a utilização de estratégias lúdicas, associada à participação ativa dos cuidadores, contribui para reduzir a ansiedade e facilitar a cooperação da criança. Já na idade pré-escolar e escolar, privilegiam-se explicações simples, o recurso a objetos de mediação, como brinquedos e livros, e o incentivo à expressão de sentimentos, adaptando sempre a linguagem ao nível de compreensão da criança. No adolescente, a intervenção centra-se numa escuta ativa, no respeito pela privacidade e na abertura ao diálogo sobre temáticas pertinentes, como a saúde mental, a sexualidade, a vida social, o consumo de substâncias e a segurança, de forma a promover a tomada de decisões informadas e a adoção

de comportamentos protetores (Barros et al., 2021; Encarnação, Marques & Silva, 2025; UNICEF, 2021).

Por conseguinte, a comunicação, culturalmente sensível e ajustada ao estágio de desenvolvimento (E1.1.2), reforça a adesão terapêutica e a relação de confiança, tal como defendem Silva et al. (2024), sendo um eixo transversal de todos os contextos clínicos.

Esta abordagem foi particularmente relevante com adolescentes, dado que a adolescência é uma fase marcada por transformações biopsicossociais que exigem respeito pela autonomia e confidencialidade, permitindo criar um espaço seguro para a expressão de preocupações, dúvidas e expectativas.

Ao longo das consultas, procurei dar especial atenção à avaliação antropométrica, ao desenvolvimento psicomotor, ao cumprimento do plano vacinal e à dinâmica familiar, sempre que possível, utilizando instrumentos validados como a Escala de *Mary Sheridan* Modificada. No primeiro ano de vida, as preocupações dos cuidadores centraram-se sobretudo na amamentação e na introdução alimentar. A observação direta permitiu-me identificar e corrigir dificuldades na pega, orientando para a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, conforme as recomendações da OMS e da DGS (E1.1.4). Quanto à diversificação alimentar, foram transmitidas orientações sobre a escolha e confeção dos alimentos, a introdução gradual de novos sabores e texturas e a prevenção de comportamentos alimentares de risco.

No que concerne à educação para a saúde, competência transversal à prática clínica, procurei abranger e desenvolver temas como uma alimentação equilibrada, a importância de uma boa hidratação, a higiene oral, a atividade física, o sono, a segurança e a prevenção de acidentes e o consumo de substâncias nocivas. No âmbito da imunização, para além da administração de vacinas, procurei sempre esclarecer dúvidas e reforçar a importância do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV). Durante o procedimento, apliquei estratégias de redução da dor e ansiedade, como a amamentação ou técnicas de distração, práticas suportadas por evidência científica (Taddio et al., 2017).

Durante o estágio na USF, foi possível identificar, em colaboração com a minha colega do Curso de Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) a realizar estágio no mesmo período, a necessidade de melhorar o conhecimento sobre os efeitos secundários associados a vacinas, ajustados à idade e ao tipo de vacina, como forma de responder adequadamente a uma necessidade demonstrada pelos pais. Observou-se que, após o momento da vacinação, os bebés frequentemente apresentam choro intenso e sinais de desconforto, situação que canaliza de forma imediata a atenção dos pais para o consolo e cuidados com os filhos, dificultando a assimilação das informações e conselhos transmitidos pelo

profissional de saúde. Esta realidade evidencia a importância de estratégias de comunicação claras e estruturadas, que permitam aos pais compreenderem os efeitos esperados das vacinas, distinguindo-os de sinais que exigem intervenção clínica imediata. Ao fornecer informações detalhadas sobre manifestações comuns, como dor no local de injeção, febre ligeira e irritabilidade, bem como sobre reações raras, mas significativas, como convulsões febris ou reações alérgicas graves, o EE para além de promover a segurança clínica, contribui para o empoderamento parental.

Consequentemente, de modo a facilitar a retenção da informação e apoiar a tomada de decisão informada, realizámos um folheto informativo (Apêndice 1) para ser utilizado na USF como material de apoio. Trata-se de um folheto informativo para ser consultado no domicílio ou sempre que necessário, após a realização do procedimento. Este recurso foi pensado e elaborado como forma de acesso rápido aos pais para validar as dúvidas, observar corretamente os sinais de alerta e adotar as medidas adequadas de forma segura, contribuindo para a prevenção de complicações na criança.

Esta abordagem não só reforça a comunicação empática e a confiança dos pais na vacinação, como também promove a adesão ao PNV, sustentada em evidência científica atualizada. Como tal, o EEESIP exerce um papel central na educação e orientação familiar, assegurando a promoção da saúde infantil e pediátrica, a segurança clínica e a manutenção da elevada taxa de cobertura vacinal como a que temos em Portugal, alinhando a prática profissional às competências específicas do EEESIP.

De acordo com o Relatório Síntese Anual da Vacinação 2024 da DGS (2024), Portugal mantém coberturas vacinais muito elevadas. Em 2023, cerca de 99% das crianças foram vacinadas no primeiro ano de vida, e as coberturas permaneceram acima de 95% até aos sete anos de idade, conforme os dados disponíveis.

O envolvimento da criança/adolescente e família nas decisões de saúde (E1.1.1) foi assegurado através da negociação de objetivos, da elaboração conjunta do plano de cuidados e da definição de metas adaptadas ao contexto familiar, na qual pretendi promover a corresponsabilização e a adesão ao regime terapêutico (Christensen & Hagedoorn, 2025). A promoção de estilos de vida saudáveis (E1.1.5) esteve sempre presente, alinhada com o PNSIJ e com as recomendações da OE (2018), reforçando a aquisição de comportamentos saudáveis desde a infância.

A intervenção precoce nas doenças comuns e em situações de risco (E1.2.4) foi operacionalizada através da vigilância sistemática do crescimento e desenvolvimento, da identificação de sinais de alerta e do encaminhamento atempado para outros níveis de cuidados. Paralelamente, a avaliação dos conhecimentos e comportamentos da

criança/adolescente e família (E1.2.7) possibilitou o ajuste das intervenções educativas, garantindo a compreensão e a integração das orientações na rotina diária.

A prática clínica que desenvolvi durante o estágio na USF, incidiu sobre uma abordagem centrada na parceria de cuidados, onde a família é considerada elemento ativo no processo de promoção da saúde. Procurei gerir as situações complexas, como dificuldades na amamentação, distúrbios do sono, alterações comportamentais ou atrasos no desenvolvimento, de forma colaborativa, com planos de cuidados individualizados. Assim, a integração das competências regulamentares, o uso de estratégias de comunicação adaptadas, a promoção da saúde e a gestão do regime terapêutico permitiram uma intervenção de enfermagem informada, reflexiva e centrada na criança/adolescente e família, reforçando a relevância do EEESIP na comunidade.

Reportando-me ao estágio na neonatologia, tive a oportunidade de cuidar predominantemente de RNPT, numa abordagem que valorizou a participação ativa da família em todo o processo de cuidar, em consonância com o critério E1.1.1. Desde o início, considerei os pais como principais cuidadores, estabelecendo uma relação de confiança e empatia que permitiu negociar e adaptar a sua participação de forma progressiva e respeitadora das suas crenças e preferências.

Através de estratégias motivadoras (E1.1.3), procurei promover a interação precoce entre os pais e o RN, mesmo perante as limitações inerentes ao ambiente da Neonatologia. Inicialmente, recorrendo a pequenas oportunidades, como a escolha de peças de vestuário ou a possibilidade de permanência junto à incubadora. Posteriormente, quando a situação clínica do RN se encontrava mais estável, foi possível, em colaboração com a enfermeira tutora, a introdução de práticas com evidência comprovada, como o contacto pele a pele, no sentido de promover a vinculação e o desenvolvimento do RNPT (Conde-Agudelo & Díaz-Rossello, 2016).

De forma a potenciar comportamentos considerados promotores de saúde (E1.1.5), valorizei situações propícias ao reforço da importância do toque, da presença física e do envolvimento nos cuidados básicos. A separação precoce entre pais e RNPT, comum no serviço de Neonatologia, é reconhecida como um fator de risco para dificuldades no processo de vinculação, pelo que o EEESIP tem um papel essencial na sua mitigação (Flacking et al., 2012; Sociedade Portuguesa de Neonatologia [SPN], 2016).

Ao facilitar a aquisição de conhecimentos essenciais para a segurança e bem-estar da criança (E1.2.8), envolvendo os pais nos cuidados diários e fornecendo orientações sobre higiene, alimentação, prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente e identificação de sinais de alarme clínico, assegurei que se sentissem confiantes e preparados para assumir os

cuidados no domicílio. Por sua vez, a preparação para a alta foi sempre iniciada de forma precoce e estruturada, em articulação com a equipa de saúde, o que veio reforçar a autonomia e a confiança parental para a continuidade de cuidados no domicílio (Melnik et al., 2014). A este respeito, a literatura evidencia que pais informados e com experiência prática no cuidado ao bebé apresentam maior capacidade para desempenhar este papel de forma autónoma (SPN, 2016).

Esta experiência permitiu-me desenvolver uma prática de cuidados centrados na família, sustentada por evidência científica e orientada para a promoção da saúde, a capacitação parental e a prevenção de riscos, respondendo de forma integrada aos diferentes critérios que compõem a Competência Específica “assiste a criança/ adolescente e família, na maximização da sua saúde”.

No âmbito do estágio no SUP, procurei envolver a criança e a família em todo o processo de cuidado (E1.1.1), explicando o funcionamento da triagem, as prioridades de atendimento e a possibilidade de retriagem. Sempre que possível, negocie a participação dos pais, incentivando-os a colaborar na administração de terapêutica, apoiar emocionalmente o filho e interagir durante os procedimentos, reforçando o seu papel ativo na saúde da criança (E1.1.3).

De forma a promover comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5), utilizei estratégias como ensino dirigido à família, abordando administração de medicamentos, identificação de sinais de dificuldade respiratória, vômitos/diarreia e técnicas de lavagem nasal. Estas ações permitiram aos pais adquirir competências, confiança e autonomia na gestão da saúde da criança, contribuindo para a sua segurança e bem-estar no domicílio (Barbieri-Figueiredo & Ramos, 2020; SPN, 2016).

Durante a avaliação inicial na triagem, estive atenta a sinais fisiológicos e emocionais de mal-estar (E1.2.3), incluindo ansiedade, medo e stress, tanto da criança como da família, intervindo através de estratégias de humanização e cuidados atraumáticos. O brincar constituiu uma ferramenta importante para reduzir a ansiedade, promover expressão de sentimentos e estimular a participação da criança nos cuidados, fortalecendo a sua capacidade de coping (Barbieri-Figueiredo & Ramos, 2020; Hockenberry & Wilson, 2014).

Por fim, procurei facilitar a aquisição de conhecimentos sobre saúde e segurança (E1.2.8), transmitindo informações claras e práticas aos pais, de forma a capacitá-los para decisões informadas e seguras sobre a criança. Estas intervenções integraram avaliação clínica, comunicação eficaz e ensino dirigido, contribuindo para maximizar a saúde e o bem-estar da criança e da família.

Cuida da criança/adolescente e família nas situações de especial complexidade

De acordo com o regulamento das competências específicas do EEESIP (OE, 2018), cuidar da criança/adolescente nas situações de especial complexidade, é uma das competências a que um EEESIP deve dar resposta. Esta competência, na opinião de Benner (2001), exige a integração de conhecimentos científicos atualizados, habilidades técnicas avançadas e uma abordagem holística, capaz de responder de forma eficaz às necessidades específicas inerentes a contextos de maior exigência clínica.

Nesta perspetiva, considero que os contextos como o SUP e a Neonatologia se configuram como os mais propícios ao desenvolvimento desta competência, uma vez que requerem conhecimentos especializados e competências técnicas que permitem uma resposta célere e adequada perante situações clínicas complexas. Todavia, a vulnerabilidade inerente às crianças e adolescentes, associada à imprevisibilidade, à pressão e ao elevado nível de stress, característicos destes contextos, constituem fatores que podem condicionar a atuação do EEESIP, ainda que esta seja essencial em contextos de especial complexidade. Não obstante, reconheço que a prática clínica, no âmbito da USF, também contribuiu para o desenvolvimento desta competência, ainda que num enquadramento distinto.

Neste contexto, a complexidade não se traduz tanto na instabilidade imediata, mas sim na necessidade de uma gestão eficaz e contínua da saúde da criança/adolescente, através da promoção da saúde, da vigilância, da prevenção e da intervenção precoce. O papel do EEESIP nos CSP revela-se fundamental para consolidar competências de avaliação sistemática, tomada de decisão e antecipação de riscos, assim como para assegurar uma gestão adequada do regime terapêutico, indissociável à obtenção de ganhos em saúde a médio e longo prazo (Barroco, 2023).

Adicionalmente, a gestão do regime terapêutico na USF articula-se, entre outros aspetos, com o cumprimento do PNV, enquanto instrumento de saúde pública de comprovada eficácia na prevenção de doenças infecciosas e redução da mortalidade e morbilidade infantil (DGS, 2020). A vacinação, além de representar uma medida preventiva essencial, constitui um verdadeiro compromisso terapêutico, na medida em que requer adesão, planeamento, monitorização e acompanhamento contínuo por parte dos profissionais de saúde e das famílias (DGS, 2020).

O EEESIP, neste âmbito, desempenha um papel crucial ao educar e capacitar os pais, promovendo a literacia em saúde e reforçando a importância do cumprimento rigoroso do calendário vacinal, de modo a garantir proteção individual e comunitária (Victora et al., 2016).

Por outro lado, embora na experiência desenvolvida na USF não tenham surgido situações de acompanhamento direto de doenças crónicas, este é um domínio relevante para a prática do EEESIP no contexto da comunidade. A gestão de condições como asma, Diabetes *Mellitus*

tipo 1, epilepsia, entre outras doenças crônicas, exige uma abordagem integrada, centrada na criança/adolescente e família, promovendo a adesão ao tratamento, o autocuidado e a prevenção de complicações (Fleisher et al., 2020). Neste sentido, a experiência vivenciada no SUP, com crianças com asma e bronquite asmática, vem reforçar a pertinência de integrar nos cuidados na comunidade estratégias que garantam a continuidade de cuidados, o acompanhamento próximo e a educação para a saúde, que são fatores determinantes na redução de descompensações clínicas e, inevitavelmente, de reinternamentos (Global Initiative for Asthma [GINA], 2022).

Paralelamente, a integração da vigilância da saúde infantil, conforme preconizado pelo PNSIJ, acrescenta ainda outra dimensão ao desenvolvimento desta competência. O acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento, a avaliação dos fatores de risco e a intervenção precoce em situações de vulnerabilidade permitem ao EEESIP atuar de forma antecipatória, prevenindo complicações e assegurando trajetórias de desenvolvimento mais saudáveis (DGS, 2019; Feldman et al., 2014).

Assim, a prática clínica na USF, embora distinta na sua natureza, contribui para a consolidação desta competência, onde a gestão do regime terapêutico, materializada em atividades como a vacinação, o acompanhamento de doenças crônicas e a vigilância de saúde, representa uma vertente de complexidade que, embora diferente da situação clínica aguda dos contextos hospitalares, exige competências especializadas para garantir adesão, continuidade de cuidados e ganhos em saúde infantil e juvenil.

Reportando-me ao estágio na Neonatologia, tive a oportunidade de acompanhar e prestar cuidados especializados a RNPT, desde situações de grande vulnerabilidade e instabilidade hemodinâmica, até contextos de cuidados intermédios, onde o foco se centra sobretudo na aquisição de competências oro motoras, essenciais à alimentação.

Contextualizando, considera-se RNPT o bebé que nasce antes das 37 semanas completas de gestação. De acordo com Barbieri-Figueiredo e Ramos (2020), a prematuridade pode ser classificada em diferentes graus, de acordo com a idade gestacional: prematuridade extrema (<28 semanas), severa (28 a <31 semanas e seis dias), moderada (32 a <33 semanas e seis dias) e tardia (34 a 36 semanas e seis dias).

O ambiente da neonatologia caracteriza-se pelo predomínio de tecnologia e consequentemente de múltiplos equipamentos, necessários para garantir a monitorização e os cuidados, mas que constituem, simultaneamente, estímulos artificiais constantes, que são difíceis para um RNPT processar adequadamente, além de potencialmente agressivos para o seu neurodesenvolvimento.

Por conseguinte, estes estímulos encontram-se presentes nos alarmes, nos ruídos de equipamentos, na luminosidade intensa, no excesso de manipulação e na exposição repetida a procedimentos dolorosos. Esta sobrecarga sensorial tem sido identificada como um fator de risco para complicações associadas à prematuridade, incluindo alterações neurosensoriais, défices cognitivos, atraso na linguagem, perturbações do comportamento e défice de atenção/hiperatividade (Barbieri-Figueiredo & Ramos, 2020).

De acordo com Ferraz (2018), a prática de enfermagem em Neonatologia deve integrar estratégias neuroprotetoras que minimizem a exposição a estímulos nocivos e favoreçam condições de desenvolvimento mais próximas do ambiente intrauterino. A autora sublinha a importância de medidas como a manipulação mínima, o controlo do ambiente com redução do ruído e da luminosidade, o posicionamento adequado, a prevenção de lesões cutâneas e o respeito pelos ciclos de sono e vigília, salientando que estas práticas contribuem significativamente para a promoção do desenvolvimento neurosensorial do RNPT.

Posto isto, procurei adotar práticas neuroprotetoras centradas na humanização do cuidado, assegurando uma manipulação criteriosa, o controlo ambiental através da redução do ruído e da luminosidade, bem como a manutenção da temperatura corporal (E2.1.1). Concomitantemente, garanti medidas de conforto, um posicionamento adequado do RN, a prevenção de lesões de pele e o respeito pelos períodos de sono e vigília, otimizando o bem-estar da criança e da família (E2.2).

Por conseguinte, tive a oportunidade de acompanhar RN em situações de elevada complexidade clínica, submetidos a suporte ventilatório invasivo e não invasivo, e a intervenções farmacológicas destinadas à manutenção da estabilidade hemodinâmica, sempre em estreita colaboração com a enfermeira tutora.

A instabilidade clínica é uma condição frequente nos RNPT, resultado da imaturidade fisiológica e da fragilidade que os caracteriza, tornando-os extremamente suscetíveis a alterações súbitas na homeostasia, em especial durante os momentos de prestação de cuidados (Ferraz, 2021). Como referem Barbieri-Figueiredo e Ramos (2020), manifestações como alterações da frequência cardíaca, oscilações da tensão arterial, episódios de dessaturação periférica e sinais de dificuldade respiratória constituem indicadores precoces de instabilidade clínica, exigindo vigilância contínua e intervenções rápidas por parte da equipa de enfermagem. Consequentemente, também alterações da diurese, das dejeções ou do estado neurológico devem ser reconhecidas como sinais de alarme (Nunes et al., 2021).

Durante este estágio, observei com frequência situações de taquicardia, hipotensão e hipoxemia, em que a atuação imediata, como a regulação da incubadora ou a aspiração de secreções, se revelou eficaz para a reversão do quadro, confirmando a importância da

observação crítica e da resposta rápida (Silva et al., 2019). Convulsões neonatais, frequentemente manifestadas por movimentos tônico-clônicos ou alterações súbitas do estado de consciência, constituem também situações passíveis de ocorrer no contexto da Neonatologia e representam um quadro de elevada gravidade. Nestes casos, é fundamental que o EEESIP reconheça precocemente os sinais e tenha presente a necessidade de preparação da terapêutica apropriada para administração em SOS, conforme protocolos institucionais, de forma a prevenir complicações neurológicas graves.

Assim, os cuidados em Neonatologia exigem do EEESIP competências avançadas na prestação de cuidados diferenciados, articulando a vigilância clínica rigorosa com práticas de cariz neuroprotetor e centradas na família, de modo a promover o melhor desenvolvimento possível do RNPT e a sua qualidade de vida futura. Reconheço, tal como defendem Nunes et al. (2021), que o desenvolvimento do olhar clínico se apura sobretudo com a experiência prática, mas considero que os conhecimentos adquiridos ao longo da formação teórica, aliado aos conhecimentos transmitidos pela enfermeira tutora e a sua perícia de longos anos no serviço, foram determinantes para identificar precocemente sinais de instabilidade, priorizar intervenções e atuar de forma segura e eficaz (E2.1).

Durante estas intervenções, participei ativamente em procedimentos técnicos como aspiração de secreções, inserção de sonda nasogástrica e colheita de espécimes para análise, procedimentos que concretizei de forma autónoma, sob supervisão, com sucesso e em segurança. Estas experiências, técnicas e não técnicas, permitiram consolidar competências não só na prestação de cuidados de elevada complexidade, como também na tomada de decisões clínicas em segurança, em conformidade com as boas práticas de enfermagem neonatal. A referir que, sendo acompanhada pela enfermeira tutora, conhecedora da minha experiência profissional, transmitiu-me segurança e confiança no desempenho de todos os procedimentos, reforçando a importância da supervisão e do trabalho em equipa no desenvolvimento profissional (E.2.1; E.2.5.1).

Embora nenhum RN tenha tido uma evolução desfavorável, que pudesse ter culminado num óbito, foi possível observar que os pais, por vezes, podem experienciar um processo de luto relacionado com a perda do bebé idealizado, uma vez que não corresponde às suas expectativas iniciais. Nestes momentos, canalizei a minha conduta na utilização de estratégias de comunicação sensível e de apoio emocional, promovendo a dignificação do processo de luto e reforçando a capacidade de adaptação da família à nova realidade (E.2.1.3; E.2.5.2). Conforme a opinião de Ferraz (2022), é fundamental que os enfermeiros desenvolvam intervenções que promovam esperança e resiliência familiar em contextos de elevada complexidade neonatal, o que foi aplicado na prática ao incentivar a participação ativa dos pais nos cuidados e valorizar pequenos progressos do RN no dia a dia.

No decurso deste estágio, também identifiquei necessidades especiais e potenciais incapacidades relacionadas com a vinculação e interação inicial entre os pais e o RN, selecionando e adaptando as intervenções de enfermagem para responder a estas necessidades específicas, como são a promoção de estratégias de coping e adaptação familiar (E.2.5.1; E.2.5.5). A abordagem, centrada na criança e na família, foi complementada pela aplicação de estratégias promotoras de esperança, como a valorização do progresso clínico e o incentivo à participação ativa nos cuidados, reforçando sentimentos de segurança e confiança (Viana, 2010).

A experiência permitiu, assim, desenvolver competências no cuidado a crianças em situações de especial complexidade, reconhecer instabilidade das funções vitais e aplicar cuidados de enfermagem apropriados, enquanto se promove a dignificação do processo de luto e se capacita a família para estratégias de coping e adaptação.

No que concerne ao SUP, a triagem é assegurada por enfermeiros especialistas ou enfermeiros com experiência em triagem, de acordo com a versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester (Grupo Português de Triagem, 2024). Compete ao enfermeiro não apenas atribuir a prioridade clínica, mas também encaminhar a criança para observação médica ou cirúrgica, em conformidade com normas, critérios e protocolos definidos (DGS, 2018).

A triagem constitui uma área de elevada autonomia para o EEESIP, representando um contexto de especial complexidade. A dificuldade da criança na expressão verbal, a par da inespecificidade de muitos sintomas e a ansiedade dos cuidadores tornam a recolha de informação particularmente exigente (Liu et al., 2021). Para além disso, surgem frequentemente situações de conflito com familiares que manifestam insatisfação relativamente à cor da pulseira atribuída, percecionando o tempo de espera como injusto. Nesses casos, tornou-se essencial manter uma postura assertiva, reforçando que a prioridade de atendimento baseia-se no risco clínico e não na ordem de chegada, explicando ainda que todas as crianças são periodicamente reavaliadas, o que contribuiu para aumentar a aceitação do processo.

Durante o estágio, pude acompanhar a enfermeira tutora no processo de triagem, colaborando em atividades tais como avaliar a temperatura, o peso corporal e os sinais vitais, bem como proceder à administração de antipiréticos ou analgésicos sempre que necessário. Esta avaliação sistemática do peso, realizada em cada episódio de triagem, revelou-se particularmente relevante, constituindo uma etapa imprescindível para o cálculo rigoroso da posologia dos fármacos e garantindo a sua administração em dose terapêutica adequada e segura, de acordo com a idade e condição clínica apresentada.

Em simultâneo, o envolvimento direto nos cuidados prestados à criança e à família possibilitou o desenvolvimento de competências fundamentais ao EEESIP, nomeadamente a comunicação terapêutica baseada em empatia e assertividade, a condução de entrevistas clínicas eficazes, explorando perguntas abertas e fechadas de forma criteriosa, bem como o pensamento crítico, indispensável para apoiar a tomada de decisão em contextos de elevada exigência clínica (Barbieri-Figueiredo & Ramos, 2022).

Embora a Norma DGS n.º 002/2018 recomende a utilização da versão mais recente do Sistema de Triagem de Manchester em contexto pediátrico, reconhecendo a sua validade para os serviços de urgência, vários estudos apontam limitações na sua aplicação, nomeadamente a insuficiente valorização de algumas especificidades clínicas, como a febre em lactentes até três meses, que constitui um sinal de elevada gravidade (Van Veen et al., 2008; Zachariasse et al., 2019). A literatura também reforça que, apesar da fiabilidade global do sistema de triagem, a consistência entre os diferentes profissionais pode variar, o que reforça a importância não só da experiência clínica do enfermeiro, como da necessidade de formação contínua (Storm-Versloot et al., 2014).

Apesar dos 21 anos de experiência clínica em enfermagem, 11 dos quais dedicados à pediatria, enquanto estudante e futura EEESIP, compreendi a complexidade da aplicação do Sistema de Triagem de Manchester. Embora todos os enfermeiros do serviço tenham participado em formação sobre o sistema, a sua execução exige não apenas conhecimento técnico-científico, mas também um *know-how* prático que decorre da experiência clínica. A triagem requer rapidez de decisão, capacidade para interpretar sinais muitas vezes subtis e segurança na escolha do fluxograma adequado. Estas competências, que resultam da prática e da maturidade profissional, são fundamentais para que o enfermeiro esteja verdadeiramente apto a desempenhar esta função com eficácia em contexto de urgência pediátrica (Zachariasse et al., 2019).

Assim, a colaboração no processo de triagem durante o estágio constituiu uma oportunidade para refletir criticamente sobre a complexidade desta prática, permitindo-me consolidar conhecimentos, desenvolver capacidades relacionais e reconhecer a importância da experiência clínica.

No contexto da sala de emergência, tive a oportunidade de acompanhar um RN com dificuldade respiratória no decurso de uma infeção respiratória, situação que exigiu uma atuação célere e sistematizada (E2). A avaliação inicial foi realizada com base no algoritmo ABCDE, método universal para definição de prioridades na abordagem em emergência (Barbieri-Figueiredo & Ramos, 2022; American Heart Association, 2020), o que permitiu identificar precocemente alterações na ventilação e na oxigenação (E2.1.1). Deste modo, foi

possível orientar intervenções imediatas como a monitorização rigorosa, a administração de oxigenoterapia e a preparação para eventual suporte ventilatório (E2.1). A aplicação de protocolos institucionais e a articulação com a equipa multidisciplinar revelaram-se fundamentais para garantir uma resposta rápida, segura e eficaz, prevenindo complicações e assegurando a estabilização clínica do RN (E2.4).

Durante este ensino clínico, acompanhei igualmente situações desafiantes em adolescentes em contexto de vulnerabilidade psicossocial (E2.5.1). Um dos episódios mais marcantes envolveu um jovem que, após a perda de um dos progenitores, apresentava comportamentos desorganizados e relatos sugestivos de violência física no domicílio. A sua chegada ao serviço, já medicado e calmo, possibilitou uma avaliação mais centrada nas suas necessidades emocionais (E2.5.4).

A atuação da enfermeira tutora destacou-se pela comunicação empática e pela ausência de julgamentos, demonstrando disponibilidade para ouvir o adolescente, validando os seus sentimentos e transmitindo confiança (E2.2.1). Esta abordagem, alinhada com as orientações da DGS e da OE, que sublinham a importância de criar um ambiente seguro para vítimas de violência, promoveu a confiança e a colaboração deste adolescente.

Paralelamente, foi necessário articular com equipas especializadas, como Medicina do Adolescente e Pedopsiquiatria, assegurando uma avaliação global e a definição de estratégias adequadas de intervenção (E2.5.6). É de salientar que a colaboração interprofissional é essencial nestes contextos, garantindo uma resposta coordenada e eficaz às necessidades da criança/adolescente em risco (Despacho n.º 31292/2008; Zachariasse et al., 2019).

Estas experiências no SUP permitiram-me desenvolver de forma prática competências específicas do EEESIP, integrando raciocínio clínico em situações de instabilidade vital (E2.1), assegurando cuidados humanizados e baseados em evidência (E2.4) e intervindo em situações de vulnerabilidade psicossocial (E2.5), consolidando a capacidade de decisão e de intervenção em contextos de elevada complexidade.

Um dos princípios orientadores da prática na pediatria, centra-se na filosofia dos cuidados atraumáticos, cujo intuito é a promoção de intervenções que minimizam o sofrimento físico e emocional da criança e da sua família (Wong et al., 2018).

Neste âmbito, tive oportunidade de participar na administração de terapêutica, na colaboração em procedimentos técnicos e na colheita de espécimes para análise, aplicando simultaneamente estratégias farmacológicas e não farmacológicas de gestão e controlo da dor, ajustadas à idade e à condição clínica. Entre estas, destacaram-se a amamentação e a administração de sacarose em RN e lactentes, a aplicação tópica de creme EMLA® em

crianças de idade pré-escolar, escolar e adolescentes, medidas recomendadas pela evidência científica para a redução da dor e da ansiedade associadas a procedimentos invasivos (E2.2; E2.4.3).

Ainda no contexto da realização de procedimentos técnicos, foi possível observar a aplicação da técnica *clean catch*, método não invasivo de colheita de urina em RN e lactentes, que desconhecia previamente, mas que se revelou de grande relevância para a prática clínica (State-wide Emergency Care of Children Working Group, 2022). Tradicionalmente, a colheita de urina em idade pediátrica é um procedimento sensível, uma vez que o recurso a sacos coletores está frequentemente associado a elevadas taxas de contaminação, conduzindo a amostras inconclusivas ou contaminadas e, conseqüentemente, à necessidade de recorrer a métodos invasivos, como a algaliação, associados a maior risco de infecção urinária iatrogénica, dor e ansiedade para a criança e família (Oreskovic et al., 2017; Shaikh et al., 2016).

A técnica do *clean catch*, definida como a recolha de urina diretamente durante a micção espontânea após higiene adequada da região perineal, tem sido descrita como uma alternativa rápida, segura e menos invasiva, com taxas de contaminação significativamente inferiores às obtidas com o saco coletor (Herreros et al., 2013; Kaufman et al., 2017; Tran et al., 2016). A sua implementação contribuiu para a melhoria da qualidade diagnóstica, permitindo decisões mais rápidas e precisas, ao mesmo tempo que reduziu o tempo de espera e evitou procedimentos dolorosos para a criança. Estas ações promovem benefícios concretos em saúde e refletem uma prática fundamentada na evidência científica, garantindo cuidados de qualidade e centrados na criança, adolescente e na família (E2; E2.4.2; E2.4.3).

Transversalmente, a dor assume-se como uma experiência subjetiva, multidimensional e complexa, integrando dimensões fisiológicas, cognitivas, afetivas e comportamentais, sendo considerada o quinto sinal vital (Raja et al., 2020; DGS, 2010). Todavia, a sua avaliação em pediatria apresenta desafios acrescidos, dado que fatores como a idade, o estágio de desenvolvimento e a capacidade de comunicação condicionam a forma como a criança expressa a dor (Hockenberry & Wilson, 2014).

Neste sentido, a atuação do EEESIP deve privilegiar uma abordagem holística e humanizada, que contemple não apenas o alívio da dor, mas também a promoção do bem-estar físico, emocional e social da criança/adolescente e da sua família (Marques et al., 2019; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020) (E2.2.1).

A gestão farmacológica da dor implicou vigilância rigorosa dos efeitos terapêuticos e adversos, bem como a articulação com a equipa multidisciplinar na definição da estratégia analgésica mais adequada. Em contexto de urgência pediátrica, observei e apliquei, por

exemplo, o EMLA ainda na triagem, de forma a reduzir o impacto doloroso da punção venosa, antecipando a dor e contribuindo para diminuir o stress da criança e dos cuidadores (Batalha et al., 2009) (E2.2.2).

Paralelamente, as estratégias não farmacológicas complementam a terapêutica analgésica, promovendo conforto e segurança à criança, destacando-se a presença parental aquando os procedimentos, a distração, o brincar terapêutico e técnicas de relaxamento, sustentadas por evidência científica e eficazes na redução da dor, do medo e da ansiedade (Ferreira et al., 2022) (E2.2.3).

Assim, a integração de medidas farmacológicas e não farmacológicas, associada ao recurso a técnicas inovadoras e menos invasivas, como o *clean catch*, possibilitou o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP na gestão diferenciada da dor e no cuidado em contextos de maior complexidade clínica. Esta prática, sustentada na evidência científica, revelou-se centrada nas necessidades singulares da criança e da sua família, reforçando uma abordagem holística e humanizada. Ao aplicar conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/adolescente (E2.2.1), assegurar a utilização adequada de medidas farmacológicas para o controlo da dor (E2.2.2) e recorrer sistematicamente a terapias não farmacológicas complementares (E2.2.3), consolidei competências especializadas na avaliação e gestão da dor em pediatria, promovendo ganhos em saúde e maior qualidade dos cuidados prestados. A conjugação destas dimensões, aliada a uma comunicação empática e esclarecedora com a criança e a família, possibilitou intervenções individualizadas, seguras e humanizadas, tornando a gestão da dor um domínio privilegiado para a demonstração da prática avançada em enfermagem pediátrica e para a afirmação do papel do EEESIP na otimização das respostas e na promoção do bem-estar da criança/adolescente.

Com respeito à USF, a gestão da dor tornou-se particularmente relevante no contexto da vacinação. Neste seguimento, incentivei a amamentação durante a sua administração nos RN e lactentes, reconhecendo o seu efeito analgésico e de conforto, tendo em consideração a vontade da própria mãe no procedimento. Por outro lado, nas crianças em idade pré-escolar, recorri a técnicas de distração, associadas posteriormente à atribuição de autocolantes ou diplomas de mérito, valorizando e reforçando positivamente o seu comportamento durante o procedimento. Para além destas medidas imediatas, os pais foram orientados quanto à gestão dos sintomas de dor e febre que podem surgir nas horas subsequentes, com esclarecimento sobre a administração de analgésico, incluindo a via correta, a dosagem adequada, os intervalos entre tomas e resposta a outras dúvidas frequentemente colocadas. Com o objetivo de reforçar esta orientação, elaborei um folheto informativo discriminando os cuidados a ter após a vacinação, como referido previamente neste relatório.

No contexto da neonatologia, os RNPT estão frequentemente expostos a múltiplos procedimentos invasivos imprescindíveis para a sua sobrevivência e estabilização clínica. No entanto, estes são reconhecidos como fontes significativas de dor e desconforto (Marques et al., 2019). A evidência científica demonstra que a percepção dolorosa tem início ainda em vida fetal, emergindo por volta das 20 semanas de gestação e encontrando-se plenamente desenvolvida às 28 semanas, permanecendo ao longo de todo o ciclo vital (Ferreira et al., 2022). Assim, torna-se essencial assegurar uma avaliação sistemática e rigorosa da dor, bem como uma gestão eficaz, de forma a prevenir repercussões adversas imediatas e futuras (E2.2.1).

A exposição repetida a experiências dolorosas nos RNPT tem sido associada a consequências a longo prazo, incluindo défices no crescimento, alterações neurológicas, cognitivas, emocionais e motoras (Marques et al., 2019). Desta forma, a avaliação precoce e a intervenção adequada assumem-se como pilares fundamentais não apenas para garantir a sobrevivência, mas também para assegurar a qualidade de vida futura destes RN (E2.2.3).

Durante o estágio, foi possível observar múltiplas manifestações de dor traduzidas em sinais comportamentais, como esgares faciais, sobranceiras franzidas, tremor do queixo, gemidos, choro, irritabilidade, inquietação ou apatia. Também se verificaram alterações fisiológicas, nomeadamente taquicardia, taquipneia, hipoxemia, sudorese e hipertonia, descritas na literatura como expressões não verbais de dor no RN (Anand & Hall, 2006; Batalha, 2010; Marques et al., 2019). Contudo, em RNPT, sob ventilação mecânica ou em estado clínico crítico, os sinais de dor podem apresentar-se de forma mais subtil, destacando-se a hipoatividade e as alterações no ciclo sono-vigília, que exigem observação atenta e sistemática por parte do enfermeiro (Marques et al., 2019) (E2.2.1).

Face ao exposto, recorri predominantemente à escala EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né) para avaliação da dor (DGS, 2010). Esta escala comportamental integra cinco parâmetros, como a expressão facial, os movimentos corporais, o padrão de sono, a resposta ao contacto e a capacidade de consolação, que por sua vez vão permitir uma análise consistente da dor e do desconforto no RN (E2.2.2).

Paralelamente à monitorização com a escala, implementaram-se medidas de controlo da dor, farmacológicas e não farmacológicas, adaptadas à condição clínica e ao procedimento realizado. As estratégias não farmacológicas mais utilizadas na neonatologia, reconhecidas pela sua eficácia e baixo risco associado, são a contenção manual, o swaddling, o posicionamento em ninho, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose a 24% (em RNPT a partir das 28 semanas), o método canguru e o aleitamento materno, (Batalha, 2010; Moreno, 2012) (E2.2.3).

Em suma, estas intervenções, adaptadas à maturidade fisiológica e à condição clínica de cada RN, consolidaram uma abordagem individualizada e segura, centrada no bem-estar físico e emocional do RNPT, permitindo o desenvolvimento de competências avançadas na avaliação e gestão da dor neonatal e reforçando a importância de cuidados humanizados, especializados e contínuos.

A prática centrada na criança e na sua família, observada em diferentes contextos de estágio, reforçou a necessidade de integrar os pais como parceiros no processo de cuidar, sustentando a implementação do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey.

À luz do Modelo supracitado, a prática do EEESIP centra-se na criança/adolescente e na sua família, reconhecendo que os pais são cuidadores principais e parceiros ativos no processo de cuidar. Nos três contextos clínicos, a aplicação deste modelo mostrou-se essencial para concretizar a competência específica de cuidar da criança/adolescente e família em situações de especial complexidade (E2.5).

No serviço de Neonatologia e no SUP, a complexidade clínica dos RN e crianças em situação aguda exigiu uma adaptação progressiva da família, frequentemente confrontada com sentimentos de medo, impotência e incerteza. Nestas situações, ao envolver gradualmente os pais nos cuidados, pretendi sobretudo promover a redução de sentimentos de culpa e de incapacidade, reforçando em simultâneo o seu papel protetor e facilitador no processo de adaptação (Hockenberry et al., 2019). Este envolvimento direto favoreceu também a adoção de estratégias de coping, valorizando pequenos progressos clínicos e fortalecendo a resiliência familiar (E2.5.2).

No contexto da USF, embora não tenham surgido situações diretamente relacionadas com doença crónica, foi possível observar que também aqui existem desafios de adaptação que exigem a intervenção do EEESIP. A adesão ao calendário vacinal, a gestão da dor e da ansiedade durante os procedimentos, bem como as dúvidas relacionadas com o crescimento e desenvolvimento infantil, constituíram momentos privilegiados para aplicar estratégias de capacitação parental e promoção de estratégias de coping. Através de uma comunicação clara, da escuta ativa e da valorização das preocupações dos pais, foi possível criar uma relação terapêutica de confiança, promovendo a adaptação da criança e da família a estas etapas do desenvolvimento (E2.5.2; E2.5.3).

Assim, em diferentes contextos de estágio, ficou evidente que a promoção da adaptação da criança/adolescente e da família à doença, à hospitalização ou aos desafios inerentes ao processo de crescimento constitui um domínio central da prática avançada em enfermagem pediátrica. O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey revelou-se assim, um referencial orientador na concretização da competência E2.5, ao reforçar a participação ativa

da família e ao valorizar a sua presença como elemento fundamental para a humanização e a qualidade dos cuidados.

Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do adolescente

Para a otimização do exercício profissional, no âmbito da competência específica E3, o EEESIP presta cuidados específicos às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do adolescente. Para tal, vai identificar quer as suas necessidades de cuidados de enfermagem, quer das da comunidade em que se encontra inserida, promovendo o crescimento e desenvolvimento infantil, assim como o desenvolvimento e a vinculação, no que se refere ao RN doente ou com necessidades especiais, potenciando e rentabilizando os recursos existentes e utilizando uma comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento (OE, 2018).

Posto isto, no contexto clínico da USF, evidenciou-se sobretudo a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e a capacitação da família. Em todas as consultas foi realizada a avaliação sistemática do crescimento, com recurso às curvas de crescimento da OMS e à Escala de *Mary Sheridan* modificada, recomendada para utilizar com crianças até aos cinco anos de idade (DGS, 2013). Este processo possibilitou a deteção precoce de desvios ao crescimento esperado e constituiu a base para a transmissão de orientações antecipatórias adequadas ao estágio de desenvolvimento da criança e às necessidades identificadas da família (E3.1.1; E3.1.2; E3.1.3).

As orientações antecipatórias, integradas nas recomendações nacionais e internacionais, são consideradas uma ferramenta essencial para apoiar os pais na adoção de práticas de saúde promotoras do desenvolvimento. Estas incluem, entre outros aspetos, a promoção da alimentação saudável, destacando o aleitamento materno e a diversificação alimentar, a vigilância do sono, a estimulação motora e cognitiva, a segurança no domicílio e no transporte automóvel, bem como a educação para a prevenção de acidentes e de comportamentos de risco (American Academy of Pediatrics [AAP], 2021; DGS, 2013; DGS, 2020). De igual modo, integram a valorização do brincar como atividade estruturante do desenvolvimento socio-emocional e da linguagem, assim como a importância do estabelecimento de rotinas familiares consistentes (Hagan et al., 2017).

Neste sentido, a promoção do aleitamento materno constituiu um eixo essencial da prática do EEESIP. Em Portugal, a taxa de início do aleitamento materno é elevada (superior a 90 %), mas verifica-se um desmame precoce, com apenas cerca de 17 % a 25 % dos lactentes a manterem o aleitamento materno exclusivo até aos seis meses, o que sublinha a necessidade

de fortalecer o apoio e a promoção desta prática como uma importante prioridade de saúde pública (Rito et al., 2016).

Considera-se importante destacar que o EEESIP assume um papel central na promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tanto no período pré-natal como no pós-parto, através de intervenções educativas, comunicação empática e acompanhamento contínuo da díade mãe-bebé, contribuindo para prevenir o desmame precoce e reforçar os benefícios do aleitamento (Galvão & Silva, 2024).

Deste modo, o acompanhamento em consulta permitiu apoiar as mães na amamentação, promover a sua continuidade para além dos seis meses e, nas primeiras consultas pós-natais, esclarecer dúvidas frequentes relacionadas com o posicionamento e a pega. Foi igualmente explicado que o leite do final da mamada apresenta maior teor de gordura, favorecendo a saciedade, sendo recomendado que o bebé esvazie a primeira mama antes de se oferecer a segunda (DGS, 2020). Esta prática é essencial não só para garantir a ingestão do leite posterior, mais energético, mas também para estimular a produção láctea e prevenir complicações como ingurgitamento mamário, mastite ou estase do leite (Lawrence & Lawrence, 2016; DGS, 2019) (E3.1.1; E3.1.3).

No decorrer das consultas, foi igualmente necessário orientar a transição para a diversificação alimentar, de acordo com o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável e as recomendações da DGS (2019). Nesta fase, as dúvidas dos pais centraram-se sobretudo no momento oportuno de introdução dos alimentos, na ordem, intervalos e métodos de confeção. Foi reforçada a importância de iniciar com alimentos simples, preparados sem adição de sal ou açúcar e utilizar técnicas saudáveis (como cozer ou estufar), de modo a preservar os nutrientes (DGS, 2019) (E3.1.1; E3.1.3).

Seguidamente, a introdução gradual da proteína animal, em quantidades adaptadas à idade e à tolerância da criança, constituiu outra questão para orientação e capacitação parental. A DGS (2019) recomenda que, a partir dos seis meses, a carne ou peixe sejam introduzidos em pequenas porções (cerca de 30g/dia), até ao ano de idade. Esta orientação visa prevenir a sobrecarga renal e garantir um aporte nutricional equilibrado. Concomitantemente, a educação alimentar aos pais revelou-se essencial, reduzindo inseguranças e promovendo práticas de nutrição adequadas (Gomes et al., 2018; DGS, 2019) (E3.1.1; E3.1.3).

Em idades posteriores, surgiram também preocupações relacionadas com lanches escolares, escolhas alimentares fora do contexto familiar e a influência do marketing alimentar. Para responder a estas questões, recorri a ferramentas práticas como o Guia para Lanches Escolares Saudáveis (DGS, 2019), a sensibilização para a leitura de rótulos nutricionais e a

utilização do sistema Nutri-Score, promovendo escolhas mais informadas e adequadas (E3.1.3).

No que concerne à obesidade infantil, cuja prevalência continua elevada no nosso país, atingindo 31,9% nas crianças dos 6 aos 8 anos (Portugal, 2023), foi uma das preocupações pessoais e objeto de atenção, a promoção de hábitos alimentares saudáveis, a prática regular de atividade física e uma hidratação adequada, enfantizando a avaliação periódica do índice de Massa Corporal e o recurso às curvas de percentis da OMS, para identificar precocemente alguma situação de risco, e intervir junto das famílias para evitar comorbilidades a longo prazo (WHO, 2021) (E3.1.1; E3.1.2; E3.1.3).

No âmbito das consultas de Saúde Infantil e Juvenil, o EEESIP tem igualmente um papel fundamental na avaliação e promoção de hábitos de sono saudáveis, reconhecendo que o sono constitui um determinante essencial para o crescimento, desenvolvimento cognitivo e regulação emocional da criança (E3.1.1). Há evidência de que o sono reparador está associado a melhor desempenho escolar, equilíbrio comportamental e prevenção da obesidade infantil, enquanto a sua privação relaciona-se com défices de atenção, irritabilidade e maior risco de doenças crónicas (Mindell & Williamson, 2018). Como tal, e de modo a capacitar os pais neste domínio, procurei incentivar a adoção de práticas favoráveis ao sono, reforçando a importância de horários regulares, um ambiente propício ao descanso e a limitação do uso de dispositivos eletrónicos antes de dormir (E3.1.3) (AAP, 2016; WHO, 2020).

Por outro lado, durante o estágio na Neonatologia, pude participar em cuidados especializados centrados no crescimento, desenvolvimento e bem-estar do RNPT. A aplicação da teoria da organização sinativa do desenvolvimento, permitiu adaptar as intervenções às respostas fisiológicas e comportamentais do RNPT. Esta teoria defende que o desenvolvimento do RN resulta da interação dinâmica entre diferentes subsistemas, tais como o autonómico, o motor, o comportamental, o de atenção/integração e o de autorregulação, os quais respondem de forma interdependente ao ambiente. Assim, a observação cuidada dos sinais emitidos pelo RNPT possibilitou a identificação de situações de stress e de estabilidade, orientando a implementação de cuidados, por forma a minimizar os estímulos nocivos e promover a sua autorregulação (Ferraz, 2017) (E3.1.1).

De forma complementar, a filosofia dos cuidados centrados no desenvolvimento, preconizada pelo programa NIDCAP, reforça a observação sistemática e a adaptação individualizada das intervenções às necessidades do RN. O NIDCAP baseia-se na teoria sinativa e enfatiza a participação ativa da família no processo de cuidados, promovendo o vínculo afetivo, o envolvimento nas decisões e garantindo que os cuidados sejam realizados consoante o ritmo

e os sinais comportamentais do RNPT (Santos, 2011; Vittner et al., 2020; Vohr, 2019) (E3.1.2; E3.2.1).

Esta abordagem integrada permitiu assegurar cuidados individualizados e humanizados, potenciando não apenas a estabilidade clínica e a autorregulação do RNPT, mas também o desenvolvimento do vínculo parental e a participação da família como elemento central no cuidado neonatal.

Por conseguinte, a monitorização clínica contínua e a avaliação sistemática de sinais comportamentais e fisiológicos possibilitaram a implementação de estratégias individualizadas, como o posicionamento em flexão, a contenção manual, o *swaddling*, o posicionamento em ninho, o toque terapêutico, a sucção não nutritiva e a administração de sacarose, ajustadas à maturidade e condição clínica de cada RN (Batalha, 2010; Moreno, 2012) (E3.1.2; E3.2.2). Estas práticas favoreceram a estabilidade postural, reduziram o gasto energético e asseguraram cuidados centrados no bem-estar físico e emocional.

Contudo, a transição para a parentalidade em contexto de prematuridade e internamento na neonatologia assume uma complexidade acrescida. O ambiente tecnológico, a separação precoce e a aparência frágil e vulnerável do RNPT são frequentemente percecionados pelos pais como fatores desestabilizadores, potenciando sentimentos de ansiedade, medo, perda de controlo e dúvidas sobre a sua competência parental (Nunes, 2019; Ionio et al., 2017).

Face ao exposto, o EEESIP assume um papel na facilitação desta transição, avaliando o desenvolvimento da parentalidade (E3.2.1) e promovendo estratégias de esperança realista (E3.2.3), de modo a reduzir a ansiedade e reforçar a confiança dos pais no desempenho do seu papel (OE, 2018; Meleis, 2010).

A promoção da vinculação parental foi, assim, uma intervenção sistemática e transversal ao estágio. Incentivei, sempre que possível, o contacto pele a pele, o método canguru e a participação ativa nos cuidados diários, promovendo o ensino, a negociação e a partilha de responsabilidades, o que fortaleceu a confiança e a ligação afetiva (Feldman et al., 2014; Zirpoli et al., 2019; Boundy et al., 2016) (E3.2.1; E3.2.4; E3.2.5; E3.2.6).

O aleitamento materno foi igualmente estimulado, ainda que reconhecendo os desafios acrescidos do serviço, relacionados com a separação precoce, o stress materno e as dificuldades de produção láctea. Nestas situações, valorizei o respeito pela decisão da mãe, reconhecendo que a amamentação deve ser uma escolha informada e não um imperativo social, de modo a reduzir sentimentos de frustração e culpa (Freitas et al., 2024). Tanto o método canguru como a amamentação revelaram-se fundamentais para a regulação fisiológica do RN, a organização do sono e a redução da ansiedade parental (Zirpoli et al., 2019; Victora et al., 2016) (E3.2.3; E3.2.5).

Adicionalmente, recorri a estratégias ambientais como a regulação da luminosidade, a minimização do ruído e o planeamento criterioso das manipulações, de forma a reduzir o stress e favorecer a maturação neurosensorial e cognitiva do RN (Filippa et al., 2017) (E3.1.1; E3.1.2). Foram valorizadas práticas como o uso de cobertas sobre as incubadoras, a redução de alarmes desnecessários, o diálogo em tom de voz baixo e a promoção da luz natural sempre que possível, que se revelaram eficazes na proteção neurosensorial. A observação atenta das manifestações comportamentais e dos sinais de autorregulação foi essencial para ajustar os cuidados de forma individualizada, centrada na criança e na família, consolidando uma prática humanizada e sustentada na evidência científica.

Neste percurso, a participação em projetos de capacitação parental, contribuiu para preparar as famílias para o internamento neonatal, promovendo esperança realista através da educação para os cuidados ao RN, fortalecendo a adaptação e a relação afetiva (Aagaard & Hall, 2020) (E3.2.3; E3.2.6). Paralelamente, a integração dos pais em cuidados básicos, como a higiene, o conforto e a alimentação, revelou-se essencial não só para a vinculação, mas também para a preparação da alta hospitalar, permitindo que os pais se sentissem mais confiantes e capazes de dar continuidade aos cuidados em casa.

Em síntese, a experiência em Neonatologia possibilitou o desenvolvimento integral da competência E3, ao conjugar intervenções promotoras do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), estratégias de vinculação parental e esperança realista (E3.2) e comunicação adaptada ao estágio de desenvolvimento da criança e ao contexto familiar (E3.3). A prática foi sustentada em evidência científica, garantindo cuidados individualizados, seguros, humanizados e centrados na criança/adolescente e na família, refletindo o exercício da prática avançada em enfermagem pediátrica

No contexto do SUP, por sua vez, a comunicação adequada e o apoio ao adolescente e à família assumiram uma relevância particular. O contacto com crianças e adolescentes em situações de urgência exige do EEESIP não apenas capacidade técnica, mas também competência comunicacional, ajustada ao estágio de desenvolvimento, à condição clínica e ao contexto cultural de cada família (Silva et al., 2021).

Deste modo, foi fundamental adotar estratégias comunicacionais diferenciadas. Com as crianças mais pequenas, recorreu-se a linguagem simples, expressões faciais tranquilizadoras e explicações adaptadas, de modo a reduzir a ansiedade perante procedimentos invasivos ou dolorosos. Com os adolescentes, privilegiou-se um diálogo direto, claro e respeitoso, criando um espaço seguro para a expressão de dúvidas e preocupações, ao mesmo tempo que se assegurava a participação ativa da família no processo de decisão.

A prática clínica evidenciou que a adolescência é um período crucial para a consolidação de comportamentos de saúde, pelo que cada episódio de recurso ao SUP representou uma oportunidade para educar, motivar e promover escolhas informadas (E3.4), promovendo simultaneamente a autonomia do adolescente nas decisões relativas à saúde.

Em contexto de SUP, surgiram situações em que adolescentes recorreram ao serviço devido a crises asmáticas e episódios de bronquite, o que constituiu uma oportunidade para intervir no reforço de comportamentos de autocuidado. Nestas circunstâncias, procurei centrar a educação para a saúde na adesão ao regime terapêutico prescrito, no reconhecimento precoce de sinais de agravamento e na identificação e controlo de fatores desencadeantes, promovendo uma maior consciência sobre a sua condição clínica.

De forma complementar, guias recentes sobre o tema da asma enfatizam a importância de planos de ação escritos, do reconhecimento precoce de sintomas de crise e do envolvimento ativo do adolescente nas decisões terapêuticas, aspetos determinantes para o reforço do autocuidado e da autonomia em saúde (GINA, 2024; Wallace-Farquharson et al., 2022).

A prática de enfermagem especializada neste contexto implicou estimular a participação ativa do adolescente no seu plano de cuidados, validando as suas dúvidas e incentivando a tomada de decisões informadas relativamente à gestão da doença. Esta abordagem favoreceu não apenas a autodeterminação, mas também a construção de autoestima e confiança na sua capacidade de lidar com situações de crise. Assim, a comunicação empática, o recurso a linguagem clara e adequada à idade, bem como o reforço positivo dos comportamentos de autocuidado, revelaram-se estratégias determinantes para fomentar a responsabilização do adolescente e a sua progressiva autonomia (E3.4.1; E3.4.2; E3.4.3).

Neste seguimento, foi promovida a tomada de decisão responsável (E3.4.4), através do fornecimento de informação clara e cientificamente validada, incentivando o adolescente a compreender as consequências das suas escolhas em saúde, quer ao nível imediato, quer a longo prazo. Em algumas situações, foi possível avançar para a negociação de um contrato de saúde (E3.4.5), definido em parceria com o adolescente e a família, estabelecendo objetivos concretos e realistas, como a adesão correta à medicação inalatória, a evicção de fatores ambientais de risco ou a adoção de estratégias de coping perante situações de stresse. Esta abordagem contribui para o fortalecimento da autoestima, da perceção de autoeficácia e da responsabilização do adolescente no seu processo de saúde/doença (Sawyer et al., 2018).

Assim, a prática no SUP permitiu consolidar não só competências técnicas de resposta a situações agudas, mas também competências relacionais e educativas, centrais para o exercício do EEESIP. O cuidado especializado em saúde infantil e pediátrica vai além da

resolução imediata da urgência, integrando estratégias de comunicação, promoção da saúde e capacitação da criança, adolescente e família, de forma culturalmente sensível e ajustada ao ciclo de vida, contribuindo para ganhos em saúde sustentáveis (DGS, 2019; WHO, 2021).

Em suma, o respeito, a comunicação, a informação partilhada, a empatia, a abordagem holística e a negociação são valores que estão implícitos no Modelo de Parceira de Cuidados, evidenciando que uma parceria transcende a esfera dos cuidados prestados pelos pais (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). É uma competência do EEESIP trabalhar em parceria com a criança, o adolescente e a família, em qualquer contexto em que ela se encontre (OE, 2018).

PARTE II - COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1) consiste numa doença crónica de natureza autoimune, caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas e consequente deficiência absoluta de insulina, resultando em hiperglicemia persistente (Correia, 2019). Trata-se de uma patologia com prevalência crescente, associada a elevados custos económicos e a significativa morbilidade (Neves et al., 2017). Frequentemente diagnosticada em idade pediátrica, exige uma gestão contínua e complexa, que envolve a criança/adolescente, pais e cuidadores, e configura-se como um desafio clínico e psicossocial de grande dimensão, tanto no seio familiar como ao nível dos serviços de saúde.

Em Portugal, estima-se que existam entre 30.000 e 35.000 pessoas com DM1, das quais cerca de 5.000 são crianças e adolescentes. Dados do Registo Nacional de Diabetes Tipo 1 (Registo DOCE) indicam que, em 2015, havia 3.327 indivíduos com DM1 entre os 0 e os 19 anos, correspondendo a aproximadamente 0,16% da população desta faixa etária, com uma incidência anual de 13,3 novos casos por 100.000 crianças entre os 0 e os 14 anos (Cardoso et al., 2023). Globalmente, a incidência de DM1 tem aumentado 3 a 4% ao ano, sobretudo em idades cada vez mais precoces (Correia, 2019), o que reforça a sua relevância enquanto problema de saúde pública com impacto na qualidade de vida das crianças e das suas famílias.

No momento do diagnóstico, a terapêutica com múltiplas administrações de insulina (MAI) é habitualmente iniciada de imediato, com o objetivo de corrigir a hiperglicemia, tratar ou prevenir a cetoacidose e estabilizar os valores glicémicos (ADA, 2023; DGS, 2020). Embora eficaz, este regime implica contagem rigorosa de hidratos de carbono, vigilância permanente, monitorização contínua da glicose, múltiplas injeções diárias e ajustes frequentes, o que representa uma sobrecarga importante para a gestão da vida familiar (Hilliard et al., 2023).

Com a evolução tecnológica e a colocação desta ao serviço da saúde, têm vindo a ser desenvolvidos sistemas de perfusão subcutânea contínua de insulina (PSCI), vulgarmente designados por bombas de insulina, e, mais recentemente, os sistemas híbridos de administração automática de insulina (SHAAI, também denominados *hybrid closed loop systems*). Estes sistemas visam otimizar o controlo glicémico, reduzir episódios de hipoglicemia grave e melhorar a qualidade de vida de crianças, adolescentes e respetivas famílias (Wadwa et al., 2023; Franceschi et al., 2023; Kadiyala et al., 2024).

O acesso às PSCI foi garantido, em Portugal, pelo Despacho n.º 13277/2016, de 7 de novembro, abrangendo crianças e adolescentes até aos 18 anos com indicação clínica (DGS, 2016). Mais recentemente, a 31 de maio de 2023, o Ministério da Saúde anunciou a implementação de um programa para assegurar o acesso universal a bombas de insulina de

última geração no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com horizonte temporal até 2026, abrangendo inicialmente cerca de 15.000 utentes num universo estimado de 30.000 pessoas com DM1 (Governo de Portugal, 2023).

A evidência científica internacional reforça a relevância clínica e social desta evolução tecnológica. Ensaios clínicos randomizados demonstraram melhorias significativas no tempo no intervalo alvo (*time in range*), na redução da hipoglicemia grave e numa maior satisfação dos utilizadores (Bailey et al., 2023; Ware et al., 2022). Paralelamente, revisões sistemáticas acrescentam benefícios psicossociais, como maior confiança, melhor qualidade de sono dos cuidadores e perceção acrescida de segurança, ainda que persistam desafios relacionados com alarmes noturnos, adaptação inicial e necessidade de formação contínua (Franceschi et al., 2023; Kadiyala et al., 2024).

No contexto da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, compreender a experiência parental na transição do regime MAI para os SHAAI é crucial para delinear intervenções de educação terapêutica individualizadas, reforçar o suporte clínico e psicossocial às famílias, desenvolver programas de formação ajustados e melhorar a articulação entre serviços de saúde e comunidade (ex. escola, clubes desportivos, entre outros).

Desta forma, o presente estudo qualitativo tem como objetivo descrever as experiências dos pais de crianças e adolescentes com DM1 que se encontram a realizar terapêutica com SHAAI, identificando benefícios, dificuldades de adaptação, necessidades de formação e propostas de melhoria para o acompanhamento clínico e educacional.

2. METODOLOGIA

Este estudo utilizou uma abordagem qualitativa exploratória (Hunter et al., 2019) com análise temática (Yanto, E. S., 2023). O relatório do estudo seguiu o preconizado no *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research (COREQ)* (Tong, A. et al., 2007).

Seleção dos participantes

Foi selecionada uma amostra intencional de 5 pais de crianças e adolescentes com diagnóstico de Diabetes *Mellitus* tipo1 e que estavam a ser acompanhados em regime de ambulatório num departamento de pediatria de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região centro. A amostra foi recrutada entre janeiro e julho de 2024.

Os critérios de inclusão consistiram em: (1) pais (pai ou mãe) de crianças/adolescentes com diabetes tipo 1, que estejam a iniciar, ou já tenham iniciado o tratamento com sistemas híbridos de administração automática de insulina, e (2) consentimento informado assinado para participar do estudo. Todos os pais que foram convidados concordaram em participar voluntariamente no estudo. Num primeiro contacto, a investigadora apresentou-se e apresentou os objetivos do estudo, obteve o consentimento informado e agendou a data e hora para realização da entrevista, que decorreu em local escolhido pelos pais, para que se sentissem confortáveis e pudessem falar livremente. Os pais foram ainda informados que poderiam desistir de participar no estudo a qualquer momento, sem que existisse qualquer repressão ou alteração no acompanhamento ou nos cuidados a serem prestados aos seus filhos.

Contexto

O contexto refere-se a uma consulta de endocrinologia pediátrica. Dispõe de equipa multidisciplinar que acompanha cerca de 240 crianças com Diabetes *Mellitus* tipo 1 e suas famílias, e cerca de 25 novos doentes. O atendimento em consulta ocorre de segunda a sexta-feira, num período e num dia da semana em dois períodos, de manhã e de tarde.

Colheita de dados

As entrevistas foram realizadas com recurso a um guião semi-estruturado e os dados foram registados com recurso a um gravador de smartphone e a anotação de aspectos que se consideraram relevantes para a posterior compreensão e interpretação das falas dos participantes.

As entrevistas foram realizadas pela mestranda, que apesar de não possuir experiência em investigação qualitativa, foi treinada pela orientadora do estudo de forma a poder conduzir as entrevistas. Ela realizou uma primeira entrevista, que após transcrição, foi analisada em conjunto com a orientadora para aferição do guião e ajustamento de estratégias a adotar para

fortalecer a riqueza dos dados. Esta primeira entrevista foi incluída na amostra global do estudo. A mestrande é enfermeira há 21 anos, com 12 anos de experiência em pediatria, todos a trabalhar com crianças e famílias com DM1. A sua formação e o contato diário com as crianças/adolescentes e famílias, permitiu que desenvolvesse uma boa capacidade de comunicação e conhecimentos sobre o tema em estudo. Os participantes já conheciam a entrevistadora antes do estudo. Foi dada a possibilidade de a entrevista decorrer presencialmente em local selecionado por eles ou, em alternativa, caso fosse sua preferência, esta acontecer por meios telemáticos. Todos os pais preferiram a realização da entrevista por meios telemáticos.

Além da mestrande, da criança/adolescente e de um dos pais ou responsável legal, não havia mais ninguém presente no momento da entrevista. O guião de entrevista semiestruturada (Apêndice 2) utilizado, foi realizado com base na pesquisa teórica e na experiência clínica da mestrande/enfermeira. Adicionalmente, as questões foram discutidas com a orientadora sobre a sua adequação ao presente estudo.

Como referido, associado à gravação do que foi falado pelos participantes em resposta às questões colocadas, a mestrande foi anotando alguns dados e reações não perceptíveis na gravação, mas que serviriam para complementar a análise e interpretação posterior dos dados recolhidos. Sempre que necessário, as questões foram adaptadas ou acrescentadas de acordo com cada entrevistado e em conformidade com as suas respostas. A duração das entrevistas variou de 12 minutos a 41 minutos. Após cada entrevista, a informação foi sendo agrupada nos temas e subtemas identificados. Com isto pretendeu-se obter não só a saturação dos dados, mas também ouvir as experiências partilhadas pelos pais das crianças e adolescentes com DM.

Análise dos dados

A mestrande transcreveu textualmente as entrevistas e a orientadora verificou a exatidão das transcrições. Houve triangulação de investigadores durante todo o processo de investigação. Os dados foram analisados, de forma independente pela mestrande e orientadora. Não foi utilizado qualquer programa de análise de texto específico de apoio à análise de dados. As entrevistas foram codificadas utilizando a metodologia indutiva de análise temática semântica, não tendo sido utilizado qualquer quadro teórico pré-identificado ou qualquer suporte de codificação definido a priori, para gerar os códigos iniciais. A codificação compreendeu seis fases - familiarização, codificação, “procura” de temas, revisão de temas, definição e nomeação de temas, e redação do relatório conforme descrito por Braun e Clarke (2006) e validado como abordagem geral para análise de dados qualitativos por Jowsey et al. (2021).

Os dados foram lidos várias vezes, e os códigos revelaram-se benéficos (revisão de temas). Desta forma, a mestranda e a orientadora conseguiram alcançar uma perspectiva holística e estabelecer ligações entre os pensamentos e ideias dos pais e os dados recolhidos (definição e nomeação de temas).

Ambas averiguaram a conformidade dos dados até a análise final, incluindo a escolha das citações que ilustrassem os temas e subtemas que emergiram ao longo do processo. Assim, as citações apresentadas foram identificadas com um código alfanumérico, sendo a entrevista representada pela letra “E” e as citações dos participantes com números de acordo com a sequência das entrevistas (E1,E2,E3,E4 e E5).

Considerações éticas

A Comissão de Ética da ULS onde foi realizado o estudo aprovou o projeto de investigação com a referência N. 087/ 24 CE; OBS.SF.243/2023. Todos os pais receberam informação escrita e verbal sobre a investigação e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Os nomes dos pais ou qualquer outro dado identificativo não foram registados e toda a informação recolhida foi anonimizada através da utilização de códigos. Após a conclusão da transcrição e da análise dos dados, o material gravado e os papéis foram destruídos.

Crítérios de cientificidade

A cientificidade (trustworthiness) dos resultados de um estudo qualitativo é assegurada pela credibilidade (credibility), fiabilidade (dependability), confirmabilidade (confirmability) e transferibilidade (transferability) (Ahmed, S. K., 2024). As perguntas da entrevista foram baseadas nos resultados de pesquisa teórica e discussão com a orientadora, maximizando assim a sua adequação. Para garantir a credibilidade, o processo de codificação foi realizado, de forma independente, pela mestranda e pela orientadora. Adicionalmente, os pais leram, cada um, a sua entrevista transcrita e, num segundo momento, validaram os achados, também de forma independente.

Para garantir a confirmabilidade, recorreu-se à triangulação entre investigadores para evitar os vieses resultantes da influência de um só investigador, e para maximizar a qualidade das informações obtidas. Além disso, o facto de a equipa ser composta por elementos com vasta experiência em pediatria, mas em áreas distintas, maximizou a interpretação e compreensão do falado nas entrevistas. Finalmente, para assegurar a transferibilidade dos dados recolhidos, elaborou-se este relatório detalhado do desenvolvimento do estudo para dar a possibilidade de transferir, não só o desenho do estudo, como os resultados para outros contextos.

3. RESULTADOS

As características sociodemográficas dos pais e respectivas crianças, incluindo idade, escolaridade, sexo, são apresentadas na tabela 1.

Nesta podemos verificar que só mães participaram no estudo, o que não nos permite fazer interpretações sobre alguma diferença entre sexos (pai e mãe).

Tabela 1 Caracterização sociodemográfica das participantes no estudo

Entrevista	Idade da criança (anos)	Escolaridade da criança	Sexo M/F	Progenitor entrevistado	Idade do progenitor (anos)	Escolaridade do progenitor
E1	11	5º ano	M	Mãe	35	12º ano
E2	12	6º ano	F	Mãe	38	12º ano
E3	11	6º ano	M	Mãe	38	12º ano
E4	11	6º ano	F	Mãe	47	12º ano
E5	12	6º ano	F	Mãe	46	Licenciatura

Legenda: E – entrevista; F – feminino; M – masculino

Da análise dedutiva, emergiram quatro grandes categorias centrais: (1) Adaptação à transição terapêutica, incluindo ansiedade inicial, aprendizagem do manuseamento do SHAAI e progressiva confiança; (2) Repercussões psicossociais, abrangendo carga emocional, repercussões familiares e sociais; (3) Vantagens reconhecidas, com destaque para redução da sobrecarga, segurança, confiança e autonomia da criança; e (4) Propostas de melhoria, contemplando formação inicial, apoio técnico contínuo e recursos materiais (tabela 2).

Estas tabelas proporcionam uma visão estruturada dos dados, apoiando a análise subsequente e a discussão dos achados à luz da evidência disponível à data.

Tabela 2 Temas e subtemas identificados nas entrevistas

Tema	Subtema	Citações dos Pais
Adaptação à transição terapêutica	Ansiedade e insegurança iniciais	“...foi aterrorizante estar em casa a mudar tudo sozinha; só quando falo com outras mães percebo que todas têm problemas semelhantes...” (E1); “...no início estava sempre a olhar para o papel com medo de falhar, cada passo era um desafio...” (E2); “...sentia-me perdida quando surgiam dúvidas sobre a bomba, especialmente fora do hospital...” (E4); “...tinha receio com a educação física, com a bomba e cateter, não sabia como gerir...” (E1); “...lia-se os pontinhos, seguia-se os passinhos sempre, mas mesmo assim ficava insegura...” (E5)

	Aprendizagem do manuseamento	“...de vez em quando bloqueava e eu não sabia bem o que fazer, tinha de recorrer a grupos ou à internet...” (E3); “...o primeiro cateter foi um desafio, precisei de ver vídeos para perceber o processo...” (E4); “...usávamos o guia fornecido, mas só na prática é que se aprende...” (E2)
	Confiança progressiva e rotina	“...com o tempo já se tornou mais automático, agora consigo gerir melhor a insulina...” (E4); “...agora já consigo resolver sem tanto nervosismo, sentimos-nos mais seguros...” (E2); “...com a prática diária, vamos adquirindo confiança e rotina...” (E1); “...a cada dia a criança e nós ganhamos mais autonomia e segurança...” (E3)
Repercussões psicossociais	Carga emocional	“...chegava a ficar em pânico quando via que não dava insulina corretamente...” (E5); “...o medo de uma hipoglicemia à noite não nos deixava dormir...” (E1); “...cada pequeno erro parecia um risco, a ansiedade inicial é constante...” (E3)
	Repercussões familiares	“...foi muito difícil, o marido estava fora e fiquei sozinha com tudo...” (E5); “...às vezes a rotina da família fica toda em função da bomba, precisamos de reorganizar tarefas...” (E4); “...há dias em que tudo gira em torno da monitorização da glicemia e ajustes da insulina...” (E1); “...a comunicação com outros familiares é essencial, senão tudo pesa mais...” (E2)
	Repercussões sociais	“...na piscina e na praia é muito mais chato que a caneta. E é difícil gerir...” (E5); “...na escola, nem todos sabem como ajudar, fico preocupada quando ele está sem supervisão...” (E2); “...há situações em atividades físicas em que precisamos intervir e explicar procedimentos...” (E3); “...o convívio com outros pais ou crianças com a mesma situação ajuda muito...” (E4)
Vantagens reconhecidas	Redução da sobrecarga	“...antes eram tantas picas, coitadinha... agora é muito melhor com a bomba, sinto que a vida é mais leve...” (E5); “...agora temos menos preocupações constantes e podemos organizar melhor o dia...” (E2); “...o regime automático facilita a vida da família, reduzindo stress diário...” (E3)
	Segurança e confiança	“...com o automático já ficamos mais descansados, sabe que se houver “picozito” ele corrige sozinho...” (E3); “...dorme-se melhor porque sabemos que o aparelho controla e intervém se necessário...” (E1); “...sentimo-nos mais confiantes em sair de casa ou em atividades escolares...” (E4); “...a perceção de segurança aumenta a nossa qualidade de vida...” (E5)
	Autonomia da criança	“...agora ela própria já vai aprendendo a gerir, isso dá-nos tranquilidade e permite alguma independência...” (E4); “...vemos a criança mais confiante, consegue interagir com os dispositivos com menos ajuda...” (E3); “...a independência da criança cresce à medida que domina o sistema...” (E2)
Propostas de melhoria	Formação inicial	“...não eram muitos na formação, mas no início lia tudo com medo de errar...” (E5); “...era importante mais dias de treino prático, para consolidar a aprendizagem...” (E2); “...um manual escrito passo a passo teria ajudado muito...” (E4); “...o acompanhamento prático, presencial ou por vídeo, ajudaria a reduzir a ansiedade inicial...” (E1)
	Apoio técnico contínuo	“...era bom ter uma linha de apoio 24h, especialmente nos primeiros dias...” (E5); “...a enfermeira dizia para mandar mensagem, mas eu não queria incomodar fora de horas...” (E5); “...sentimos falta de um acompanhamento mais próximo nos primeiros meses...” (E3); “...uma supervisão inicial até a rotina se estabilizar faria diferença...” (E1)
	Recursos materiais	“...há sensores que não duram os 7 dias...” (E5); “...reservatórios pré-cheios seriam uma grande ajuda, poupava tempo e erros...” (E3); “...algumas peças são difíceis de manusear, e temos de improvisar às vezes...” (E4); “...a disponibilidade de consumíveis influencia diretamente a confiança e a gestão em casa...” (E1)

4. DISCUSSÃO

O presente estudo analisou as percepções dos pais sobre a transição do tratamento da DM1 sob MAI para SHAAI em crianças e adolescentes com esta doença crónica. Os achados permitem compreender de forma aprofundada os desafios, aprendizagens e vantagens associados a esta mudança terapêutica, salientando a importância de um acompanhamento educativo estruturado e contínuo.

A experiência com a transição do tratamento sob MAI para SHAAI revelou-se como uma melhoria significativa no controlo glicémico e na qualidade de vida das crianças e das famílias. A diminuição para a quase ausência de “picadas”, aliada à maior autonomia conferida pelo sistema automatizado, foi altamente valorizada pelos cuidadores. Estes resultados estão em consonância com a literatura internacional, que evidencia que os sistemas híbridos aumentam o tempo em normoglicemia (“time in range”), reduzem os episódios de hipoglicemia grave e promovem melhorias substanciais na qualidade de vida das famílias (ADA, 2024; Bergenstal et al., 2021; Wadwa et al., 2023). Por outro lado, dificuldades técnicas, como obstruções de cateteres, falhas de sensores e dificuldade em gerir os consumíveis, evidenciam limitações conhecidas destes dispositivos, apontando para a necessidade de otimizar a durabilidade e fiabilidade das bombas (Tauschmann & Hovorka, 2020). Situações como a utilização em contextos sociais, especialmente em atividades aquáticas durante o verão, refletem desafios relacionados com a visibilidade do dispositivo e a percepção da criança sobre a imagem corporal, fenómeno também já descrito em estudos prévios (Barnard et al., 2019).

No que concerne às necessidades formativas e de acompanhamento, emergiu de forma consistente a percepção de que a formação inicial, embora adequada e clara, é insuficiente para lidar com todas as situações do quotidiano. Os pais expressaram a necessidade de apoio contínuo, preferencialmente disponível 24 horas por dia, para responder a dúvidas práticas e incidentes técnicos. A literatura sustenta que programas de formação estruturada, reforços periódicos e suporte remoto contribuem para a consolidação das competências parentais e para a segurança no uso dos dispositivos (Anderson et al., 2021; ISPAD, 2022). A sugestão de integrar manuais simplificados e aplicações móveis para suporte à autogestão coincide com recomendações recentes de inovação em recursos educativos digitais, facilitando a aprendizagem e reduzindo a sobrecarga parental (Fleming et al., 2020).

A análise das redes de apoio formais e informais revelou que a confiança na equipa clínica é central, mas que existe insegurança fora do contexto hospitalar. Por este motivo, muitas famílias recorrem a grupos de apoio online, que fornecem suporte emocional e prático, embora com risco de disseminação de informações não validadas. Estudos anteriores reforçam a importância de integrar estas redes com literacia em saúde para prevenir práticas

inadequadas (Sparapani et al., 2017). Os cuidadores também destacaram a relevância de convívios locais, enfatizando a importância do apoio presencial para fortalecer competências de autogestão e reduzir o isolamento familiar (Lawton et al., 2018).

As repercussões psicossociais foram uma dimensão central na experiência parental. Inicialmente, os cuidadores relataram ansiedade, receio de cometer erros e sobrecarga emocional, particularmente durante a vigília noturna e a gestão de alarmes. Estes achados alinham-se com a literatura que descreve o impacto psicológico da DM1 nos cuidadores, sublinhando a necessidade de estratégias de coping e de normalização da rotina familiar (Sullivan-Bolyai et al., 2014; Hilliard et al., 2023). Apesar destas dificuldades, observou-se um esforço consciente em integrar a gestão da doença no quotidiano da criança, evitando restrições excessivas e promovendo a participação em atividades típicas da infância, prática fortemente recomendada por Rankin et al. (2018) para minimizar impacto social e emocional.

As vantagens reconhecidas clínicas e emocionais reportadas foram consistentes e relevantes: melhoria do controlo glicémico, redução das hipoglicemias graves, aumento do tempo no alvo glicémico, diminuição da frequência e quantidade de injeções, maior segurança durante o sono e aumento da autonomia da criança/adolescente. Estes resultados refletem o que é descrito em ensaios clínicos e revisões sistemáticas recentes, que demonstram ganhos significativos na qualidade de vida e no bem-estar familiar após a implementação do SHAAI (Wadwa et al., 2023; ADA, 2024; Bergenstal et al., 2021).

No entanto, as entrevistas evidenciam que persistem limitações na forma como o processo educativo é implementado. Embora a formação inicial seja considerada clara, o acompanhamento contínuo e a disponibilidade de recursos de referência imediata ainda são insuficientes. A ausência de linhas de apoio em tempo real força muitas famílias a recorrer a soluções informais, o que pode comprometer a segurança e aumentar a ansiedade. Assim, é essencial reforçar programas educativos estruturados, personalizados e contínuos, que permitam aos cuidadores adquirir competências sólidas e autonomia progressiva (DGS, 2020; Sociedade Portuguesa de Diabetologia, 2023).

Desta forma, o papel do EEESIP transcende a simples transmissão de informação técnica. Implica uma abordagem holística de capacitação, onde os pais e a criança/adolescente se tornam gestores competentes da sua condição crónica, promovendo autonomia, segurança, confiança e suporte emocional contínuo. A literatura reforça que intervenções educativas centradas na família e adaptadas às necessidades individuais, com reforço contínuo, são determinantes para a adesão terapêutica, eficácia clínica e qualidade de vida (ISPAD, 2022; ADA, 2024).

Este estudo comporta limitações inerentes à metodologia qualitativa a que acresce o facto de ter sido realizado apenas com mães, o que limita a perspectiva sobre as experiências de ambos os progenitores. A ausência de participantes do sexo masculino impede a análise de possíveis diferenças nas percepções e vivências entre pais e mães, podendo restringir as conclusões sobre a dinâmica familiar na gestão dos cuidados à criança com Diabetes *Mellitus*.

Outra limitação é o número restrito de entrevistas realizadas que pode não ser suficiente para capturar a diversidade de experiências e opiniões dos pais de crianças com Diabetes *Mellitus*. Uma amostra mais ampla poderia proporcionar uma visão mais representativa e abrangente das percepções em relação à adaptação à transição terapêutica e às repercussões a ela associadas. Também a percepção individual dos pais pode ser influenciada por fatores externos, como o estado emocional ou as situações pessoais de cada participante, limitando a generalização dos achados para uma população mais ampla.

5. CONCLUSÃO

O presente estudo qualitativo permitiu descrever as experiências de pais de crianças e adolescentes com Diabetes *Mellitus* tipo 1 relativamente à transição da terapêutica com múltiplas administrações de insulina para sistemas híbridos de administração automática de insulina. Da análise emergiram repercussões clínicas, psicossociais e organizacionais, evidenciando que, embora o processo inicial seja marcado por ansiedade, insegurança e desafios técnicos, a evolução conduziu a ganhos significativos em termos de autonomia da criança, redução da sobrecarga parental, maior segurança no controlo glicémico e melhoria global da qualidade de vida. Estes resultados estão em consonância com a literatura recente e reforçam a relevância do apoio clínico e educativo contínuo às famílias.

Enquanto futura enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, esta investigação realça a importância de um papel ativo e diferenciador na capacitação das famílias, assegurando não apenas a transmissão de conhecimentos técnicos, mas também o suporte emocional e psicossocial necessário à gestão eficaz da doença crónica. A rápida evolução tecnológica nesta área exige atualização permanente e respostas adaptadas às necessidades reais dos pais e das crianças/adolescentes. Assim, o estudo constitui um contributo para a reflexão crítica e para a melhoria dos programas de educação terapêutica, sublinhando que, apesar das limitações identificadas, o saldo global da transição para os SHAAI é percecionado como claramente positivo pelas famílias.

PARTE III – INTEGRAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO NO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

CLÍNICAS

1. SÍNTESE REFLEXIVA

Desde o início da minha formação em enfermagem, manifestei particular interesse pela área da saúde infantil e pediátrica, tendo desde cedo delineado a intenção de desenvolver a minha prática profissional neste domínio específico. Embora o meu percurso como enfermeira se tenha iniciado em 2004, foi apenas em 2013 que integrei o serviço de Pediatria Ambulatória, contexto onde mantenho atualmente a minha prática clínica. Entre as diversas áreas, a diabetologia pediátrica revelou-se especialmente desafiadora, tanto pela constante inovação tecnológica como pela complexidade e exigência dos cuidados prestados, o que tem constituído um estímulo contínuo para o desenvolvimento das minhas competências clínicas junto da criança e da sua família.

A experiência em contexto de cuidados ambulatoriais a crianças com Diabetes *Mellitus* tipo 1 motivou a escolha desta temática como foco de aprofundamento, por permitir compreender o processo de adaptação e integração da doença na vida da criança e da sua família. Esta realidade exige uma prática clínica adaptada, centrada na construção de estratégias facilitadoras do processo de capacitação parental e no reforço da autonomia da criança/adolescente, em articulação com o papel específico do EEESIP e com os objetivos formativos definidos para a prática em estágio.

Ao longo do meu percurso profissional, tenho desempenhado funções na consulta de endocrinologia, diabetologia e na área de infusão subcutânea contínua de insulina (ISCI), acompanhando crianças e adolescentes com DM1 e as suas famílias. Este contacto próximo permitiu-me reconhecer a importância de uma abordagem educativa estruturada e personalizada, particularmente no contexto atual, em que os sistemas híbridos de administração automatizada de insulina estão a ser progressivamente introduzidos em todos os grupos etários. Esta evolução tecnológica, apesar de trazer benefícios significativos no controlo metabólico, implica um processo de adaptação que vai muito além do domínio técnico, envolvendo aspetos emocionais, sociais e organizacionais no seio familiar.

Neste contexto, a minha experiência demonstrou que, embora os programas educativos realizados na nossa instituição sejam cuidadosamente planeados, habitualmente distribuídos por dois dias, de forma intensiva, cada família vive este processo de forma singular. Há diferenças nas expectativas, na forma de lidar com as exigências diárias e no ritmo de integração da tecnologia na rotina. A compreensão destas experiências parentais torna-se, assim, fundamental para que a intervenção do EE não se limite à transmissão de conhecimento técnico, mas seja capaz de responder às necessidades reais e subjetivas de cada família.

A DM1, sendo uma doença crónica, provoca uma significativa reestruturação na dinâmica familiar. Neste sentido, Lopes (2016) destaca que o envolvimento ativo, o suporte e a presença constante dos pais ou cuidadores significativos são elementos fundamentais para a obtenção do melhor estado de saúde possível da criança, bem como para a estabilidade emocional da família. Assim, os Cuidados Centrados na Família assumem um papel essencial, reconhecendo que as intervenções em saúde não podem ser dissociadas das necessidades e valores do núcleo familiar (Apolinário, 2012).

A filosofia dos Cuidados Centrados na Família implica o reconhecimento da família como parte integrante do processo terapêutico, promovendo a sua participação ativa e informada (Kuo et al., 2012). Nesta perspetiva, o EEESIP desempenha um papel crucial na implementação de estratégias educativas e de apoio emocional que promovam o desenvolvimento de competências parentais, atuando como facilitador do processo de transição para a nova condição de saúde vivida pela criança e pela sua família.

Paralelamente, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey revelou-se um recurso teórico essencial, sustentando a prática de cuidados colaborativos com os pais, reconhecendo-os como parceiros permanentes no processo de cuidar (Casey, 1988). A presença contínua da família e o envolvimento direto nos cuidados favorecem a continuidade das intervenções no domicílio e a preservação do papel parental, aspetos fundamentais na gestão da DM1 e no sucesso da utilização do SHAAI.

Considerando que a DM1 exige alterações profundas nos estilos de vida, tomadas de decisão complexas e um elevado grau de responsabilidade, torna-se evidente a necessidade de aquisição de novos conhecimentos e a consequente modificação de comportamentos. Ao longo da minha prática, procurei contribuir para que a criança e a família integrem os conhecimentos adquiridos e desenvolvam competências para lidar com a doença de forma confiante e autónoma, potenciando assim uma melhor qualidade de vida.

A articulação entre os princípios dos Cuidados Centrados na Família, o Modelo do Enfermeiro de Referência e o Modelo da Parceria de Cuidados permitiu aprofundar a minha compreensão sobre a importância de práticas colaborativas e personalizadas. Esta abordagem reforça a pertinência de um cuidado especializado e humanizado na pediatria, centrado na capacitação familiar e na promoção de uma adaptação saudável a uma condição de saúde crónica. Daí a necessidade que senti de investigar as experiências dos pais de crianças/adolescentes que realizam terapêutica com SHAAI, procurando evidências que orientem a melhoria contínua do processo educativo e de apoio oferecido para a gestão do regime terapêutico em contexto hospitalar.

Gestão do regime terapêutico

A gestão eficaz do regime terapêutico, em crianças e adolescentes com DM1, constitui um dos pilares fundamentais da prática especializada em enfermagem pediátrica. Esta condição crónica exige um acompanhamento contínuo e centrado na criança e na sua família, com foco na adesão ao tratamento, aquisição de competências de autogestão e promoção da autonomia progressiva.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), o foco “gestão do regime terapêutico” é definido como a capacidade da pessoa, família ou cuidador para integrar o tratamento prescrito na vida diária, assumindo o controlo do seu estado de saúde e respondendo eficazmente aos desafios inerentes ao regime (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2019). Esta definição, por sua vez, orienta a prática do EEESIP, destacando a importância da capacitação e da educação terapêutica no processo de adaptação à doença.

De acordo com Carvalho et al. (2016), o regime terapêutico da DM1 envolve múltiplos componentes: insulinoterapia, monitorização da glicemia capilar, planeamento alimentar, prática de atividade física e reconhecimento de situações de risco, como hipoglicemias e cetoacidose. Integrar estas exigências na rotina diária de crianças e adolescentes representa um desafio significativo, requerendo intervenções especializadas e ajustadas ao seu estágio de desenvolvimento.

O EEESIP desempenha um papel determinante na promoção da adesão terapêutica, atuando para além do ensino técnico-científico sobre a condição e o seu tratamento. A sua intervenção assenta numa abordagem multifacetada, que combina estratégias educativas, motivacionais, relacionais e de acompanhamento/assistência contínua. O ensino estruturado sobre a doença, o regime terapêutico e as técnicas necessárias à sua execução, constitui apenas um dos componentes desta atuação. A eficácia reside igualmente na capacidade de motivar a criança/adolescente e a sua família para uma participação ativa e responsável no processo de cuidados, reconhecendo que a adesão terapêutica está intimamente ligada à perceção de autoeficácia, ao sentimento de controlo e à integração das rotinas na vida diária.

Neste sentido, o EEESIP recorre a estratégias de motivação adaptadas à idade, ao estágio de desenvolvimento e ao perfil psicossocial da criança, valorizando conquistas progressivas e utilizando reforço positivo para promover comportamentos de saúde consistentes. O envolvimento da família é central, uma vez que, em idade pediátrica, a gestão do regime terapêutico é uma responsabilidade partilhada. O enfermeiro estimula a corresponsabilização parental, facilita a comunicação intra e extrafamiliar e apoia a negociação de papéis e tarefas, reduzindo conflitos e promovendo um ambiente favorável à adesão.

Segundo Gajewska e Cyran-Grzebyk (2020), a personalização dos cuidados, a escuta ativa e a construção de uma relação de confiança com a criança e os cuidadores são fatores

decisivos para o sucesso terapêutico. Isso implica que o EEESIP desenvolva competências relacionais avançadas, que permitam compreender e respeitar as experiências, valores e expectativas da família, adaptando a linguagem, os exemplos e as estratégias ao seu contexto cultural e socioeconómico. A monitorização contínua, outro eixo fundamental da intervenção, possibilita a deteção precoce de dificuldades, a correção de erros e a adaptação do plano terapêutico, garantindo que este se mantém realista, exequível e eficaz ao longo do tempo.

No âmbito da CIPE, este foco associa-se frequentemente a diagnósticos como adesão ao regime terapêutico comprometida, gestão ineficaz do regime terapêutico, conhecimento insuficiente sobre a doença, autocontrolo diminuído e ansiedade do cuidador. O EEESIP desempenha um papel central na prevenção e resolução destas situações, assumindo funções que vão desde a avaliação global e contínua até à promoção da autonomia e à coordenação de cuidados. A avaliação inicial e permanente permite identificar o nível de conhecimento da criança, do adolescente e da família, reconhecer barreiras à adesão (psicológicas, socioeconómicas, culturais ou logísticas) e adequar as intervenções ao estágio de desenvolvimento da criança.

Neste sentido, a educação terapêutica e a capacitação são intervenções essenciais. Estas incluem um ensino personalizado sobre todos os aspetos do regime, que vão desde o treino técnico para a utilização segura de dispositivos como os SHAAI até a preparação para identificar e antecipar situações de risco. Os indivíduos são instruídos e treinados durante a formação e sempre que necessário. Paralelamente, a promoção da autonomia progressiva implica incentivar a criança/adolescente a assumir responsabilidades compatíveis com a sua idade, desenvolvendo competências de autorregulação e confiança, integrando as rotinas terapêuticas na vida escolar, social e familiar.

O apoio emocional, por sua vez é igualmente essencial, uma vez que a gestão de uma doença crónica em idade pediátrica envolve não só mudanças práticas, mas também alterações emocionais e comportamentais. Neste sentido, o EEESIP contribui para um suporte psicossocial, a partilha de vivências em grupos de pares e promove estratégias para reduzir a ansiedade parental.

A atuação do EEESIP assenta nos Cuidados Centrados na Família (Kuo et al., 2012) e no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que valorizam a família como parceira ativa no cuidar, reconhecendo o seu papel na tomada de decisão e na continuidade dos cuidados no domicílio. O EE não é apenas um transmissor de conhecimento, mas um elemento facilitador do *empowerment*, respeitando crenças, valores e saberes parentais e fortalecendo competências para a gestão autónoma, segura e eficaz do regime terapêutico.

Assim, a gestão do regime terapêutico na DM1 pediátrica deve ser entendida como um processo dinâmico, multidimensional e adaptativo, em que o EEESIP atua para promover a autonomia, reforçar competências, garantir a segurança e assegurar que as intervenções respeitam as especificidades da criança e da sua rede de suporte. Sustentada em classificações como a CIPE, modelos teóricos e evidência científica, esta abordagem integrada contribui significativamente para a melhoria dos resultados em saúde e da qualidade de vida da criança e da sua família.

A investigação em Enfermagem configura-se como um processo sistemático, científico e rigoroso, orientado para a produção de conhecimento que responda a problemas concretos da prática clínica e contribua para a melhoria da qualidade de vida de pessoas, famílias e comunidades (OE, 2015). Deste modo, constitui um pilar fundamental para a implementação de práticas baseadas na evidência, para além de promover a evolução conceptual e prática da Enfermagem enquanto ciência, favorecendo a qualidade dos cuidados e a obtenção de melhores resultados em saúde (Polit & Beck, 2021; ICN, 2019).

A realização dos vários estágios, associados ao desenvolvimento deste estudo de investigação, constituiu uma oportunidade de aprofundar a reflexão crítica sobre a prática clínica em saúde infantil e pediátrica, permitindo articular os conhecimentos científicos com o desenvolvimento de competências próprias do EE. A análise das experiências parentais na transição do tratamento de insulinoaterapia sob MAI para os SHAAI permitiu-me compreender de forma mais abrangente os desafios, as necessidades e as expectativas das famílias, ampliando a minha capacidade de avaliação holística centrada na criança, no adolescente e no seu contexto familiar.

No que concerne à educação terapêutica, este trabalho evidenciou a importância de haver programas estruturados, contínuos e adaptados às fases de aprendizagem, bem como a integração de recursos digitais e de estratégias que promovam a autonomia e a confiança. Esta evidência veio reforçar a minha competência em planear intervenções educativas adequadas às necessidades singulares dos utentes e famílias, tendo por base as orientações da DGS, assim como as recomendações internacionais.

Por outro lado, a investigação permitiu o desenvolvimento de competências no apoio psicossocial, ao identificar os sentimentos de ansiedade, a sobrecarga e a insegurança vivenciados pelos pais, mas também as estratégias de resiliência e a satisfação global com as vantagens que a terapêutica confere. Este conhecimento contribui, indubitavelmente, para uma prática clínica mais sensível às dimensões emocionais e relacionais, promovendo uma intervenção de enfermagem que valoriza não apenas o controlo clínico da doença, mas também o bem-estar psicológico e social da criança e da família.

A integração desta investigação no meu percurso formativo, como EEESIP, possibilitou consolidar a competência de gestão do cuidado em contextos de elevada complexidade, onde a tecnologia, a educação e o suporte emocional se interligam. Como tal, a experiência da componente de investigação não só acrescentou valor à compreensão do fenómeno estudado, como também se traduziu num contributo para a melhoria das minhas competências clínicas, orientando a prática futura para uma intervenção mais informada, diferenciada e centrada nas necessidades reais das crianças/adolescentes com DM1 e respetivas famílias.

A prática diária na pediatria, especificamente no acompanhamento de crianças e adolescentes com DM1, demonstrou-me a complexidade do cuidado necessário, assim como os desafios vividos pelas famílias, frequentemente condicionados pelo tempo limitado das consultas e pela exigência de atualização constante face à evolução tecnológica dos sistemas de insulinoterapia (ISPAD, 2022). Esta experiência reforça a importância de um papel ativo do EEESIP, capaz de articular competências clínicas, pedagógicas e de acompanhamento contínuo, promovendo a capacitação das crianças, adolescentes e seus cuidadores para uma gestão autónoma e fundamentalmente segura da doença (Benner, 2001).

A obtenção do grau de mestre, que nos termos da legislação em vigor, confere a qualificação necessária para o acesso ao título de Enfermeira Especialista, (Decreto-Lei n.º 65/2018), representa uma oportunidade estratégica para aprofundar estas competências, estruturando intervenções educativas individualizadas, baseadas em evidência científica e adaptadas às necessidades específicas de cada família. O EE, ao adotar uma abordagem holística, torna-se capaz de combinar o ensino técnico da terapêutica com suporte emocional e acompanhamento constante, garantindo não apenas a adesão ao regime terapêutico, mas também a promoção da qualidade de vida e do bem-estar emocional das crianças e adolescentes. Este compromisso traduz-se em visibilidade do impacto da prática avançada na vida das famílias, valorizando a autonomia, a confiança e a segurança na gestão da doença crónica, consolidando, assim, o papel central do EEESIP na melhoria contínua do cuidado pediátrico.

Em suma, a análise das entrevistas possibilitou compreender que, apesar dos benefícios clínicos evidentes dos SHAAI, persistem fragilidades ao nível da formação inicial, do acompanhamento contínuo e do suporte emocional às famílias. Estes achados dialogam diretamente com as situações vivenciadas nos estágios, onde o tempo limitado de consulta e a escassez de recursos humanos especializados condicionam a capacidade de resposta às múltiplas dúvidas e angústias dos cuidadores. Assim, a triangulação entre investigação, estágios e experiência clínica demonstra de forma clara a pertinência do EEESIP enquanto

elemento chave para colmatar estas lacunas, através de uma prática fundamentada em evidência, mas também sensível às necessidades humanas e psicossociais.

Neste sentido, a investigação desenvolvida não se encerra em si mesma: representa um contributo para a melhoria do processo educativo e para a capacitação das famílias na gestão da doença crónica, em linha com o objetivo central da especialidade. Simultaneamente, fortalece a prática clínica, permitindo que esta se torne mais reflexiva, crítica e sustentada em evidência. A relação estreita entre os estágios realizados, a experiência clínica acumulada e a investigação produzida evidencia que o percurso académico e profissional se articulam numa lógica de complementaridade, potenciando não apenas o desenvolvimento de competências individuais, mas também a visibilidade e o reconhecimento do papel do EEESIP na construção de cuidados de saúde pediátricos mais qualificados e humanizados.

CONCLUSÃO

O percurso formativo desenvolvido ao longo do mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constituiu um processo exigente, mas simultaneamente enriquecedor e estruturante para a minha prática profissional. A integração entre a experiência clínica prévia, os estágios realizados em diferentes contextos e o desenvolvimento da investigação possibilitou uma reflexão crítica e aprofundada sobre o papel do EE. Este caminho permitiu-me consolidar competências técnicas, científicas e relacionais que reforçam a centralidade da criança e da família nos cuidados, de acordo com os princípios dos Cuidados Centrados na Família e da Parceria de Cuidados.

A realização da investigação, focada na experiência parental face à transição da insulinoterapia sob múltiplas administrações para os sistemas híbridos de administração automática de insulina, representou um exercício de articulação entre a prática clínica e a produção de conhecimento. O contacto diário com as necessidades das crianças e famílias na área da diabetes deu sentido à escolha do tema, permitindo que os resultados obtidos não se diluíssem na dimensão académica, mas, ao invés disso, contribuíssem para a melhoria do processo educativo e para a adaptação dos programas de acompanhamento às necessidades expressas pelos cuidadores.

Este relatório marca o fim de um ciclo que representou muito mais do que uma etapa académica. Iniciei este percurso num momento pessoal desafiante e, enquanto mãe de três filhos e profissional em exercício, voltar a estudar exigiu força, resiliência e uma vontade inabalável de continuar a crescer. Cada desafio enfrentado tornou-se parte da minha construção, não apenas enquanto enfermeira, mas também enquanto pessoa. Como escreveu José de Alencar: *“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem o busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”* Esta frase reflete profundamente o meu percurso formativo. O esforço exigido para conciliar estudo, estágio e vida pessoal revelou a importância do pensamento crítico, da reflexão e da análise constante das minhas ações. Mais do que alcançar um objetivo final, este caminho permitiu valorizar as competências adquiridas e o crescimento pessoal e profissional que dele advêm.

Naturalmente, este percurso não esteve isento de dificuldades. A conciliação entre vida pessoal, responsabilidades profissionais e exigências académicas revelou-se particularmente desafiante, sobretudo pela necessidade de retomar práticas de estudo e investigação após longos anos de afastamento do meio académico. A maior dificuldade que senti prende-se com o cumprimento do prazo para entrega inicial deste relatório, associada à tendência para a procrastinação, potenciada por uma vida pessoal preenchida e por responsabilidades

profissionais acrescidas. Adicionalmente, a estruturação inicial do curso poderia ter sido mais orientada para a preparação do trabalho final de investigação, uma vez que a escolha tardia do tema e a ausência de articulação direta entre orientador académico e supervisores de estágio dificultaram a integração plena das aprendizagens. Ainda assim, cada obstáculo representou também uma oportunidade de crescimento, fortalecendo a resiliência, a capacidade de organização e a gestão de prioridades.

No futuro, considero fundamental que os programas de formação avancem no sentido de oferecer maior apoio metodológico em investigação, sobretudo a estudantes que, pela sua experiência profissional mais longa, se encontram mais distantes da prática académica. Igualmente relevante seria uma maior articulação entre orientadores, estágios e desenvolvimento do relatório, de modo a potenciar a produção de trabalhos mais integrados e aplicáveis à prática clínica.

Do ponto de vista profissional, este percurso reforçou em mim a vontade de continuar a investir na investigação e no desenvolvimento de competências avançadas, não apenas para acompanhar a rápida evolução tecnológica e científica, mas também para dar visibilidade ao trabalho diário do EEESIP. A obtenção do grau de mestre e consequente acesso ao título de especialista representa, assim, não um ponto de chegada, mas um novo ponto de partida. Enquanto futura EEESIP, pretendo continuar a centrar a minha prática na capacitação de crianças, adolescentes e famílias, garantindo segurança, autonomia e qualidade de vida, sem nunca perder de vista que o cuidado em pediatria deve ser, antes de mais, um compromisso com a felicidade e o bem-estar da criança.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aagaard, H., & Hall, E. O. C. (2020). Mothers' experiences of having a preterm infant in the neonatal care unit: A meta-synthesis. *Journal of Neonatal Nursing*, 26(2), 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.11.00>
- Ahmed, S. K. (2024). The pillars of trustworthiness in qualitative research. *Journal of Medicine, Surgery, and Public Health*, 2, Artigo 100051. <https://doi.org/10.1016/j.jmsp.2024.100051>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The Neonatal Integrative Developmental Care Model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 69–87. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.03.002>
- American Academy of Pediatrics. (2021). *Recommendations for Preventive Pediatric Health Care (Periodicity Schedule)*. American Academy of Pediatrics.
- American Diabetes Association (ADA). (2024). 7. Diabetes technology: Standards of care in diabetes—2024. *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), S113–S128. <https://doi.org/10.2337/dc24-S007>
- American Diabetes Association. (2023). Standards of care in diabetes—2023 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 41(1), 4–31.
- American Heart Association. (2020). *Pediatric Advanced Life Support Provider Manual*. AHA.
- Anand, K. J. S., & Hall, R. W. (2007). Pain, plasticity, and the pediatric brain: is there a critical period for pain treatment? *Pediatrics*, 119(Suppl 1), S9–S20.
- Assembleia da República. (2014). Lei n.º 118/2014, de 5 de agosto. *Diário da República*, 1.^a Série, n.º 149. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/118-2014-55076561>
- Bailey, T. S., et al. (2023). Automated Insulin Delivery (AID) Systems: Current Status and Future Directions. *Diabetes Technology & Therapeutics*, 25(1), S1–S15.
- Barbieri-Figueiredo, M. C., & Ramos, A. L. (2022). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. LIDEL – Edições Técnicas.
- Barbieri-Figueiredo, M. C., & Ramos, F. (2020). *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Lisboa: LIDEL.
- Barnard, K. D., Wysocki, T., Allen, J. M., Elleri, D., Thabit, H., Leelarathna, L., ... & Hovorka, R. (2019). Closing the loop in adults, children and adolescents with suboptimally controlled type 1 diabetes: A psychosocial perspective. *Diabetic Medicine*, 36(6), 744–752. <https://doi.org/10.1111/dme.13929>

- Barroco, I. M. (2023). *Enfermagem de saúde infantil e pediatria: Competências e práticas no contexto atual* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico da Guarda. <https://bdigital.ipg.pt/dspace/bitstream/10314/8850/1/Enf%20SIP%20-%20In%C3%AAs%20M%20Barroco.pdf>
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., & Charepe, Z. (2021). *Intervenções de enfermagem promotoras da adaptação da criança/jovem/família à hospitalização: uma scoping review*. *Enfermería Global*, 20(1), 577-596. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>
- Batalha, L. M. (2020). *Dor em pediatria: Da teoria à prática clínica*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C. (2010). *Dor no Recém-Nascido e na Criança*. Lisboa: Lidel.
- Batalha, L. M. C., Loureiro, S., Santos, J. F., & Machado, E. L. (2009). A dor na Urgência Pediátrica: um desafio constante. *Revista Dor*, 10(1), 56–62.
- BD. (2025). *Manual do sistema automatizado de dispensação de medicamentos Pyxis™*. Banco de Dados de Medicação. <https://www.bd.com/en-uk/products-and-solutions/solutions/pyxis-medstation-training>
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Bergenstal, R. M., Nimri, R., Beck, R. W., Criego, A., Laffel, L., Schatz, D., ... & Battelino, T. (2021). A comparison of two hybrid closed-loop systems in adolescents and young adults with type 1 diabetes (FLAIR): A multicentre, randomised, crossover trial. *The Lancet*, 397(10270), 208–219. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)32514-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32514-9)
- Boundy, E. O., Dastjerdi, R., Spiegelman, D., Fawzi, W. W., Missmer, S. A., Lieberman, E., & Chelimo, C. (2016). Infant feeding and childhood mortality: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(12), 890–902. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.162998>
- Brasil, V. A., Silva, M. M., & Santos, C. A. (2021). Abordagem individualizada no cuidado neonatal: princípios e práticas. *Revista Brasileira de Enfermagem Neonatal*, 15(3), 120-130. <https://doi.org/10.1234/rben.v15i3.2021>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Cardoso, D., Neves, P., Ferreira, M. J., Duarte, P., & Macedo, M. P. (2023). Registo nacional da diabetes tipo 1: Atualização de dados e perspetivas futuras. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 18(2), 86-89. https://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2023/10/RPD_Junho_2023_Artigo_Opiniao_86-89.pdf

- Cardoso, M. J., Furtado, R. M., & Almeida, M. J. (2023). *Diabetes Mellitus Tipo 1 em Portugal: Dados do Registo Nacional (Registo DOCE)*.
- Carvalho, G. A., Lopes, M. J., & Sequeira, C. A. (2016). Intervenções de enfermagem na adesão ao regime terapêutico em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1. *Referência*, Série IV(11), 51–60.
- Casey, A. (1988). *Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers*. *Journal of Clinical Nursing*, 7(2), 121–130.
- Centro de Desenvolvimento da Criança. (2018). *Guia de funcionamento*. Centro Hospitalar e Universitário – Hospital Pediátrico, Coimbra, Portugal: Autor.
- Christensen, L. S., & Hagedoorn, M. (2025). Family involvement during patient hospitalization: Development and testing of a decision aid. *Journal of Nursing Management*, 33(4), 1234–1245. <https://doi.org/10.1111/scs.70017>
- Conde-Agudelo, A., & Díaz-Rossello, J. L. (2016). Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002771.pub4>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN). (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE® – Versão 2019*. Genebra: ICN.
- Correia, S. M. (2019). O Cuidado à Criança e ao Jovem com Diabetes Mellitus Tipo 1. In S. T. Santos & T. S. Lima (Eds.), *Manual de Boas Práticas Clínicas em Saúde da Criança e do Jovem*.
- Correia, T., Manuela Martins, M., Barroso, F., Pinho, L., Longo, J., & Valentim, O. (2025). *Patient and Family-Centered Care to Promote Inpatient Safety: An Exploration of Nursing Care and Management Processes*. *Nursing Reports*, 15(7), 260. <https://doi.org/10.3390/nursrep15070260>
- Council on Communications and Media. (2016). Media use in school-aged children and adolescents. *Pediatrics*, 138(5), e20162592.
- Coyne, I. (2015). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: Hidden expectations and unclear roles. *Health Expectations*, 18(5), 796–808. <https://doi.org/10.1111/hex.12078>
- Coyne, I., O'Neill, C., Murphy, M., Costello, T., & O'Shea, R. (2011). What does family-centred care mean to nurses and how do they think it could be enhanced in practice? *Journal of Advanced Nursing*, 67(12), 2561–2573. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05697.x>

Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. Diário da República n.º 129/2018, Série I. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/54-2018-115652961>

Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, N.º 157.

Despacho n.º 31292/2008, de 5 de dezembro. (2008). Diário da República, 2.ª série, N.º 236, pp. 49207-49231.

Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientação 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 010/2013 de 31/05/2013 – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Promoção da saúde e prevenção da doença na infância e adolescência*.

Direção-Geral da Saúde. (2014). *Organização dos serviços de urgência pediátrica em Portugal*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/>

Direção-Geral da Saúde. (2016). *Despacho n.º 13277/2016, de 7 de novembro: Acesso às bombas de insulina para crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1*. Diário da República, 2.ª série — N.º 216.

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Rede de frio de vacinas: Norma para armazenamento, conservação e transporte* (Norma n.º 020/2017). Ministério da Saúde. <https://www.sip-spp.pt/media/ijxluztb/vacinas-rede-de-frio-2017-dgs.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2018). *Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata* (Norma n.º 002/2018). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 Anos: Linhas de Orientação para Profissionais e Pais*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Norma n.º 008/2019 de 03/05/2019: Diagnóstico e Tratamento da Mastite Puerperal*. DGS.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional para a Promoção da Saúde Infantil e Juvenil: orientações para a prática de enfermagem e saúde*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável — Recomendações para a Amamentação e Alimentação da Criança*. Lisboa: DGS.

- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1: Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. Lisboa: DGS. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Guia de Orientação para a Vigilância da Saúde da Criança e do Adolescente na Idade Escolar*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Guia de Orientação: O Leite Humano – Conhecer, Aconselhar e Apoiar*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação: Recomendações para profissionais de saúde*. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/vacinas/programa-nacional-de-vacinacao/>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2024). *Relatório Síntese Anual da Vacinação 2024*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge / DGS. <https://www.dgs.pt/em-destaque/cobertura-vacinal-ate-aos-7-anos-mantem-se-elevada-pdf.aspx>
- Encarnação, R., Marques, G., & Silva, S. (2025). *Parental training for the promotion of sleep hygiene in preschool children: scoping review*. Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health. <https://doi.org/10.29352/mill0227.41714>
- European Association for Children in Hospital. (1996). *Charter for hospitalized children*. <https://www.each-for-sick-children.org/charter>
- Feeg, V. D., & Kieckhefer, G. M. (2010). Evidence-based practice and family-centered care: What is the connection? *Pediatric Nursing*, 36(6), 342–345.
- Feldman, R., Rosenthal, Z., & Eidelman, A. I. (2014). Maternal-preterm skin-to-skin contact enhances child physiologic organization and cognitive control across the first 10 years of life. *Biological Psychiatry*, 75(1), 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2013.08.012>
- Ferraz, L. (2018). *A intervenção de enfermagem no desenvolvimento neurossensorial do recém-nascido pré-termo em unidades de cuidados intensivos neonatais*. Revista de Enfermagem Referência, IV Série (18), 153-162.
- Ferraz, L. (2021). Cuidados de enfermagem ao recém-nascido pré-termo: estratégias de monitorização e intervenção. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(33), e20109.

- Ferraz, L. P. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Ferraz, L. P. L. (2022). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas*. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 31(1), e20210398. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2021-0235pt>
- Ferreira, A. D. S., Souza, V. D. F., Silva, J. A. R., & Costa, A. M. (2022). Intervenções não farmacológicas em procedimentos dolorosos com agulha em crianças: revisão integrativa. *Brazilian Journal of Pain*, 5(1), 61–67.
- Ferreira, T. M. M. (2024). *Desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica: promoção da parentalidade no suporte aos autocuidados em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1* [Relatório de estágio de especialização]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/53657>
- Filippa, M., Montiroso, R., Giusti, R., Coccini, V., Scola, A., Bulfoni, C., & Albonico, G. (2017). Preterm birth, developmental care and the early development of communication. *Early Human Development*, 104, 14–22.
- Flacking, R., Lehtonen, L., Thomson, G., Axelin, A., Ahlqvist, S., Moran, V. H., ... & Dykes, F. (2012). Closeness and separation in neonatal intensive care. *Acta Paediatrica*, 101(10), 1032-1037. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2012.02787.x>
- Fleisher, B. E., Scott, K., & Browning, D. (2020). Developmental care for the preterm infant in the NICU: Evidence-based interventions. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 34(2), 160–170. <https://doi.org/10.1097/JPN.0000000000000456>
- Fleming, G. A., Petrie, J. R., Bergenstal, R. M., Holl, R. W., Peters, A. L., & Heinemann, L. (2020). Diabetes digital app technology: Benefits, challenges, and recommendations. *Journal of Diabetes Science and Technology*, 14(1), 10–18. <https://doi.org/10.1177/1932296819877182>
- Freitas, L., Damasceno, A., Viana, D., Lima, A., Lima, M. O., & Silva, T. (2024). Maternal perception of factors that interfere with breastfeeding of preterm newborns. *Demetra: Alimentação, Nutrição & Saúde*, 19, e76961.
- Gajewska, M., & Cyran-Grzebyk, B. (2020). Nursing interventions to improve treatment adherence in children with diabetes: A literature review. *Pediatric Diabetes*, 21(7), 1243–1251. <https://doi.org/10.1111/pedi.13072>

- Galvão, D. M. P. G., & Silva, R. M. (2024). *O papel do enfermeiro na promoção do aleitamento materno: revisão integrativa*. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 7(1), 45–60. <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/354>
- Global Initiative for Asthma. (2022). *Global strategy for asthma management and prevention* (2022 update). Recuperado de <https://ginasthma.org/wp-content/uploads/2023/05/GINA-Main-Report-2022-WMSA.pdf>
- Governo de Portugal. (2023, maio 31). *SNS vai garantir acesso universal a bombas de insulina de última geração*. <https://www.portugal.gov.pt/pt/gc23/comunicacao/noticia?i=sns-vai-garantir-acesso-universal-a-bombas-de-insulina-de-ultima-geracao>
- Grupo Português de Triagem. (2024). *Sistema de Triagem de Manchester – versão atualizada*. Lisboa.
- Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos: Conselho Pedagógico. (2023). *Guia de elaboração de trabalhos académicos*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt>
- Guia para a Realização de Citações de Texto e Referências Bibliográficas: Centro de Documentação e Informação. (2023). *Guia para a realização de citações de texto e referências bibliográficas baseado na norma da American Psychological Association, 7.ª edição*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://www.esenfc.pt>
- Hagan, J. F., Shaw, J. S., & Duncan, P. M. (Eds.). (2017). *Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children, and Adolescents* (4.ª ed.). American Academy of Pediatrics.
- Herreros Fernández, M., González Merino, N., Tagarro García, A., Benito Fernández, J., Fernández Pérez, C., & Feito Bermejo, L. (2013). A new technique for fast and safe collection of urine in newborns. *Archives of Disease in Childhood*, 98(1), 27–29.
- Hilliard, M. E., Powell, P. W., & Hood, K. K. (2023). The diabetes journey: Challenges in the management of type 1 diabetes in youth. *Pediatric Diabetes*, 24(2), 137-144. <https://doi.org/10.1111/pedi.13473>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2014). *Wong's nursing care of infants and children* (10th ed.). Elsevier Health Sciences.
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2022). *Wong's essentials of pediatric nursing* (11.ª ed.). Elsevier
- Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2023). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed.). Elsevier.

- Hockenberry, M. J., Wilson, D., Rodgers, C. C., & Wong, D. L. (2019). *Wong's Nursing Care of Infants and Children* (11.^a ed.). Elsevier. <https://doi.org/10.12345/rbei.v5i2.12345>
- International Council of Nurses. (2008). *Primary health care: The role of the nurse*. <https://www.icn.ch/membership/specialist-affiliates/nursing-policy/icn-strategic-priorities>
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD). (2022). ISPAD clinical practice consensus guidelines: Insulin delivery in children and adolescents with diabetes. *Pediatric Diabetes*, 23(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1111/pedi.13494>
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2022). *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022*.
- International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes. (2024). *ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2024*. Karger Publishers.
- Ionio, C., Monzani, D., & Lista, G. (2017). A systematic review of perinatal anxiety and depression in parents of preterm infants: Risk factors and the role of the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Medicine*, 6(12), 110.
- Jesus, É. H., Roque, S. M., & Amaral, A. F. (2015). *Estudo RN4Cast em Portugal: Ambientes de prática de enfermagem*. Formasau.
- Jowsey, T., Deng, C., & Weller, J. (2021). General-purpose thematic analysis: A useful qualitative method for anaesthesia research. *BJA Education*, 21(12), 472–478. <https://doi.org/10.1016/j.bjae.2021.07.006>
- Kaufman, J., Fitzpatrick, P., Tosif, S., Munn, C., Tzar, O., Borland, M. L., Cusick, M., Ranganathan, S., O'Brien, S., Donath, S., & Babl, F. E. (2017). Faster clean catch urine collection (Quick-Wee method) from infants: randomised controlled trial. *BMJ*, 357, j1341.
- Kenner, C., & McGrath, J. M. (2010). *Developmental care of newborns and infants: A guide for healthcare professionals*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Lawrence, R. A., & Lawrence, R. M. (2016). *Breastfeeding: A Guide for the Medical Profession* (8.^a ed.). Elsevier.
- Lawton, J., Blackburn, M., Allen, J., Campbell, F., Elleri, D., Leelarathna, L., ... & Rankin, D. (2018). Patients' and caregivers' experiences of using continuous glucose monitoring to support diabetes self-management: Qualitative study. *BMC Endocrine Disorders*, 18(1), 12.

- Lehmann, C. U., et al. (2017). Pediatric triage systems in emergency care: A review. *Pediatrics*, 140(4), e20170765.
- Lehmann, L. S., Brancolini, C., & Fox, P. (2017). *Pediatric Emergency Care: Clinical Practice and Principles*. Springer.
- Leininger, M., & McFarland, M. R. (2006). *Culture care diversity and universality: A worldwide nursing theory* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning.
- Liu, J., Wang, Y., Chen, J., & Liu, F. (2021). Pediatric triage in emergency departments: challenges and perspectives. *Journal of Emergency Nursing*, 47(6), 934–942.
- Luiz, D. M., Foxcroft, C. D., & Stewart, R. (2021). *Griffiths Scales of Child Development – Third Edition (Griffiths III): Administration Manual*. Hogrefe Publishing.
- Marques, T. B. R., Silveira, F. H., Silva, M. T. S. V., & Pimenta, P. F. (2019). Desafios da humanização no contexto do cuidado da enfermagem pediátrica de média e alta complexidade. *Revista Interfaces Científicas – Saúde e Ambiente*, 7(3), 117–130.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Melnyk, B. M., Feinstein, N. F., Alpert-Gillis, L., Fairbanks, E., Crean, H. F., Sinkin, R. A., ... & Gross, S. J. (2014). Reducing premature infants' length of stay and improving parents' mental health outcomes with the Creating Opportunities for Parent Empowerment (COPE) NICU program: a randomized controlled trial. *Pediatrics*, 133(1), e166-e176. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1416>
- Mendes, E. C., Silva, V. A., & Araújo, E. C. (2019). Humanização no cuidado ao recém-nascido prematuro: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3163.
- Mindell, J. A., & Williamson, A. A. (2018). Benefits of a good night's sleep: The importance of sleep for infants, children, and adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 65(6), 1199–1213.
- Moreno, E. J. D., Zanolin, P. C. T., Baggio, M. A., & Simões, B. A. (2012). Prevenção e manejo não farmacológico da dor no recém-nascido. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(2), 332–337.
- Murad, M. H., Coto-Yglesias, F., Varkey, P., Prokop, L. J., & Murad, A. L. (2019). The effectiveness of self-directed learning in health professions education: a systematic review. *Medical Education*, 44(11), 1057–1068. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03750.x>

- Nascimento, T., Frade, A., Abreu Miguel, S. S., & Presado, M. H. (2019). Os sistemas de informação em enfermagem e os indicadores de qualidade: contributos e desafios para a prática clínica. *Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa*, Lisboa.
- Neal, K. W. (2023). *Pediatric Nurses' Experiences With Professional Boundaries and Ethical Challenges: A Secondary Analysis*. *Research and Theory for Nursing Practice*, 38(1). <https://doi.org/10.1891/RTNP-2023-0112>
- Neves, C., Neves, J. S., Castro Oliveira, S., Oliveira, A., & Carvalho, D. (2017). Diabetes Mellitus Tipo 1. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 12(4), 159–167.
- Nunes, C., Ferraz, L., & Pinto, M. (2021). A atuação do enfermeiro especialista perante situações críticas em neonatologia. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 52(2), 123–129.
- Nunes, F. V. C. (2019). *Experiências e sentimentos dos pais em contexto de internamento do recém-nascido prematuro na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., & Lee, S. K. (2018). Effectiveness of Family Integrated Care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: A multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child & Adolescent Health*, 2(4), 245–254. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(18\)30039-7](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(18)30039-7)
- Oliveira, C., Silva, R., & Santos, J. (2019). Organização e funcionamento dos serviços de urgência pediátrica: uma revisão integrativa. *Revista Portuguesa de Pediatria*, 50(2), 95-103.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Diário da República, 2.ª série, n.º 41, 4745-4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Diário da República, 2.ª série, n.º 133.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos e indicadores de avaliação (3.ª ed.)*. Ordem dos Enfermeiros.

- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Enquadramento conceptual, enunciados descritivos e indicadores de avaliação* (3.^a ed.). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro: Regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. *Diário da República, II série*, n.º 184. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil: Guia para intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros (REPE)* (Regulamento n.º 427/2021).
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Relatório da Secção Regional do Centro da Ordem dos Enfermeiros*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/noticias/conteudos/relat%C3%B3rio-internacional-coloca-enfermeiros-a-exercer-em-portugal-na-cauda-dos-pa%C3%ADses-da-ocde/>
- Oreskovic, N. M., Gaglani, S., & Shaikh, N. (2017). Diagnóstico e manejo da infecção do trato urinário em crianças. *The Journal of the American Medical Association (JAMA) Pediatrics*, 171(12), 1205–1214.
- Organização Mundial da Saúde. (2010). *Framework for action on interprofessional education & collaborative practice* (WHO/HRH/HPN/10.3). <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- Organização Mundial da Saúde. (2018). *Quality of care: A process for making strategic choices in health systems*. Geneva: WHO.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Adolescent health*. <https://www.who.int/health-topics/adolescent-health>
- Papadopoulos, I. (2006). *Transcultural Health and Social Care: Development of Culturally Competent Practitioners*. Churchill Livingstone Elsevier.
- Pasco, G., Gordon, K., Howlin, P., & Charman, T. (2019). The use of the Griffiths Mental Development Scales to identify early characteristics of autism in young children. *European Journal of Paediatric Neurology*, 23(4), 598–604. <https://doi.org/10.1007/s10578-022-01390-z>

- Patrício, S. F. M. (2025). *Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco.
- Peplau, H. E. (1991). *Interpersonal relations in nursing: A conceptual frame of reference for psychodynamic nursing*. Springer Publishing Company.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.
- Portugal. Ministério da Saúde. Gabinete da Secretária de Estado da Promoção da Saúde. (2023). Despacho n.º 12634/2023, de 11 de dezembro: Determina a implementação de um Modelo Integrado de Cuidados para a Prevenção e Tratamento da Obesidade. *Diário da República*, 2.ª série (n.º 238), 64–70.
- Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Uddin, S. Z., Wesselmann, U., & Wieselmann, U. (2020). The revised International Association for the Study of Pain (IASP) definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982.
- Rankin, D., Harden, J., Waugh, N., Noyes, K., Barnard, K. D., & Lawton, J. (2018). Pathways to diagnosis: A qualitative study of the experiences and emotional reactions of parents of children diagnosed with type 1 diabetes. *Diabetic Medicine*, 35(9), 1173–1181. <https://doi.org/10.1111/dme.13684>
- Regulamento n.º 140/2019: Regulamento da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26. Assembleia da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 351/2015: Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. (2015). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 119. Ordem dos Enfermeiros. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>
- Regulamento n.º 422/2018: Regulamento da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133. Assembleia da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- República Portuguesa. (2007). *Decreto-Lei n.º 298/2007, de 19 de agosto: Regime jurídico da organização e funcionamento dos serviços de saúde primários*. Diário da República n.º 162/2007, Série I-A.
- República Portuguesa. (2014). *Despacho n.º 10319/2014, de 27 de agosto: Estabelece a organização dos serviços de urgência hospitalar*. Diário da República, 2.ª Série, n.º 164.

- Rito, R. V., Figueiredo, A., Barros, H., & Caldeira, A. (2016). Prevalência e preditores do aleitamento materno em Portugal: Resultados da 3.^a Inquérito Nacional de Saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(3), 231–239.
- Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer: Birth and Growth Medical Journal*, 20(1), 47–51.
- Sawyer, K., & Rosenberg, A. R. (2018). How should adolescent health decision-making authority be shared? *AMA Journal of Ethics*, 20(5), E452-E461.
- Schön, D. (2017). *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. Routledge.
- Schön, D. A. (2000). *The reflective practitioner: How professionals think in action* (revised edition). Basic Books.
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Base de Informação – Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP)*. <https://www.sns.gov.pt>
- Shaikh, N., Hoberman, A., Davis, H. W., Keren, R., & Kurs-Lasky, M. (2016). Infecção do trato urinário em pediatria: uma visão geral. *Jornal de Pediatria*, 92(5), 443–452.
- Shelton, T. L., Jeppson, E. S., & Johnson, B. H. (1987). *Family-centered care for children with special health care needs*. Association for the Care of Children's Health.
- Shields, L., Pratt, J., & Hunter, J. (2006). Family centered care: A review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*, 15(10), 1317–1323. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x>
- Silva, A., Rodrigues, A., & Pereira, M. (2020). Educação terapêutica em diabetes: Capacitação para o autocuidado e gestão da doença crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(2), e19029. <https://doi.org/10.12707/RIV19029>
- Silva, C. M. L. (2021). *Comunicação do enfermeiro especialista com o adolescente: Contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados* [Relatório de Estágio de Natureza Profissional, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Comum.
- Silva, E. M. B., Ramos, A. C. F. S., Duarte, J. C., & Silva, D. M. (2019). O ruído em neonatologia: percepção dos profissionais de saúde. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(20), 67–76. <https://doi.org/10.12707/RIV18078>
- Silva, F. M., Leite, J. L., Leal, G. M., & Almeida, P. S. (2019). Intervenções imediatas da enfermagem na instabilidade hemodinâmica do recém-nascido pré-termo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(4), 1030-1038.

- Silva, S., Sampaio, C., & Marques, G. (2024). *Intervenções do Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parceria de Cuidados à Criança e Família: revisão integrativa*. *Servir*, 2(08), e35181. <https://doi.org/10.48492/servir0208.35181>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). *Consenso Nacional sobre Diagnóstico e Tratamento da Diabetes Mellitus Tipo 1 na Criança e Adolescente*. <https://www.spedp.pt/publicacoes/consensos>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). Educação Terapêutica na Diabetes: Competências dos Profissionais de Saúde e das Pessoas com Diabetes. *Revista Portuguesa de Diabetes*, 18(1), 24-33.
- Sociedade Portuguesa de Endocrinologia, Diabetes e Metabolismo. (2023). *Programa Nacional para a Diabetes – Inovação na Diabetes*. <https://www.spedp.pt/news/programa-nacional-para-a-diabetes---inovacao-na-diabetes>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *Normas e Recomendações: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. Lisboa: SPN.
- Sparapani, V. C., Pinto, C., Nascimento, L. C., & Dupas, G. (2017). Children with type 1 diabetes mellitus and their friends: The influence of this interaction in the management of the disease. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2966.
- State-wide Emergency Care of Children Working Group. (2022). *[Orientações sobre a técnica clean catch para colheita de urina em RN e lactentes]*.
- Storm-Versloot, M. N., Ubbink, D. T., Kappelhof, J., & Luitse, J. S. (2014). Reliability and validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 31(9), 759–763.
- Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Lee, M., & Gruppuso, P. (2014). Mentoring mothers of young children with type 1 diabetes: A randomized controlled trial of a peer support intervention. *Journal of Clinical Nursing*, 23(17–18), 2629–2638. <https://doi.org/10.1111/jocn.12451>
- Taddio, A., Pillai Riddell, R., Ipp, M., Moss, S., Baker, S., Tolkin, J., Feerasta, S., Govan, P., Fletcher, E., Wong, H., McNair, C., & others. (2017). *Relative effectiveness of additive pain interventions during vaccination in infants*. *CMAJ (Canadian Medical Association Journal)*, 189(6), E227–E234. <https://doi.org/10.1503/cmaj.160542>
- Tauschmann, M., & Hovorka, R. (2020). Technology in the management of type 1 diabetes mellitus — Current status and future prospects. *Nature Reviews Endocrinology*, 16(8), 442–457. <https://doi.org/10.1038/s41574-020-0377-y>

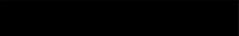
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Tran, A., Väisänen, T., & Lindahl, H. (2016). Efficacy and safety of bladder stimulation for clean-catch urine collection in infants: A systematic review. *Acta Paediatrica*, 105(12), 1403–1407.
- UNICEF. (1990). *Convention on the rights of the child*. <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- UNICEF. (2021). *A situação da criança no mundo 2021: On my mind – Promover, proteger e cuidar da saúde mental das crianças*. <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>
- Unidade Local de Saúde de Coimbra (ULS Coimbra). (2023). *Relatório Anual de Atividades da Neonatologia da Maternidade Bissaya Barreto*. Coimbra: ULS Coimbra.
- USF Coimbra Sul. (2019). *Relatório de atividades 2018*. Administração Regional de Saúde do Centro. <https://www.arscentro.min-saude.pt> ou https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/2/927/20027/2061192/O%20QUE%20FAZEMOS/Relatorio%20de%20%20atividade%202018_.pdf
- USF Coimbra Sul. (s.d.). *Sobre nós*. <https://usf-coimbra-sul.webnode.pt/sobre-nos/>
- Van Veen, M., et al. (2008). Manchester triage system in paediatric emergency care: Prospective observational study. *BMJ*, 337, a1501.
- Viana, A. P. M. (2010). *A avaliação da esperança em cuidados paliativos: revisão crítica da literatura*. Repositório da Universidade de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ulisboa.pt/handle/10451/2019>
- Victora, C. G., Bahl, R., Barros, A. J. D., França, G. V. A., Horton, S., Krasevec, J., ... Rollins, N. C. (2016). Breastfeeding in the 21st century: Epidemiology, mechanisms, and lifelong effect. *The Lancet*, 387(10017), 475–490. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01024-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01024-7)
- Vieira, R., Silva, A. O. V. da, Carvalho, A. L. R. F. de, & Pinto, C. M. C. B. (2023). *Estratégias de supervisão clínica, aprendizagem e pensamento crítico dos estudantes de Enfermagem* [Abstract]. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76, e20220691. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0691pt>
- Vittner, D., Butler, S., Kosta, S., & Als, H. (2020). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC):

- Comprehensive Care for Preterm Infants. *Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine*, 9(3), e090327.
- Vohr, B. R. (2019). Long-term outcomes of extremely preterm infants. *Pediatrics*, 144(1), e20183047. <https://doi.org/10.1542/peds.2018-3047>
- Vohr, B. R. (2019). Long-term outcomes of prematurely born infants. *Current Opinion in Pediatrics*, 31(2), 163–171.
- Wadwa, R. P., Forlenza, G. P., & Buckingham, B. A. (2023). Trial of hybrid closed-loop control in young children with type 1 diabetes. *New England Journal of Medicine*, 389(1), 45-56.
- Wadwa, R. P., Laffel, L. M., Shah, V. N., Garg, S. K., & Tamborlane, W. V. (2023). Advances in hybrid closed-loop therapy in type 1 diabetes. *Nature Reviews Endocrinology*, 19(1), 46–58.
- Wallace-Farquharson, T., Rhee, H., Gordon, S., Wicks, M. N., Johnson, P., & Wilkie, D. J. (2022). Adolescents' practical knowledge of asthma self-management and experiences in the context of acute asthma: A qualitative content analysis. *Journal of Asthma*, 60(5), 1018–1033.
- Ware, J., Allen, J. M., Boughton, C. K., & Hovorka, R. (2022). Hybrid closed-loop in children and adolescents with type 1 diabetes: A qualitative perspective. *Diabetic Medicine*, 39(2), e14638. <https://doi.org/10.1111/dme.14638>
- Wong, D. L., Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2018). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica* (10.^a ed.). Elsevier.
- World Health Organization, UNICEF. (2018). *Integrating health services: Brief* (WHO/UNICEF). <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.50>
- World Health Organization. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Geneva: WHO
- World Health Organization. (2017). *Medication safety in high-alert situations*. Geneva, Switzerland: World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/medication-safety-in-high-risk-situations>
- World Health Organization. (2019). *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2020). *Framework for action on interprofessional education and collaborative practice*. WHO Press.
- World Health Organization. (2021). *A primary health care approach to obesity prevention and management in children and adolescents* (Policy Brief). World Health Organization.

- World Health Organization. (2021). Immunization coverage. Geneva, Switzerland: WHO.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- Zachariasse, J. M., et al. (2019). Performance of triage systems in emergency care: A systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 364, l341.
- Zirpoli, A., Zupancic, J. A. F., & Celi, L. A. (2019). Parental involvement in neonatal care: A systematic review. *Pediatric Clinics of North America*, 66(3), 675–688.

ANEXOS

ANEXO 1 - Parecer favorável da Comissão de Ética

  REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE		 SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE	 
D.C / Tomei conhecimento.  		Exmo(a) Senhor(a) 	
SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA Nº: 087/24 CE PROC. Nº: OBS.SF.243-2023	DATA 08-03-2024
PI OBS.SF.243-2023 "EXPERIÊNCIAS DOS PAIS DAS CRIANÇAS/ADOLESCENTES QUE SE ENCONTRAM A REALIZAR TERAPÊUTICA COM SISTEMAS HÍBRIDOS DE ADMINISTRAÇÃO AUTOMÁTICA DE INSULINA NO TRATAMENTO DA DIABETES TIPO 1: ESTUDO OBSERVACIONAL."			
ASSUNTO: Entrada na UID: 29-12-2023 Entrada na CES: 08-02-2024 Investigador/a/es: Ana Rita Sousa Ribeiro Capitão – Enfermeira Local de trabalho do IP: Pediatria Ambulatória do Hospital Pediátrico Coordenador/a/es: Co-Investigador/a/es: Márcia Noélia Pestana Santos Promotor: Ana Rita Sousa Ribeiro Capitão Serviço de Realização: Serviço de Pediatria Ambulatória do  			
Cumprir informar Vossa Ex.^a que a CE - Comissão de Ética na Unidade Local de  reunida em 27 de Fevereiro de 2024, após apreciação do projeto de investigação supra identificado, emitiu o seguinte parecer: <i>"A Comissão considera que se encontram respeitados os requisitos éticos adequados à realização do estudo, e emite parecer favorável ao seu desenvolvimento na ULS de  Contudo, a Comissão solicita: 1) a atualização da data relativa à recolha de dados no ponto 2 do formulário de CI, FCI, uma vez que aí é indicado o período de fim, 09/02; 2) a versão final do documento, depois de preenchida, deve ser enviada, com a alteração efetuada e incorporada no respetivo formulário, devidamente assinalada, a cor".</i> Mais informa que a CES do  deverá ser semestralmente atualizada em relação ao desenvolvimento dos estudos favoravelmente analisados e informada da data da conclusão dos mesmos, que deverá ser acompanhada de relatório final. Com os melhores cumprimentos,  A Presidente da Comissão de Ética   			
C P 3 W			Serviço Comissão de Ética Telefone:  Email: 

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Folheto informativo: “E depois da Vacinação?”

E DEPOIS DA VACINAÇÃO?

Reações adversas mais comuns:

- 1 No local da injeção a criança pode apresentar **dor**, **edema** (inchaço) e **rubor** (vermelhidão);
- 2 Pode apresentar **febre** ligeira a moderada;

↓

Se o seu filho apresentar **febre** ou sinais de **dor**, pode **administrar Paracetamol** de acordo com a dosagem e via prescrita pelo médico e indicada pelo enfermeiro, com intervalos mínimos de 6 horas entre cada administração.

Se o seu filho apresentar **dor**, **rubor** ou **edema** no local da injeção, deve **evitar tocar no local** e **aplicar gelo** por curtos períodos, várias vezes ao longo do dia.
(O gelo não deve ser colocado em contacto direto com a pele para não provocar uma queimadura).

O seu filho poderá apresentar reações secundárias mais sérias, como a **anafilaxia**. Por essa razão é que é aconselhada a **permanência no local de vacinação durante 30 minutos** após a administração da vacina.

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica
Ana Rita Capitão e Jéssica Ferreira
Elaborado em: outubro 2023 Aprovado em: outubro 2023 Data de revisão: outubro 2025

Reações específicas de algumas vacinas:

		FREQUENTES	RARAS
0M	VHB	Febre; Dor, rubor e edema no local de injeção.	Prostração, dores musculares, náuseas e tonturas.
2M 6M	DTPaHibVIPV HB	Febre; Irritabilidade e sonolência; Dor, rubor e edema no local de injeção.	Prostração, dores musculares, náuseas e tonturas; Febre alta, convulsões, choro persistente e vômitos.
4M 18M	DTPaHibVIP		Febre alta, convulsões, choro persistente e vômitos.
5A	DTPaVIP		
2M 4M 12M	Men B	Febre, irritabilidade, choro involuntário, perturbações alimentares, sonolência, dor de cabeça, diarreia, vômitos, erupção cutânea; Dor, edema, rubor e endurecimento no local da injeção.	Febre alta (>40°C), convulsões, palidez e desmaio com ou sem movimentos convulsivos após administração.
	Pn13	Febre ligeira; Dor, rubor ou edema no local de injeção.	
12M	Men C	Febre ligeira; Dor, rubor ou edema no local de injeção.	Irritabilidade, choro involuntário e persistente, alterações do padrão de sono, gastrointestinais e perda de apetite.
10A	Td	Febre ligeira; Dor, rubor, edema ou nódulo no local de injeção.	Dor de cabeça e dores musculares; Alergia grave.
12M 5A	VASPR	Febre alta (>39°C); Dor, rubor ou edema no local de injeção. Erupção cutânea entre o 5º e 12º dia após vacinação.	Irritabilidade, choro involuntário e persistente, alterações do padrão de sono e gastrointestinal, perda de apetite e congestão nasal.
10A	HPV	Dor, rubor e edema no local de injeção.	Febre alta (>38,8°C); Desmaio com ou sem movimentos convulsivos após administração.
2M 4M	Rotavírus	Febre, diarreia, vômitos e congestão nasal.	Sibilância, alergia grave e invaginação intestinal (dor abdominal, vômitos, sangue nas fezes e distensão abdominal).

Marta Cabral (2020) Reações às vacinas (Programa Nacional de Vacinação). Hospital da Luz.
Disponível em: <https://www.hospitaldaluiz.pt/pt/saude-e-bem-estar/reacoes-as-vacinas>

Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

Mestrado em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica
Ana Rita Capitão e Jéssica Ferreira

Elaborado em: outubro 2023 Aprovado em: outubro 2023 Data de revisão: outubro 2025

APÊNDICE 2 – Guião de entrevista

Guião de Entrevista Semiestruturada

Início

Apresentação Pessoal: Nome, Profissão, Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apresentação do estudo: Objetivos do estudo e da entrevista; Importância da entrevista para o estudo. Solicitar autorização para gravar a entrevista.

Consentimento informado: Apresentação do documento e obtenção do consentimento escrito do pai ou da mãe. Garantir a confidencialidade e o anonimato.

Entrevista nº ____

Código: ____

Identificação da criança/adolescente:

Data: ____/____/____ Hora de início: ____:____
Hora de término: ____:____ Local: _____

Idade: ____ Género: ____ Tipo de Família: _____
nº de irmãos: _____
Escolaridade: ____ A frequentar: ____ Regime Normal/
Adaptado: _____

Idade no diagnóstico da doença: ____
Valor da HbA1C aquando iniciou o tratamento com
SHAAI: ____
Valor da HbA1C após o início do tratamento com SHAAI: ____

Identificação do familiar:

Idade: ____ Género: ____ Estado civil: ____

Parentesco: _____
Agregado familiar: _____

Escolaridade: ____ Profissão: ____
Residência: Rural ____ Urbana ____

Objectivos	Questões
Fase narrativa	
Obter informação relativa à experiência vivida pelos pais na gestão da doença antes e após integrar um SHAAI	Sabendo que o seu/sua filho/a já realizou a transição do tratamento da DM tipo 1 com múltiplas administrações de insulina para sistemas híbridos de administração automática de insulina (SHAAI), gostaria que me falasse da sua experiência de como era a gestão da doença antes e como tem sido depois dele/a integrar este novo tratamento.
Fase exploratória	
Explorar e identificar os conhecimentos dos pais na gestão do regime terapêutico com sistema híbrido de administração automática de insulina na criança/adolescente com DM1	O que entende pela terapêutica com sistema híbrido de administração automática de insulina? Já ouviu falar sobre débito basal? Se sim: Pode explicar-me em que consiste? O seu filho(a) apresentou sintomas de hipo ou hiperglicemia? Se sim: Como atuou perante esse acontecimento? Se não: Pode dizer-me como deve atuar perante esse evento? Agora que o/a seu/sua filho/a tem SHAAI, tem algum cuidado adicional? Por exemplo: Continua a fazer-se acompanhar da caneta de insulina rápida? Como faz os cálculos para administrar um bolus? O/A seu/sua filho/a pratica exercício físico? Se sim: Como ajusta a dose de insulina no exercício físico? Participou de alguma formação para aprender a utilizar o novo equipamento de SHAAI? Se sim: Sente alguma dificuldade? Especifique: Como substitui o cateter e conjunto de infusão? Como substitui o sensor da monitorização contínua da glicose implícito ao funcionamento do SHAAI?

	No início da entrevista partilhou o que este sistema trouxe “de bom”. E inconvenientes que tenham surgido com o novo regime terapêutico? Como foi esta transição na escola? Qual a aceitação e colaboração da escola no tratamento com SHAAI? Há na escola alguém que assuma a responsabilidade de pesar os alimentos? Se sim: Quem?
Fase de balanço	
Averiguar a opinião dos pais acerca da formação sobre o tratamento com SHAAI para uma gestão do regime terapêutico adequada Compreender os aspetos mais valorizados pelos pais no processo formativo	Considera que deveria ter havido outro tipo de acompanhamento durante todo o processo formativo e após este? O que gostava que tivesse sido diferente durante esse processo? Na sua opinião quais os aspetos a melhorar no processo de formação e introdução da terapêutica com SHAAI?