

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Carla Maria Dinis Teixeira Casalta Ferreira

Satisfação e qualidade de vida de famílias abrangidas pela intervenção precoce na infância

dez | 2022

GUARDA
POLI
TÉCNICO



POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Saúde da Guarda

Instituto Politécnico da Guarda

SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE FAMÍLIAS ABRANGIDAS PELA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

Carla Maria Dinis Teixeira Casalta Ferreira
DEZEMBRO / 2022

POLI TÉCNICO GUARDA

Escola Superior de Saúde da Guarda

Instituto Politécnico da Guarda

SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE FAMÍLIAS ABRANGIDAS PELA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO
PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA

Professor(a) Orientador(a): Professora Doutora Fernanda Maria Trindade Lopes

Carla Maria Dinis Teixeira Casalta Ferreira
Dezembro / 2022

“É necessário continuar a investir na promoção da saúde e bem-estar da família, para que esta seja o lugar onde as crianças são desejadas, protegidas e cuidadas para crescerem com saúde e dignidade”

(Soares & Tavares, 2019).

AGRADECIMENTOS

De uma longa caminhada...

É com imenso orgulho que agradeço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, deram o seu contributo para que, dia após dia, tudo se tornasse mais fácil. No meu coração ficam vivências inesquecíveis e momentos emocionantes de todo um caminho difícil mas muito gratificante. A concretização do presente relatório encerra um percurso, uma senda com múltiplos desafios. Esta trajetória não teria sido possível sem o apoio, ajuda e ânimo de muitos. Mas é de elementar justiça destacar algumas pessoas.

Tendo em conta que ninguém entra na nossa vida ao acaso, agradeço à Professora Doutora Fernanda Lopes, minha orientadora, pela sua partilha de saberes, pelo seu caráter e coração. Com ela fiz esta caminhada feita com glória e com ela alcancei competências tão importantes para a minha prática profissional futura. A sua força foi uma bênção, um privilégio maravilhoso a que chamo Amizade. Agradeço-lhe por ter aceitado orientar este trabalho, pelo seu apoio, sugestões sempre oportunas e construtivas, pelo incentivo para poder ultrapassar os contratemplos vividos pelo caminho, obrigada por acreditar em mim.

Aos meus filhos e marido, minha força de viver, agradeço por toda a dedicação e por todos os miminhos! Foram momentos em que tanto abdicámos de estar juntos, mas lembrei-me sempre do vosso sorriso, carinho e alegria com que sempre me brindaram. Jamais deixaram de acreditar no meu sonho e comigo continuam a sonhar. Só vocês sabem o quanto difícil foi para mim estes últimos tempos, mas também só vocês tinham a certeza de que os conseguiria superar. Sempre acreditaram em mim, porque sempre me apoiaram, sempre me deram força e nunca desistiram de mim (nem me deixaram desistir do que quer que fosse)! Este trabalho é, para mim, mais uma grande vitória e dedico a vós porque, como todas as minhas pequenas vitórias, essas vitórias são tanto minhas quanto vossas.

Agradeço a todos os Enfermeiros orientadores, pelas suas orientações e sapiência, dois ingredientes valiosos, para que pudesse fazer face aos reveses e manter-me perseverante. Além de todo o apoio prestado, saliento ainda a forma interessada e pertinente como me acompanharam, bem como a confiança no meu trabalho. Todas as

críticas construtivas, as discussões e reflexões foram também, de igual modo, fundamentais ao longo de todo o percurso.

Agradeço a todos os restantes profissionais de saúde que me acolheram da melhor forma nas equipas, um ingrediente elementar para que tudo corresse pelo melhor.

Um enorme agradecimento à Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda pela enorme capacidade de perceção dos obstáculos a que fomos sujeitos sem contar. Do meu conhecimento, nenhuma outra escola demonstrou tanta compreensão, que extraordinário humanismo. Permitiram a realização de todos os estágios em períodos de exceção, sem pressionar a duração dos mesmos, bem como permitiram a mudança da data de *terminus* do curso. Fica um enorme respeito e admiração por esta Escola.

De igual modo, um agradecimento a todos os professores pelo contributo nos construtos teóricos que adquiri.

Aos meus companheiros de mestrado, pelos momentos de alegria e amizade.

Eternamente grata.

Gratidão por toda esta longa caminhada!

RESUMO

A realização deste relatório final de estágio surge no âmbito da obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil E Pediatria, ministrado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico da Guarda. Composto por duas componentes, a clínica e a de investigação. Na componente clínica este relatório tem as competências comuns e específicas dos Enfermeiros Especialistas e do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, onde é realizada, de forma crítica, reflexiva e baseada na evidência, uma descrição das atividades desenvolvidas e do contributo que a componente clínica teve no desenvolvimento pessoal e profissional. Na componente de investigação, realizou-se uma revisão crítica de um artigo sobre a intervenção precoce na infância na vida das crianças e suas famílias, tendo em conta critérios científicos. Este foi um percurso que possibilitou uma prática de enfermagem especializada, tão fundamental para a promoção de cuidados eficientes, seguros e de excelência.

A realização do estágio revela que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria desempenha um papel de destaque ao nível das boas práticas junto da criança/adolescente/família, seja em que situação que se encontre. Tendo por base esta premissa, o contributo pessoal de investigação consiste numa revisão crítica de um artigo científico, sobre a satisfação e qualidade de vida das famílias que usufruem de Intervenção Precoce na Infância em dois modelos de intervenção diferenciados, ou seja, em centros de especialidade e em contexto ecológico. Ficou demonstrado que, apesar de ambos os grupos de famílias revelarem satisfação face aos serviços recebidos, as que receberam intervenções baseadas nas suas rotinas de vida, em contexto familiar, relataram mais satisfação. Assim, concluiu-se que os pais de crianças com necessidades de saúde especiais ou em risco precisam de apoio profissional para poderem desenvolver capacidades parentais e o enfermeiro, trabalhando em conjunto com os outros profissionais da equipa multiprofissional em contexto ecológico, vê a oportunidade de apoiar a criança/família numa caminhada que feita em conjunto será mais fácil de trilhar.

Palavras-chaves: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria; Intervenção precoce na infância; Criança; Família.

ABSTRACT

This final internship report aims at obtaining the Master's Degree in Nursing in Child Health and Pediatrics, taught at the School of Health of the Polytechnic Institute of Guarda. It is composed of two components, clinical and research. In the clinical component, this report has the common and specific skills of Specialist Nurses and Specialist Nurses in Child Health and Paediatrics. It critically and reflectively describes the activities developed and the contribution of the clinical component to personal and professional development, based on evidence. In the research component, a critical review of an article on early childhood intervention in the lives of children and their families was carried out, taking into account scientific criteria. This was a path that enabled a specialized nursing practice, so fundamental to the promotion of efficient, safe and excellent care.

The completion of the internship revealed that the Nurse Specialist in Child Health and Pediatrics plays an important role in terms of good practices with the child/adolescent/family, whatever the situation. Based on this premise, the personal research contribution consists of a critical review of a scientific article on the satisfaction and quality of life of families who use Early Childhood Intervention in two different intervention models, i.e., in specialty centers and in an ecological context. It was shown that although both groups of families showed satisfaction with the services received, those who received interventions based on their life routines, in family settings, reported more satisfaction. Thus, it was concluded that the parents of children with special health needs or at risk need professional support in order to develop parenting skills and that the nurse, working together with the other professionals of the multiprofessional team in an ecological context, sees the opportunity to support the child/family on a journey that will be easier to follow together.

Keywords: Child Health and Pediatric Nursing; Early Childhood Intervention; Child; Family.

SIGLAS

ANIP - Associação Nacional de Intervenção Precoce

APA - *American Psychological Association*

CHUC - Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral de Saúde

DR – Diário da República

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ELI - Equipas Locais de Intervenção

EPI - Equipamento de proteção individual

IAC - Instituto de Apoio à criança

IPI - Intervenção Precoce na Infância

IPG – Instituto Politécnico da Guarda

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORL - Otorrinolaringologia

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SAP – Serviço de Atendimento Permanente

SARS-CoV - Severe acute respiratory syndrome coronavírus

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ULS – Unidade Local de Saúde

VSRH - Vírus Sincicial Respiratório Humano

ÍNDICE

	Pág
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO I - PERCURSO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	16
1- SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	18
2- SERVIÇO DE PEDIATRIA	27
3- REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS	40
CAPÍTULO II – CONTRIBUTO PESSOAL	43
1. SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE FAMÍLIAS ABRANGIDAS PELA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA	44
CONCLUSÃO.....	52
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	54

INTRODUÇÃO

O presente Relatório Final de Estágio foi realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, como consta no Regulamento nº 763 de 11 de setembro de 2020, e tem como objetivo demonstrar o percurso efetuado ao longo do curso e contextos clínicos de estágio, dando resposta ao desenvolvimento e aquisição de competências comuns do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, OE, 2019), competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem da Saúde Infantil e Pediátrica - EEESIP (OE, 2018), e competências de mestre.

A prática de enfermagem impõe a conjugação da teoria e da prática para se alcançarem competências efetivas na área de especialização. Por tal, ganha toda a relevância a realização dos estágios, que surgem com o propósito de complementar a formação teórica, representando uma etapa de aplicação dos conhecimentos aprendidos na prática profissional que podem promover a reflexão crítica e o aperfeiçoamento de habilidades em situações reais, levando ao desenvolvimento de um agir mais consciente, crítico e criativo. Os estágios em enfermagem são um sistema de formação e de experiências coordenados num ambiente académico e conducente à aquisição dos conhecimentos, competências e atributos essenciais para a prática da enfermagem profissional especializada (Ghazy et al., 2021, p. 255).

O estágio é uma experiência de aprendizagem que constitui a base para a aplicação dos conhecimentos, desenvolvimento de competências e socialização profissional. Por outras palavras, este é um espaço que faculta aos estudantes uma experiência prática em situações da vida real e incorpora atitudes, valores e crenças da prática profissional. O estágio visa proporcionar competências e experiências necessárias para qualificar o estudante como especialista competente em enfermagem (Stephen et al., 2020, p. 505). No caso dos enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de atuação, a aquisição de competências é a pedra basilar para alcançar a perícia. Define-se a perícia clínica como um híbrido de conhecimentos práticos e teóricos (Benner, 1984). Os enfermeiros clinicamente peritos distinguem-se dos seus colegas pela sua capacidade intuitiva de tomar decisões clínicas críticas de forma eficiente enquanto apreende o todo de uma situação. Os conhecimentos especializados influenciam o juízo clínico dos enfermeiros e a qualidade dos cuidados de saúde e desenvolve-se quando o enfermeiro testa e aperfeiçoa os conhecimentos teóricos e práticos na realidade das situações clínicas (Benner, 1984).

A experiência e a perícia são conceitos relacionados, mas diferentes. A experiência, segundo Benner (1984), consiste no tempo de prática e autorreflexão que permite que noções e

expectativas pré-concebidas sejam confirmadas, refinadas ou desconfirmadas em circunstâncias reais. O simples encontro das condições e situações não é experiência; pelo contrário, a experiência envolve enfermeiros a refletir sobre as circunstâncias encontradas para refinar a sua tomada de decisão de momento a momento a um nível inconsciente e intuitivo (Benner, 1984). A experiência é uma condição necessária mas não suficiente para a especialização e nem todos os enfermeiros com experiência são peritos (Benner, 1984). Por exemplo, Benner (1984) observou que vários anos de trabalho no mesmo serviço ou em situações similares podem criar competência; contudo, a passagem do tempo e a ocorrência de eventos e as interações não conferem automaticamente o estatuto de especialista. Como afirma a autora, existe uma descontinuidade ou um salto entre a perícia e o nível competente e perícia ao nível da proficiência e níveis de peritos. Uma explicação potencial para esta descontinuidade é que os anos de experiência podem proporcionar fluidez e flexibilidade, mas não o complexo pensamento reflexivo que tem de ser uma componente importante dos conhecimentos de enfermagem clínica (Benner, 1984). A autora observou que o desempenho clínico de enfermagem mais qualificado pode ser alcançado num ambiente de apoio, onde a aprendizagem clínica com colegas de todos os níveis de especialização tem lugar. Assim, considera-se que o estágio facilitou um ambiente de prática profissional, fomentando a autonomia clínica, a oportunidade de partilha de experiências e conhecimentos com enfermeiros especialistas, que ajudaram a desenvolver competências especializadas, tão fundamentais para a tomada de decisões e ações profissionais em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assim, as competências necessárias para a prestação de cuidados de excelência à criança/adolescente/família são alcançadas através das experiências obtidas, o que apresento no primeiro capítulo deste relatório. Os estágios implicaram uma análise reflexiva sobre o percurso realizado, que proporcionaram indiscutivelmente um crescimento pessoal e profissional.

O tema sobre o qual incide a investigação escolhida foi “satisfação e qualidade de vida de famílias abrangidas pela Intervenção Precoce na Infância”, através de uma recensão crítica, tendo por base que a promoção da qualidade de vida das crianças/adolescentes e famílias configura-se como um dever do enfermeiro, como consta no artigo 103º do estatuto da OE (OE, 2015).

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) tem evoluído ao longo dos anos. As suas práticas começaram por se focar apenas nas crianças dos zero aos seis anos de idade. Atualmente, o seu público-alvo são essas mesmas crianças, incluindo também as respetivas famílias e comunidades, tendo como base de aprendizagem e desenvolvimento das suas rotinas. Assim sendo, é necessário reformular os métodos de intervenção e o papel que os

profissionais da área necessitam de desenvolver, pois este também sofre múltiplas alterações, de forma a adequar-se às famílias e às suas rotinas (Verger & Skedsmo, 2021). Desta forma, passa-se de uma Intervenção Precoce na Infância centrada na criança para uma Intervenção Precoce na Infância centrada na família, baseada nas rotinas, incluindo o meio social e os três ministérios predominantes da intervenção – Educação, Saúde e Segurança Social, dando, assim, origem às Equipas Locais de Intervenção Transdisciplinares. Deste modo, o estudo tem como objetivo refletir criticamente, tendo em conta o estado de arte e a experiência profissional, sobre a satisfação e qualidade de vida de famílias abrangidas pela Intervenção Precoce na Infância, através da recensão crítica de um artigo, que foca o tema.

Este Relatório Final tem como objetivo descrever as atividades desenvolvidas para a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem e Saúde Infantil e Pediatria, tendo subjacente uma análise e reflexão crítica sobre o percurso formativo, integrando os contributos dos diversos contextos do estágio. Inclui ainda a componente de investigação, sendo um contributo pessoal, que consiste na recensão crítica do artigo de Verger et al. (2021), intitulado *Satisfaction and Quality of Life of Families Participating in Two Different Early Intervention Models in the Same Context: A Mixed Methods Study*, publicado na revista *Front. Psychol.*

O estágio foi desenvolvido no Serviço de Pediatria e Urgência Pediátrica tendo com base os objetivos do regulamento e funcionamento do Mestrado em Enfermagem, que foram os seguintes: a) Aplicar conhecimentos e capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediatria; b) Demonstrar capacidade de integração de conhecimentos para lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam dessas soluções e desses juízos ou que as condicionam; c) Comunicar as conclusões, conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e fundamentada; d) Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo; e) Demonstrar conhecimentos que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais em diferentes contextos de investigação em enfermagem especializada em Saúde Infantil e Pediátrica.

Pretende-se, assim, que este documento demonstre a transformação e edificação de um nível mais completo de competências profissionais desenvolvidas.

Este relatório encontra-se redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e cumpre as normas de citação e referenciação da sétima edição da *American Psychological Association* (APA, 2020).

CAPÍTULO I - PERCURSO E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Neste capítulo apresenta-se o percurso dos estágios desenvolvidos no Serviço de Urgência Pediátrica, numa Unidade Local de Saúde (ULS), e num Serviço de Pediatria da região centro de Portugal. Pretende-se demonstrar as aprendizagens realizadas em cada local de estágio, que permitiram a aquisição e o desenvolvimento das competências comuns e da enfermagem especializada em enfermagem em saúde infantil e pediatria.

Para Correia (2012), o termo competência é usado de forma tão indiscriminada e com variadas definições. Geralmente associado a qualificação, capacidades ou habilidades – cujo significado nem sempre é claro – compreende a mobilização adequada dos saberes em cada situação, em determinado contexto. Benner (2001) definiu competência como a capacidade para desempenhar uma função ou tarefa, com o desejável resultado, nas diferentes circunstâncias da realidade. A autora refere que a competência é demonstrada pelo enfermeiro que é capaz de demonstrar eficiência, tendo confiança nas suas ações.

A competência do enfermeiro reflete a essência complexa dos cuidados de enfermagem, pois acarreta uma abordagem holística a cada pessoa, na sua situação. A sua prática deve ser baseada na evidência científica e o enfermeiro constrói, num processo interativo entre si e o meio circundante, a sua competência profissional influenciada pela sua experiência, o meio em que se insere, as oportunidades que surgem, a sua motivação, conhecimento teórico e características pessoais (Correia, 2012). De acordo com Correia (2012), para o desenvolvimento da competência profissional do enfermeiro, o saber construído pela experiência, pela reflexão sobre a ação e na ação, é de importância fulcral dada a particularidade de cada pessoa que cuida e serve de alicerce para uma construção sólida de saberes que fundamenta o agir profissional.

Assim sendo, segundo a OE (2019), a competência é definida como a efetiva aplicação do conhecimento e das capacidades, demonstrativo de um nível de desempenho profissional. É imperativo ao enfermeiro especialista um aprimorar de competências a nível da gestão da qualidade e dos cuidados prestados, da responsabilidade ética e legal e do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, competências base da formação especializada em enfermagem e que são tidas como competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade. Para além destas, deve desenvolver competências específicas definidas como aquelas que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de

adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro de 2019, p. 4745).

A realização dos estágios constitui-se sempre como uma oportunidade para a aquisição e desenvolvimento de competências, quer relacionais, quer técnicas, tão fundamentais à prestação de cuidados. Neste sentido, o EESIP tem como missão prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/adolescente, proporcionando-lhe educação para a saúde, assim como a identificação e a mobilização dos recursos de suporte à família. Trabalhando em parceria com a criança/adolescente e família em qualquer contexto está a promover-se o mais elevado estado de saúde possível, assumindo um papel de relevo na satisfação das suas necessidades (OE, 2018).

Uma boa prática de Enfermagem só é possível se existir uma reflexão contínua sobre a *praxis*, o que permite compreender o que foi feito corretamente e o que deve ser melhorado, para alcançar cuidados seguros e de qualidade. Assim, a execução deste Relatório de Estágio configura-se como uma ferramenta de reflexão acerca do percurso realizado e uma mais-valia para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Procede-se à descrição das atividades e à reflexão sobre a aquisição de competências de EEESIP nos locais de estágio. Conhecer a estrutura orgânica e funcional dos locais onde decorreram os estágios assumiu importância, uma vez que foi um fator contributivo para a integração nas equipas multidisciplinares. Como tal, é essencial conhecer-se as estruturas físicas dos locais de estágio, antes de passar às atividades desenvolvidas para aquisição das competências de EEESIP e a respetiva análise crítica.

Iniciou-se o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica de uma ULS da região centro do País, integrado no Departamento de Saúde da Criança e da Mulher, alocadas ao Pavilhão 1 e 5 do edifício do hospital. O segundo contexto de estágio teve lugar num Serviço de Pediatria de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal.

Sendo assim, descreve-se o percurso pelos Serviços enunciados anteriormente, assim como as competências comuns e específicas de EEESIP, adquiridas ao longo destes. Atendendo a que existem competências de mestre que pertencem ao mesmo domínio que as competências de especialista, e que grande parte das atividades desenvolvidas em estágio são comuns e indissociáveis, existem competências que surgem agrupadas e toda a fundamentação é apresentada em conjunto.

1. SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica decorreu entre o dia 4 ao dia 31 de outubro de 2021, com carga horária de 144 horas, sob a orientação e supervisão de um EESIP.

O Serviço de Urgência Pediátrica, na altura, possuía uma equipa de enfermagem constituída pela Enfermeira Chefe e 16 enfermeiros, dos quais três são EEESIP, oito médicos em regime de internato e dois em regime de prestação de serviço, nove técnicos operacionais e uma secretária de unidade. Este serviço tem, devido à pandemia por COVID-19, duas áreas distintas: área respiratória e não respiratória. A Urgência Pediátrica está alocada, de forma temporária, ao bloco dois, até à realização das futuras obras. A área respiratória é formada por uma sala de espera com o balcão da secretária da unidade, casas de banho para utentes e funcionários, sala de triagem de enfermagem, sala de trabalho de enfermagem, dois gabinetes médicos, espaço de apoio ao utente, dois quartos (um berço e uma maca cada), sala de troca de fardamento e uma sala de arrumos. A área não respiratória é organizada por corredor adaptado para sala de espera; sala de triagem de enfermagem; sala de tratamento de enfermagem; antecâmara e sala de emergência, dois gabinetes médicos, gabinete da enfermeira chefe, um quarto para adolescentes com duas camas e outro para as crianças com duas camas e dois berços, com uma sala de vigilância. Para dar apoio a esta área existe um espaço para vestiário dos funcionários e outro para equipamentos respiratórios; copa e espaço de “*stoks*”.

O Serviço recebe crianças até aos 18 anos em situação de urgência/emergência, entre eles politraumatizados, assim como da área médico-cirúrgica e pela psiquiatria. Existe, assim, uma articulação importante entre a SUP e alguns serviços da instituição como ortopedia, cirurgia, otorrinolaringologia, gastro, bloco operatório central, psiquiatria e pediatria, assim como com o Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) para onde são encaminhados os casos de maior gravidade e que necessitem de especialidades que não existem na ULS.

Depois da inscrição da criança/jovem, através do cartão de utente, a equipa de enfermagem utiliza o SClínico Hospitalar – Urgência e Triagem na vertente de Manchester que está operacionalizada desde do dia 17 de novembro de 2020 (MS, 2020), para conhecer a causa da vinda à urgência, realizar a triagem e registar os procedimentos, as vigilâncias e os cuidados a prestar.

Os dados e informação registados pela equipa multiprofissional é partilha numa base de dados abrangente a profissionais de saúde de diversas áreas, contribuindo assim para um melhor acompanhamento e prestação de cuidados de saúde.

Durante o estágio neste serviço, houve a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem em variadas situações, múltiplas patologias tendo várias especialidades envolvidas. A diversidade de diagnósticos e situações em determinados doentes, fomentou a necessidade de aprofundar vários temas, através da pesquisa e revisão bibliográfica.

Destacam-se os inúmeros casos do foro respiratório: tosse, dispneia, febre, limpeza da via aérea comprometida, pieira (CIPE, 2018), atendidas na ala dos respiratórios cujo atendimento requeria uma abordagem com o respetivo equipamento de proteção individual (EPI), com máscara FFP2 e viseira, segundo as normas da DGS (2020), devido à situação pandémica por SARS-CoV-2 indo esta realidade ao encontro da realidade do Estágio anterior, pela época de inverno, em que se realizou. A utilização correta de EPI e procedimentos de contenção de infeções associadas aos cuidados de saúde adequados a cada situação garantem um ambiente terapêutico e seguro, coordenando, implementando e mantendo medidas de prevenção e controlo da infeção (OE, 2019) durante o atendimento as criança e acompanhantes evitando, não só o contágio e disseminação do SARS-Cov-2, mas também todas as outras doenças respiratórias altamente contagiosas.

Para além das infeções causadas pelo vírus COVID-19, mais de 25% de todo o atendimento pediátrico ambulatorio e hospitalar é causado por infeções respiratórias. Dessas, 90% são de causa viral. O Vírus Sincicial Respiratório Humano (VSRH) possui uma distribuição mundial, infetando crianças menores de 2 anos, com o pico de incidência dos 2 aos 6 meses, de outubro à primavera. Até aos 2 anos de idade, aproximadamente 95% das crianças foram infetadas pelo VRSR (Silva et al., 2020). Estando o SARS-Cov-2 associado às doenças respiratórias e o seu diagnóstico passar pela realização de zaragatoa nasofaríngea, que é um procedimento algo desconfortável e, por vezes, doloroso, foi necessário aplicar técnicas de distração e agilidade manual para tornar este procedimento o mais indolor e desconfortável possível. Assim, recorreu-se a técnicas de distração, nomeadamente o humor, o riso, o reforço positivo e os exercícios respiratórios e, nas crianças mais pequenas, a música e a sacarose foram as técnicas de eleição escolhidas. Carvalhais et al. (2022) realizaram um estudo descritivo, exploratório de natureza qualitativa, recorrendo a *focus group*, com amostra por conveniência de oito EEESIP, para identificar os seus conhecimentos acerca dos cuidados atraumáticos em contexto hospitalar pediátrico; identificar as intervenções e estratégias promotoras de cuidados atraumáticos implementadas pelos Enfermeiros Especialistas, bem como os obstáculos à implementação de cuidados atraumáticos nas práticas referidas pelos Enfermeiros Especialistas. O estudo revela que os Enfermeiros Especialistas atribuem muita importância aos cuidados atraumáticos em Pediatria, relatando que os implementam

consistentemente na sua prática. Todavia, identificam, como principais obstáculos à sua implementação, a escassez de tempo e de recursos.

Neste âmbito, importa salientar que duas das competências específicas do EESIP consistem em prestar cuidados de qualidade à criança/jovem e família nas situações de particular complexidade para a maximização da sua saúde, traduzindo-se em cuidados apropriados às necessidades reais do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (OE, 2018). Foi neste sentido que, ao longo dos estágios, se procurou sempre prestar cuidados de enfermagem especializados, incluindo intervenções promotoras de cuidados atraumáticos, tendo em consideração que cada criança/adolescente é um ser em desenvolvimento, com necessidades e vulnerabilidades. Por conseguinte, sempre que possível solicitou-se a parceria dos pais/cuidador principal, pois a criança precisa de “manter um vínculo afetivo contínuo com as pessoas e o ambiente que a rodeia. O enfermeiro deve possibilitar a manutenção desses vínculos através da prestação de cuidados atraumáticos” (Carvalhais et al., 2022, p. 33), o que requer competências de gestão diferenciada da dor e do bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/adolescente. A aplicação de conhecimentos e habilidades em medidas não farmacológicas para o alívio da dor é uma das competências do EESIP (OE, 2018).

Outras patologias que se seguiram foram os traumatismos, resultantes de queda, com escoriações, integridade cutânea e mobilidade comprometida assim como dor por fratura (CIPE, 2018), ocorrendo quer em contexto escolar, quer extracurricular. As quedas pediátricas não intencionais são a principal causa de idas à urgência pediátrica relacionadas com lesões para crianças, particularmente com idade igual ou inferior os 5 anos (Chaudhary et al., 2018). Tendo por base esta realidade, Chaudhary et al. (2018) realizaram um estudo para identificar características da população pediátrica, mecanismos de lesão, severidades e padrões de lesão entre as crianças com idade igual ou inferior aos 5 anos, para melhor informar sobre as estratégias de prevenção de quedas adequadas à idade. Contaram com uma amostra de 1086 crianças (mediana da idade = 28 meses, maioritariamente meninos (59,7%), 49,1% com uma altura de queda < 1 metros. As crianças mais novas, caíram principalmente da cama, em resultado do mobiliário do prestador de cuidados, enquanto que as crianças mais velhas sofreram mais quedas em parques infantis. As crianças com idade < 1 ano tiveram a maior proporção de lesões na cabeça, incluindo fratura craniana (63,1%) e hemorragia intracraniana (65,5%), as crianças de 2 anos tiveram a maior proporção de fraturas do fémur (32,9%) e as crianças de 4 anos tiveram a maior taxa de fraturas do úmero (41,0%). Os resultados de modelos de regressão logística multinominal sugerem que à medida que a idade aumenta, as probabilidades de uma queda com consequências graves (16-25) diminuirão (OR = 0,95, CI

= 0,93-0,97). Os autores concluíram que as quedas pediátricas não intencionais contribuem para um número significativo de lesões em crianças com idade < 5 anos. Esta realidade foi verificada no estágio no Serviço de Urgência Pediátrica, tendo-se colaborado na estabilização de várias fraturas e colocação de gesso, bem como tratamento de várias lesões, resultantes de quedas em crianças, maioritariamente, com idade igual ou inferior aos 5 anos.

Outras patologias que surgiram foi a diabetes *mellitus* tipo 1, em adolescentes com idade entre os 10 e os 12 anos, com febre, vômitos e dores abdominais que resultaram em alterações do metabolismo energético provocando hiperglicemias (CIPE, 2018), bem como doenças respiratórias, asma, bronquiolite bronquite aguda e infeções respiratórias. As doenças respiratórias são responsáveis por um número considerável de todas as urgências pediátricas, com destaque para a asma.

Em crianças, como referem Wild et al. (2017, p. 2), o controlo da asma tem uma relação direta com o cuidado exercido pelos pais ou cuidadores. As mesmas autoras acrescentam que “o conhecimento sobre a doença, a adesão ao tratamento, o uso adequado dos medicamentos e a informação são importantes aliados no controlo da asma”. Todavia, alegam que a baixa percentagem do “controlo da asma, o uso inadequado das medicações, os baixos índices de diagnóstico, o tratamento inapropriado, os mitos populares, a desinformação e a falta de monitorização podem refletir-se diretamente no agravamento da asma e nos reinternamentos hospitalares (Wild et al., 2017, p.2).

Face a estes pressupostos, assumiu grande importância uma intervenção que potenciou a prevenção de crises e a promoção da saúde da criança com diagnóstico de asma. Neste âmbito, em parceria com os pais/cuidador principal, fizeram-se ensinamentos e esclarecimentos de dúvidas, de forma a potenciar o bem-estar psicossocial, que deve ser avaliado durante a prática clínica para uma melhor abordagem holística e melhoria efetiva da saúde das crianças com este diagnóstico. Os programas de intervenção têm de ser adaptados e ter em conta a faixa etária das crianças.

A criança é particularmente suscetível a desenvolver doenças respiratórias, porque existem alguns fatores que favorecem essa evolução, como as características anatómicas e as especificidades fisiológicas e imunológicas (Ribeiro, 2016). As doenças respiratórias constituem-se como um importante problema de saúde pública e afiguram a principal causa de mortalidade em crianças menores de cinco anos de idade (Frauches et al., 2017; Brandão et al., 2017). De etiologia infecciosa ou não infecciosa, estas podem acometer as vias aéreas superiores (nariz e fossas nasais, seios perinasais, boca, faringe e laringe), estendendo-se ao ouvido médio e às vias aéreas inferiores (traqueia, brônquios, bronquíolos e pulmões)

(Frauches et al., 2017). Esta última localização, segundo Frauches et al. (2017), apresenta, em geral, maior gravidade. As doenças respiratórias são responsáveis por cerca de 25% de todas as consultas pediátricas e 10% representam casos de asma (Cutrera et al., 2017).

Segundo a Carta de Ottawa, a promoção da saúde é definida como o “processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar ou manter” (OMS - Carta de Ottawa, 1986). O enfermeiro tem um papel promissor na área da promoção da saúde na criança/adolescente e família, papel este que assume ainda maior relevo quando se refere a crianças/famílias/cuidadores com doença crónica em que é necessário que o enfermeiro desenvolva com a criança/família uma relação pautada pelo fornecimento de informações acerca da patologia e necessidades por ela imposta, assim como instrução e treino constante de utilização de dispositivos fundamentais, tendo em vista a promoção e apoio constante ao exercício do papel parental complexo.

O Enfermeiro Especialista Em Saúde Infantil E Pediatria

presta cuidados à criança saudável ou doente e trabalha em parceria com a criança e família para promover o mais elevado estado de saúde possível para cada criança; proporciona educação para a saúde e suporte à família/cuidadores de modo a otimizar a saúde; desenvolvendo a sua atividade em todos os contextos onde é requerida pelas crianças, jovens e suas famílias (OE 2012 p.2).

A intervenção dos EESIP junto da criança com diagnóstico de asma deve contemplar as orientações dadas à família/cuidador, abordando algumas temáticas de modo a que consigam gerir a doença, prevenindo crises e atuando precocemente nos episódios de agudização. Importa também referir que a criança e a família tornam-se parceiros fundamentais neste processo, dado que o tratamento adequado depende das avaliações diárias e da implementação de um plano de tratamento. Assim, como mostram as evidências, a compreensão da patogénese da asma pode ajudar as crianças/família a perceberem a relevância das recomendações que tendem a minimizar as crises e a potenciar a saúde. Por conseguinte, têm de ser detalhadas as expectativas de um bom controlo da patologia decorrentes de uma intervenção ajustada (Milligan, et al. 2016; Banjari et al., 2018).

A OE (2017), no seu Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, preconiza que

o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é especificado a partir da filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, que evidencia os cuidados centrados na família, com ênfase nas interações e processos comunicacionais que lhe estão subjacentes, e que decorram nos seguintes contextos: hospital; centros de saúde; rede de cuidados continuados; escola; comunidade; domicílio, de entre outros exemplos (OE, 2017, p. 4).

Ainda na ótica do exercício profissional centrado na família, Brito et al. (2017, p. 11) referem que, em todos os momentos do cuidar, o enfermeiro tem presentes

conceitos metaparadigmáticos de saúde, pessoa, ambiente e cuidado de enfermagem. A saúde é vista como uma representação mental da condição individual de saúde, como um conceito que varia ao longo do tempo (e por isso subjetivo), traduzindo um processo contínuo e dinâmico de equilíbrio que não pode descuidar o autocontrole do sofrimento e o bem-estar nas dimensões física, emocional e espiritual (Conselho de Enfermagem, 2001, citado por Brito et al. 2017, p.11), sem esquecer “a necessária adaptação às transições decorrentes do desenvolvimento infantil, ou acidentais, em estreita ligação, jamais a dissociando dos pais/família” (Brito et al., 2017, p. 11).

O foco de intervenção do EESIP deve ser centrado na criança e na família/cuidador, suportado pelo processo de reflexão sobre o agir e pensar em enfermagem. Ribeiro (2016, p.19) afirma que “o crescimento profissional evolui a partir do processo de aprender a aprender, da mudança na prática pela autocrítica, da consciência da tomada de decisão a partir da descrição das situações e da reflexão sobre essas situações”. A enfermagem deve contemplar os cuidados centrados na criança/família/cuidador principal para dar resposta às suas necessidades, de modo a capacitá-la para “saber, visionar e avaliar opções, planejar estratégias e soluções mútuas e identificar os comportamentos ou as ações para atingir os resultados” (Hoeman, 2011, p.12).

O estágio teve como base o Modelo de Parceria de cuidados de Anne Casey, que realça a importância dos pais/cuidador principal enquanto parceiros na prestação de cuidados à criança, e é uma das principais estratégias para alcançar um nível máximo do estado de saúde pessoal. Considerando que um dos principais objetivos da enfermagem é a maximização da saúde através da qualidade dos cuidados prestados, baseados em quadros concetuais que mobilizam diferentes conceitos e teorias, importa desenvolver um breve enquadramento acerca do modelo teórico de Anne Casey, assente nas pesquisas bibliográficas efetuadas acerca do mesmo, articulando-o com a sua importância para a prática dos cuidados à criança/família envolvida na Intervenção Precoce na Infância.

A presença e participação da família nos cuidados à criança doente é uma temática bastante reconhecida pela enfermagem. Diversos estudos deram ênfase à importância desta parceria entre enfermeiro e família para o desenvolvimento e bem-estar da criança aquando da hospitalização, mas também para a manutenção dos cuidados que continua a necessitar aquando da alta. Anne Casey desenvolveu o modelo de parceria de cuidados em 1988, sustentado na premissa que

“os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos e que os enfermeiros desenvolvem todo o planeamento de cuidados promovendo o envolvimento negociado

dos pais no processo de cuidar otimizando os seus conhecimentos e capacidades para o desenvolvimento do seu papel parental” (OE, 2012, p.3).

A capacidade dos enfermeiros para trabalhar em parceria com os pais é uma competência essencial para alcançar melhores padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os pais devem ser considerados e envolvidos pelos enfermeiros como parceiros no cuidar da criança. No entanto, o nível e tipo de participação devem ser orientados para os objetivos terapêuticos para alcançar os resultados pretendidos, previamente estabelecidos no plano de cuidados de enfermagem. Assim, a pesquisa em enfermagem é incitada a desvendar a intencionalidade terapêutica do envolvimento dos pais no cuidado da criança (Sousa, 2012). “A inclusão dos pais nos cuidados ao filho é largamente reconhecida como a melhor prática de enfermagem em serviços de pediatria, como essencial para a saúde e bem-estar da criança e dos pais e como um passo significativo para reduzir os efeitos traumáticos da hospitalização” (Sousa 2012 p.43).

Assim, foi fundamental, ao longo do estágio, estabelecer parcerias com a criança/família/cuidador principal, tendo-se em conta que parceria é mais do que a família/cuidador e enfermeiro concordarem com a intervenção, é fundamental que a família/cuidador tenha conhecimentos aprofundados sobre a situação da criança e saiba aplicar os conhecimentos que possui para conseguir gerir a situação de doença da melhor forma possível. Deste modo, os cuidados desenvolvidos pelo enfermeiro devem envolver a criança/família/cuidador em todo o processo de intervenção, tendo em consideração estas premissas, incentivando a participação dos cuidadores, avaliando e validando as suas necessidades e capacidades (Ribeiro, 2016).

Os enfermeiros podem ter um impacto positivo na vida não só das crianças, mas também dos pais, que têm necessidade de prestar cuidados às crianças doentes desenvolvendo também capacidade de avaliar e de trabalhar em parceria com pais, afim de dotá-los de capacidades para a responsabilidade completa dos cuidados (Sousa, 2012).

Neste sentido, foi possível constatar que a parceria de cuidados é uma mais-valia no cuidado pediátrico, tendo extrema importância quando se trata de crianças com doença crónica, como a asma e a diabetes, bem como crianças com Perturbação do Espectro do Autismo. Para que se possam desenvolver atividades de cuidado e promover a saúde da criança/adolescente, a família/cuidador é uma peça indispensável na manutenção dos cuidados. O enfermeiro deve atuar junto dos familiares destas crianças/adolescentes, tendo em conta que a Perturbação do Espectro do Autismo interfere diretamente no seu quotidiano e da sua família. Como tal, assumiu grande relevância dotar-se a criança/adolescente e a família de

literacia em saúde, através de uma relação de parceria, fomentando aquisição de conhecimento e habilidades que lhes permitiam o desenvolvimento de competências relativas ao papel parental complexo.

Esta complexidade está subjacente a qualquer situação de doença da criança, como é o caso da Perturbação do Espectro do Autismo. Neste sentido, contactou-se com uma criança do sexo masculino, à data do estágio, com três anos e nove meses. Em avaliação hospitalar datada de março de 2021, após a realização de exames médicos, a criança foi referenciada para consulta de desenvolvimento, devido à ausência de linguagem verbal e fraco contacto visual. Foi, depois, avaliado na consulta de especialidade, de neurodesenvolvimento e autismo em agosto de 2021, a pedido da médica de consulta de desenvolvimento por suspeita de Perturbação do Espectro do Autismo. Esta suspeita advinha das preocupações da Educadora de Infância que observou e avaliou a criança por volta dos 2 anos como tendo atraso na linguagem e agitação psicomotora, estando referenciado ao Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) para o ano letivo seguinte. A mãe relatou que o filho tinha comprometimento ao nível da linguagem e interação com contacto ocular pobre, não respondendo ao nome. Referenciou também que este fazia movimentos estereotipados, fechava os olhos e sacudia a cabeça, marchava na ponta dos pés e rodopiava sobre si. Posto isto, foi feita uma observação clínica e uma avaliação com recurso a instrumentos validados que permitiu confirmar o quadro clínico de Perturbação do Espectro do Autismo. Como fator protetor, evidenciou-se a ausência de alterações no desenvolvimento cognitivo.

Atendendo ao diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, a mãe referiu que foi elaborado um plano de intervenção:

- Iniciar a intervenção de equipa do SNIPI (a Equipa Local de Intervenção, ELI, da zona) e beneficiar das medidas de suporte à aprendizagem e inclusão ao abrigo do Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho, ajustadas ao perfil das dificuldades, devendo usufruir de turma reduzida, ser monitorizado por uma assistente operacional, ter apoio por docente de Educação Especial e Terapia da Fala, com vista à máxima otimização do seu potencial de aprendizagem;
- Monitorizar o seu comportamento sistematicamente, devendo a educadora da sala certificar-se se o educando se encontra a acompanhar as rotinas e o ritmo das atividades;
- Investir na realização de atividades desde o início, meio e fim;
- Aumentar o tempo da tarefa;
- Desenvolver tarefas que favoreçam o processamento visual;
- Utilizar linguagem precisa e clara, evitando o uso de termos vagos;

- Alternar as atividades mais ativas com atividades mais passivas de modo a otimizar o ritmo de produtividade;
- Utilizar reforços positivos e recompensa por comportamentos adequados e sucessos alcançados;
- Manter com regularidade a consulta no sentido de monitorizar a evolução e de responder atempadamente às suas necessidades.

Neste seguimento, de acordo com o relatório de avaliação da Equipa Local De Intervenção, foram realizados dois momentos de avaliação, o primeiro no dia 29 de julho, através de observação direta, em contexto natural e entrevista não estruturada à educadora titular. O segundo momento de avaliação realizou-se, no dia 13 de agosto, através de entrevista não estruturada com a mãe e a educadora titular, tendo sido também partilhadas estratégias. Ainda de acordo com o mesmo relatório, segundo a mãe, na observação da criança em contexto escolar, foi possível constatar que a criança não partilhava atenção conjunta, evitava contacto ocular e não reagia ao nome. Frequentemente recorria a estereotipia verbal, sons isolados e sem significado. Revelava também procura sensorial proprioceptiva e vestibular, marcha em bicos dos pés e necessidade de estar, de forma constante em movimento pela sala, não permanecendo numa tarefa de grupo na qual tivesse que estar sentado. Verificou-se, contudo, que quando lhe era fornecido estímulo proprioceptivo, a criança mudava o seu comportamento e permanecia mais calma.

Relativamente à alimentação, de acordo com a informação da mãe e tendo em conta também as informações que a educadora de infância lhe dava, a criança tinha uma alimentação diversificada, não se evidenciando recusa ou seletividade alimentar. A criança ainda revelava interesse por se alimentar de forma exploratória, não sendo ainda recetiva à utilização de talher. Num segundo momento da avaliação pela Equipa Local De Intervenção, a mãe partilhou as suas preocupações face ao desenvolvimento e comportamento do filho. A mãe partilhou alguns momentos da sua rotina diária, dos interesses (legos, caixas, brinquedos do banho) e envolvimento da criança. Foram partilhadas algumas estratégias com os cuidadores (mãe e educadora), as mesmas referenciadas anteriormente na consulta de neurodesenvolvimento. Pelo anteriormente exposto e a fim de estimular e potenciar o desenvolvimento de todas as suas capacidades, sugeriu-se o acompanhamento direto de Terapia da Fala, Terapia Ocupacional, em contexto natural. O facto de ter contactado com este caso reforçou ainda mais a necessidade de uma reflexão sobre a importância do enfermeiro na Intervenção Precoce Na Infância em crianças com necessidades de saúde especial.

2. SERVIÇO DE PEDIATRIA

O estágio no internamento de Pediatria num Centro Hospitalar da região centro do país, decorreu entre de oito de novembro a cinco de dezembro de 2021. A escolha deste local de estágio prendeu-se com o objetivo de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, através de uma abordagem e visão diferentes, de acordo com a competência inerente ao enfermeiro especialista, bem como por ser o local onde se exerce a profissão há vinte e quatro anos.

O Serviço de Pediatria, com a construção do novo hospital, passou a funcionar no 2º piso da referida unidade hospitalar, contíguo à Unidade de Neonatologia, desde o dia 17 de julho de 1997. Tem como filosofia respeitar a Declaração dos Direitos da Criança e a Carta da Criança Hospitalizada (Leiden, 1988), na assistência às crianças e adolescentes, sem qualquer tipo de discriminação e procurando dar aos utentes e suas famílias as melhores condições possíveis, de modo a minimizar os efeitos negativos do internamento. Os cuidados são prestados em equipa multidisciplinar e norteiam-se na procura de qualidade técnica, científica e humana crescentes, investindo na informação e formação contínua dos profissionais. Os cuidados são programados e executados em parceria com os cuidadores das crianças/jovens, num sistema que os valoriza como cuidadores privilegiados, com vista à sua rápida autonomia e independência em relação a cuidados de outros.

A sua missão é prestar cuidados a crianças e jovens nas três áreas de atuação: prevenção, tratamento e reabilitação, tendo ao dispor diferentes especialidades médicas: pediatria médica, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia (ORL), ginecologia, neurocirurgia, pedopsiquiatria, e outras subespecialidades, reduzindo o mais possível o tempo de internamento e privilegiando o acompanhamento das crianças pelos seus cuidadores.

Rege-se pelos seguintes objetivos:

Prestar cuidados à criança/jovem, em situação de saúde ou doença, de acordo com a filosofia do serviço e visando sempre a qualidade, em consonância com os objetivos institucionais e política de saúde atual;

Envolver os pais nos cuidados aos seus filhos, como parceiros e garantes da sua continuidade no ambiente familiar;

Reduzir o mais possível a permanência da criança/jovem no hospital, agilizando todos os processos e incluindo todos os profissionais necessários, em equipa multidisciplinar, trabalhando em função dos interesses de saúde da criança e família;

Participar na formação inicial ou pós-graduada de enfermeiros ou outros profissionais, assumindo os compromissos da instituição e visando também responder às necessidades do serviço.

O Serviço de Pediatria é constituído por duas unidades funcionais para internamento, quer do foro médico, quer do foro cirúrgico, de crianças e adolescentes, dos 28 dias até aos 18 anos. Em situações especiais poderá internar crianças com idade inferior a 28 dias e adultos até vinte e quatro anos se houver necessidade, devido à sua situação de dependência, do acompanhamento do cuidador. As duas unidades de internamento possuem 30 camas, divididas por 2 setores: 1 setor da infância com 14 camas (pré-escolar e escolares); 2 setor de adolescentes com 16 camas. Existe ainda um espaço dedicado ao Ambulatório/Hospital de Dia com 13 camas, (regulamento próprio). Em ambos os setores existem quartos de isolamento sempre que a situação o exija (doenças infetocontagiosas, doenças terminais e outras situações justificadas). Com o surgimento da pandemia por SARS-Cov-2, houve necessidade de criar uma zona SARS-Cov-2, ficando o primeiro setor com 4 quartos reservados para esse fim e os outros quartos como área doenças respiratórias. Fazem parte ainda do serviço vários consultórios, um clube de jovens, uma salinha de brincar para crianças mais pequenas, salas de tratamentos, refeitório, instalações para pais, etc.

A Equipa de Enfermagem é composta por 18 elementos:

- 1 Enfermeiro Gestor;
- 6 Enfermeiros EESIP;
- 1 Enfermeira Especialista em enfermagem de Reabilitação;
- 1 Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica;
- 9 Enfermeiros de cuidados gerais.

A Equipa Médica é composta por:

- 1 Diretor de Serviço;
- 2 Assistentes de Pediatria
- Internos da especialidade;
- 2 Cirurgiãs Pediátricas;
- Outras especialidades que dão apoio à Pediatria (Ortopedia, ORL, Oftalmologia, Psiquiatria, Serviços Sociais, Nutricionista, etc.).

A Equipa de Assistentes Operacionais é composta por 10 elementos.

A Equipa de Educação é composta por:

- 2 Professoras do Ensino Básico/Secundário;
- 1 Educadora de Infância.

A Equipa de Assistentes Técnicas é composta por:

- 1 Secretária da Direção;
- 2 Secretárias de Unidade.

O Internamento de Pediatria possui o equipamento próprio e o mais apropriado para as crianças, proporcionando cuidados com segurança e eficácia devidas. Deste material destaca-se:

- 2 carros de reanimação com desfibrilhadores;
- Monitores cardíacos;
- Bombas perfusoras;
- 1 cadeirão para os pais junto de cada cama pediátrica;
- Material de ORL para observação de crianças deste foro.

O funcionamento regular do serviço conta com a articulação entre os diferentes grupos profissionais, dentro das elementares regras de respeito pela área de competência de cada um, assim como é privilegiado um clima que proporciona o bom ambiente de trabalho.

O estágio no Serviço de Pediatria teve um importante contributo no desenvolvimento enquanto futura EEESIP, sobretudo ao nível dos cuidados e particularidades inerentes à criança/família com doença crónica. Atualmente, as instituições e os serviços estão organizados e preparados para dar resposta a situações de doença aguda e acompanhamento a crianças com patologia crónica em regime de ambulatório e domiciliário. O serviço de pediatria é um exemplo dessa prática, sendo que a maioria das crianças internadas tinham patologias crónicas com algum tipo de agudização, que exige, num determinado período de tempo, recursos e vigilância hospitalar, garantindo assim o cumprimento do artigo 1º da Carta da Criança Hospitalizada - “A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia” (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2009, p. 11).

As expectativas no início do estágio eram muito elevadas, considerando que este campo de estágio seria muito enriquecedor para o desenvolvimento profissional.

Ao longo do estágio, demonstraram-se conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, recorrendo sempre que necessário à literatura científica atual, implementando respostas de enfermagem apropriadas, tendo encaminhado as crianças doentes que necessitem de cuidados de outros profissionais, nomeadamente: Assistente Social, Dietista, Fisioterapia, etc. Teve-se a oportunidade de identificar evidências emocionais de mal-estar psíquico, situações de risco, por exemplo, num adolescente institucionalizado, privado dos pais, com doença inflamatória intestinal, que começou a recusar alimentação, dormia muito, fácies triste, e que falava várias vezes em por termo à vida. Face às queixas das assistentes operacionais em termos de impróprios quando o abordavam, foi importante dialogar com este jovem, não com a intenção de reprimir, mas saber ouvi-lo, sentir no fundo as suas emoções, as suas angústias. Facilmente se verificou a falta de afetos e carinhos por parte dos familiares, o que reforçou ainda mais a necessidade de estabelecer uma relação empática com o mesmo, não como profissional de saúde, mas como uma amiga, uma “mãe”. Assim, ganhou-se a sua confiança, verificando-se que a sua atitude foi mudando aos poucos e quando teve alta clínica despediu-se com um abraço emocionado. Os pais cuidadores foram sensibilizados para o risco de violência, consequências e prevenção. Teve-se a oportunidade também de avaliar conhecimentos e comportamentos da criança/jovem família relativos à saúde, bem como se facilitou a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família, fornecendo-lhes informação através de panfletos existentes no serviço.

Teve-se ainda a oportunidade de mobilizar conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, através da monitorização dos sinais vitais e tendo sempre os valores de referência de acordo com a idade, da observação direta da criança, realizando o balanço hídrico, promovendo sempre a segurança nos cuidados. Demonstraram-se conhecimentos e habilidades em suporte básico de vida pediátrico, revendo: procedimentos, fármacos de emergência, equipamentos de suporte em reanimação, operacionalização do carro de emergência, bem como se geriram as medidas farmacológicas de combate à dor de acordo com a idade e gravidade da situação, o que requereu conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor: uso de sacarose nos lactentes, crioterapia, atividades lúdicas, jogos, massagens, etc.

A doença crónica é uma condição que leva toda a estrutura familiar a assumir novas exigências, alterações nas suas rotinas, internamentos frequentes, necessitando, por parte do enfermeiro, de um apoio e acompanhamento de proximidade e específico à criança e família. Este acompanhamento, promovido através de uma relação de empatia e confiança, exige, por parte da equipa de saúde, em particular do enfermeiro o desenvolvimento de uma parceria de

cuidados que facilite a educação terapêutica de ensino, instrução e treino, capaz de promover o papel parental especial ou complexo, através da capacitação, para a satisfação das necessidades dos seus filhos em situação de doença, rumo à autonomia e bem-estar.

Ao longo do estágio desenvolveu-se uma relação com a criança/família, garantindo-se confidencialidade, respeito pelos valores, costumes e crenças, estabelecendo em conjunto com a equipa, uma comunicação de empatia, mais próxima dos pais, e conseqüentemente mais eficaz na gestão da ansiedade e receios demonstrados. Esta comunicação permite dar respostas, evitando possíveis situações de stresse ou frustração geralmente causadas pela ansiedade e falta de informação.

Este estágio foi realizado em pleno estado de emergência decorrente da pandemia por SARS-Cov-2, estando, assim, as visitas impedidas, permanecendo a criança com um familiar que o acompanhava em todo o internamento. Este constrangimento, que era inevitável, deixou a criança e família numa situação de maior fragilidade, decorrente do afastamento do seu ambiente familiar, faltando a alegria e os momentos prazerosos quando visitados pelo cônjuge/filhos, etc. Neste período atípico, os Enfermeiros/Enfermeiros Especialistas precisaram de estar mais atentos aos momentos de tristeza e ansiedade para ouvir e apoiar, sobretudo em internamentos prolongados.

A prestação de cuidados no serviço de internamento de pediatria obedece ao Regulamento dos padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (OE, 2017) onde é preconizado a Filosofia de Cuidados centrados na Família e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Este último, assenta no pressuposto de que os pais são os melhores cuidadores da criança, proporcionando o seu crescimento e desenvolvimento saudável. O mesmo modelo descreve a enfermagem pediátrica como um processo de negociação partilhada em que é respeitada a família nas suas competências, desejos e necessidades (Sousa, 2012). Ao longo do estágio, a criança e a família foram encaradas como parceiros nos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades, restituindo-lhes o poder de decisão e de participação, de forma a maximizar a autonomia e bem-estar na gestão da doença. O Modelo de Parceria de Cuidados, desenvolvido por Anne Casey tem como princípio básico os cuidados centrados na família. Tendo em conta os pressupostos deste modelo e tendo-se contactado com uma criança com PEA, com quatro anos de idade, que se encontrava internada na Pediatria, verificou-se que esta estava muito agitada, com movimentos estereotipados, sem resposta verbal e pouco cooperante, procurou-se envolver mais a mãe nos cuidados prestados, incluindo uma boa comunicação, explicações claras e atitudes calorosas. Para que a criança ficasse mais calma e cooperante, recorreu-se a objetos de interesse especial da criança, como o *Tablet* e brinquedos, bem como se solicitou à mãe

que lhe lesse uma história de agrado da criança, como era habitual no seu domicílio. Constatou-se, assim, que os pais desempenham um papel fundamental nos cuidados prestados à criança hospitalizada, como parceiros da equipa de enfermagem, assumindo-se como um elo de ligação, os mediadores do processo entre a criança e a equipa de enfermagem, pois, como defende Casey (1993; p.195), “ninguém como os pais conferem proteção, carinho estímulo e amor, valores essenciais para preservar o crescimento e desenvolvimento da criança”. Assim, a criança passou a sentir-se mais segura e confiante, resultado do envolvimento da mãe nos cuidados. Pela relação empática estabelecida com a mãe da criança, constatou-se que esta ainda já estava referenciada para IPI. Assim, enquanto elemento integrante da Equipa Local de Intervenção transdisciplinar, reforçou-se a importância da IPI para o desenvolvimento da criança e apoio à família, como um todo.

A família é quem mais influencia o crescimento e desenvolvimento da criança, são os principais responsáveis pela prestação de cuidados. Este modelo não exclui o envolvimento de outros. Farrell (1992) denomina cuidados familiares, todos aqueles que são prestados pelos pais ou outros familiares para satisfazer todas as necessidades quotidianas da criança

O enfermeiro pediátrico tem de assumir um conjunto de responsabilidades enquanto profissional de saúde e prestar cuidados de forma eficiente. Este presta cuidados de enfermagem envolvendo a família, nomeadamente no ensino e transmissão de conhecimentos, orientação e apoio técnico, encaminhamento para outros profissionais (Farrell, 1992). Os cuidados de enfermagem ou cuidados especializados são da responsabilidade do enfermeiro deixando aos pais o papel de prestadores de cuidados familiares. No entanto, em certas circunstâncias, em que já foram instruídos, os pais prestam cuidados perante as necessidades emergentes e mediante a negociação e a supervisão do enfermeiro.

O método de organização de cuidados no serviço de internamento de pediatria é o dos cuidados individualizados, segundo o qual, cada enfermeiro, se responsabiliza pela globalidade dos cuidados às crianças e famílias durante o turno de trabalho. Também este respeita o conceito de cuidados individualizados, no qual existe um enfermeiro que fica sempre que esteja de serviço, responsável pelos cuidados prestados aos seus doentes durante todo o internamento, sendo o seu principal objetivo o cuidado humanizado. Este método é “promotor da comunicação entre os vários intervenientes no processo de cuidar e do desenvolvimento de relações de confiança, uma vez que pressupõe que haja um menor número de intervenientes no processo de cuidados, facilitando o trabalho em parceria com os pais durante o internamento e também após a alta, concedendo maior espaço ao afeto, ao sentimento de segurança, de apoio e confiança, dimensões essenciais no processo de cuidar humanizado” (Almeida, 2016, p.32).

Constatou-se que a equipa é muito dinâmica, que promove métodos interativos de suporte aos pais. Este apoio é muito importante para as crianças, pois permite-lhes receber apoio, instrução e treino facultado pelo enfermeiro de referência, possibilitando conforto a estas crianças e famílias, que, por vezes, com viagens longas, chegam ao hospital cansados, e em algumas situações com descompensação da sua patologia de base. Apesar do método de trabalho ser o individual, o trabalho em equipa é muito importante. Ao longo destas semanas, procurou-se colaborar no trabalho em equipa com os restantes enfermeiros, dentro daquilo que eram as capacidades e competências exigidas.

Teve-se a oportunidade de participar ativamente na avaliação das situações, na elaboração do plano de cuidados em função dos problemas identificados, na prestação de cuidados de enfermagem e realização de cuidados antecipatórios. Desta forma, desenvolveram-se competências técnicas e também relacionais e comunicacionais, tendo em consideração a própria experiência profissional na área pediátrica foi facilitadora da participação ativa nos cuidados, o que foi bastante positivo.

No serviço de pediatria estão internadas crianças/famílias com patologias crónicas, com equipamentos/dispositivos e cuidados a eles inerentes, com os quais não se estava familiarizada. Para tal, tinham-se definido alguns objetivos de forma a colmatar estas lacunas, como no caso da prestação de cuidados à criança/jovem e família com doença crónica com necessidade de ventilação não invasiva e/ou com gastrostomia. Considera-se que estes objetivos foram atingidos, pois teve-se a oportunidade de prestar cuidados a uma criança com traqueostomia e a várias com gastrostomia ao longo de todo o estágio. Para atingir estes objetivos foi essencial a ajuda/demonstração das enfermeiras tutoras, assim como a realização de pesquisa bibliográfica e consulta de normas e protocolos do serviço em vigor, com vista à fundamentação teórica, de forma a aprofundar, adquirir e mobilizar conhecimentos que facilitassem o desenvolvimento das capacidades requeridas em cada contexto.

Procurou-se também atuar em prol da melhoria da qualidade, todavia, devido ao facto de o tempo de estágio ter sido reduzido e também marcado por restrições impostas pela pandemia por SARS-Cov-2, não foi possível colaborar ou dinamizar algum projeto nesta área ou para participar na elaboração de guias de boas práticas. Desta forma, o contributo pessoal passou pela partilha de experiências, conhecimentos e práticas com a equipa.

A diabetes *mellitus* tipo 1 é outra patologia crónica que implica internamentos frequentes neste serviço, nomeadamente crianças com episódio inaugural ou aquando de descompensação, como a cetoacidose. Apesar de diversas vezes prestar cuidados a estas crianças no Serviço de Urgência, definiram-se alguns objetivos neste âmbito, dado que aquando do episódio inaugural é no serviço de pediatria médica que se desenvolvem

intervenções de educação terapêutica junto da criança e família. Foi importante desenvolver competências que favorecessem a capacitação para a autonomia e autogestão através do ensino, instrução e treino na avaliação da glicemia capilar, administração de insulina e gestão da alimentação e atividade física diária.

Durante o estágio aconteceram internamentos por diagnósticos recentes de diabetes *mellitus* tipo 1, tendo-se colaborado com a enfermeira responsável no acompanhamento de algumas destas crianças. Verificou-se que, no geral, as crianças e famílias em poucos dias, sob supervisão da enfermeira, já conseguem realizar a autovigilância e autoadministração da insulina, apesar do receio e ansiedade que naturalmente sentem e manifestam aquando do diagnóstico inaugural no Serviço de Urgência, facto que se deve ao apoio, instrução e treino constantes fornecidos pela equipa multidisciplinar. Neste sentido, cuidou-se de uma criança de 9 anos de idade com diabetes *mellitus* tipo 1 inaugural, o que implicou fazer-se um diagnóstico das necessidades especiais e incapacidades na criança e sua família para lidarem com a doença. Capacitou-se a criança e a família para a adoção de estratégias de *coping*, de adaptação e autocontrolo da doença, promovendo-se uma relação dinâmica com esta díade com adaptação adequada, bem como se adequou o suporte familiar e apoio escolar. Neste sentido, considera-se ter demonstrado, na prática, conhecimento sobre estratégias promotoras de esperança. É de salientar também que se referenciou a criança para instituições de suporte e para cuidados de especialidade. Teve-se o cuidado de uniformizar os cuidados de enfermagem no ensino/educação à criança/adolescente com diabetes *mellitus* tipo 1, capacitar a criança/adolescente e os seus pais/cuidadores para o autocontrolo da diabetes *mellitus* tipo 1 e contribuir para a diminuição das complicações precoces e tardias associadas a esta patologia.

Ocorreram também casos de adolescentes com anorexia nervosa, que consiste num distúrbio alimentar com início de pico na adolescência, com a maior taxa de mortalidade de todas as doenças psiquiátricas. É normalmente comórbida com outros problemas de saúde física e mental (Petkova et al., 2019; Neale & Hudson, 2020). Embora seja uma perturbação psiquiátrica (e de facto é a mais letal de todas as perturbações psiquiátricas, com taxas de mortalidade 5,86 vezes superiores às da população em geral), cerca de metade das mortes são atribuíveis a complicações físicas associadas à fome (Neale & Hudson, 2020). A um nível mais prático, a anorexia nervosa apresenta desafios particulares para os enfermeiros, o que requer formação, conhecimentos com base nas melhores evidências científicas e compreensão da condição e como trabalhar com os adolescentes e pais/cuidador principal. A corroborar, Sampaio (2021) refere que se estima que mais de 13% dos adolescentes na faixa etária dos 10-19 anos experienciem um transtorno mental diagnosticado. Das hospitalizações por

transtornos alimentares no Serviço Nacional de Saúde, a maioria terá, como causa, a anorexia nervosa que, a nível dos transtornos de saúde mental, é a que tem mais expressão a nível da mortalidade. Neste sentido, o EEESIP deve desenvolver programas de prevenção dos transtornos alimentares, sendo, segundo as evidências científicas, as mais eficazes as que se baseiam na dissonância cognitiva (Sampaio, 2021). O EEESIP, num trabalho colaborativo com outros profissionais de saúde, deve considerar a sua atuação na prevenção dos transtornos alimentares. Face ao caso com que se contactou no estágio, procurou-se envolver a família nos cuidados ao adolescente, num sentido de promoção da saúde. Manteve-se com esta díade uma relação de empatia, tendo ocupado destaque as intervenções de apoio psicológico, numa permanente atitude de saber ouvir, dando-lhes espaço para expressar os seus sentimentos e tirar dúvidas, propondo uma terapia familiar, sendo esta a mais eficaz, nestes casos, como refere Sampaio (2021). Neste sentido, facilitou-se a comunicação expressiva de emoções com jovens com baixa autoestima, reforçando a sua imagem corporal positiva, com reforço da tomada de decisão responsável na melhoria do seu estado de saúde e negociou-se o contrato de saúde com o adolescente, com conseqüente levantamento de restrições impostas no ato de admissão.

Teve-se a oportunidade também de intervir em vários casos de crianças internadas por Pneumotórax, bronquiolites e asma. Importa referir que o pneumotórax consiste numa patologia pouco comum em idade pediátrica, que pode ocorrer de forma espontânea ou ser adquirido, cujo tratamento objetiva a resolução do quadro de apresentação e a prevenção da sua recorrência. O prognóstico destes casos, por norma, tende a ser bom. Rodrigues (2019), no seu estudo que consistiu na revisão de 14 processos correspondentes a 10 casos de doentes pediátricos portugueses, constatou: Pneumotórax Espontâneo Primário (79%) doentes, Pneumotórax Espontâneo Secundário dois (14%) e Pneumotórax Adquirido num (7%), tendo presentes os seguintes fatores de risco: 20% das crianças viviam com progenitores fumadores, 10% eram prematuras, 10% tinham diagnóstico de asma, 20% com Fibrose Quística e 30% possuíam outra doença pulmonar. O sintoma mais referido em 86% dos casos foi a dor, em 36%, a dispneia em cinco e a tosse em 29%. Para confirmar o diagnóstico foi realizada telerradiografia de tórax em todas as crianças e em 50% foi realizado, *a posteriori*, tomografia computadorizada. Todos os doentes efetuaram oxigénio suplementar, com analgesia prescrita em 93%, drenagem torácica em 57% e a cirurgia em 21% dos casos, todos episódios de recorrência. De acordo com a mesma autora, as evidências científicas descrevem como fatores de risco para o Pneumotórax, doenças pulmonares crónicas, particularmente asma e fibrose quística. Alguns estudos referenciam ainda a prematuridade como um fator de risco. A grande maioria dos estudos apresenta diversos episódios em pessoas com doenças do tecido

conjuntivo, como, por exemplo, Síndrome de Marfan. No caso que se teve a oportunidade de contactar, a criança apresentava o diagnóstico de asma, com sintomatologia de dor torácica, tosse e dispneia. Rodrigues (2019, p. 13) refere que “a principal forma de apresentação do Pneumotórax, independentemente da sua causa, é o surgimento de forma súbita de dispneia e dor torácica tipo pleurítica, que poderá irradiar para o ombro homolateral”. A abordagem terapêutica inicial foi de forma conservadora, consistindo no controlo da dor, para redução do desconforto da criança e do fornecimento de oxigénio suplementar. A realização de drenagem do ar da cavidade pleural e utilização de oxigénio suplementar, como refere Rodrigues (2019, p. 13), ajuda

na reabsorção do ar presente na cavidade pleural, sendo recomendado oxigenoterapia em alto débito, de modo a provocar um aumento da pressão alveolar de oxigénio, criando um gradiente entre a pressão parcial de nitrogénio do ar presente na cavidade pleural e presente nos capilares, sendo este benefício mais evidente em doentes que apresentam Pneumotórax de grandes dimensões.

Apesar de a asma ser uma das patologias mais frequentes em Pediatria, como referem Aquino e Salgado (2017), no período do estágio apenas esteve internada uma criança com esta patologia respiratória. Tendo o estágio decorrido no período de confinamento por pandemia SARS-Cov-2 e com utilização obrigatória de máscaras de proteção, registaram-se menos infeções respiratórias que o habitual. Ainda assim, houve a oportunidade de reforçar orientações à criança e família acerca da utilização da câmara expansora utilizada no regime terapêutico, assim como identificação dos sinais de dificuldade respiratória.

Ao longo do estágio houve a oportunidade de planear e prestar intervenções a um recém-nascido transferido da unidade de cuidados intensivos com o diagnóstico de síndrome de abstinência neonatal. Foi possível, com a enfermeira responsável e em conjunto com a mãe, estabelecer um plano promotor da parentalidade, promovendo ao longo de todo o internamento a vinculação do recém-nascido, ensinando e incentivando a mãe a prestar cuidados ao bebé, como o banho, preparação do leite e cuidados a ter com a alimentação. Aquando da alta, foi estabelecido contacto com a enfermeira de família de forma a transmitir a informação de todo o processo de cuidados durante o internamento, de forma a promover a continuidade dos mesmos e a vigilância/apoio às necessidades desta família no domicílio.

A promoção de cuidados não traumáticos, consignados na Convenção dos Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada está muito presente na prestação de cuidados neste serviço. Existe esforço de toda a equipa multidisciplinar em permitir a oportunidade para que a criança e o jovem se possam expressar, transformando assim o hospital num ambiente menos agressivo, assim como estimular a presença e participação parental, manutenção das

rotinas, minimizar a perda de controlo e autonomia, e promover atividades lúdicas adequadas ao estágio de desenvolvimento.

A gestão da dor é uma grande preocupação de toda a equipa, verificando-se vários episódios em que, foi necessário ajustar os horários da prestação de cuidados de acordo com a avaliação da dor da criança, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o seu alívio. Tive oportunidade de colaborar em colheitas de sangue e colocação de cateteres venosos periféricos, recorrendo a estratégias de alívio da dor, nomeadamente à administração de sacarose, incentivo à presença dos pais, distração e imaginação guiada, de acordo com a faixa etária das crianças em questão. A gestão adequada da dor em pediatria é um indicador da qualidade dos cuidados de saúde, pelo que uma prática baseada em recomendações baseadas em evidências é indispensável. Neste âmbito faz-se referência ao estudo de revisão sistemática de Correia et al. (2020) que teve como objetivo identificar critérios/normas para práticas de qualidade na prestação de cuidados de enfermagem para a gestão da dor em crianças. Foram identificadas as seguintes recomendações: abordagem multidisciplinar da dor através da avaliação sistemática; intervir até a criança não ter dor, utilizando medidas farmacológicas e não farmacológicas; utilização de lidocaína tópica em procedimentos invasivos; ajustar o algoritmo da escala de avaliação da dor; considerar outros fatores, tais como linguagem, etnia e fatores culturais que possam influenciar a expressão e avaliação da dor; fornecer aos pais/cuidadores informações escritas sobre o aconselhamento e avaliação da dor na alta; obter autorrelatos da criança sempre que possível; a formação contínua e sistemática de enfermeiros tem impacto na valorização da dor e na administração de analgésicos. Estas recomendações obtidas definem uma orientação na gestão da dor pediátrica e contribuem para a implementação de excelentes práticas e melhoria da qualidade das intervenções de enfermagem/saúde.

Friedrichsdorf e Goubert (2020) referem que a gestão, prevenção e tratamento da dor em doentes pediátricos em comparação com adultos é frequentemente inadequada, mas também menos vezes implementadas quanto mais novas são as crianças. As crianças dos 0 aos 17 anos são uma população vulnerável. Neste contexto, realizaram um estudo sobre a prevenção, gestão e tratamento da dor aguda e crónica em crianças, incluindo a dor causada por agulhas, com doses iniciais analgésicas recomendadas, tendo por base o *Clinical Update elaborates on the 2019 IASP Global Year Against Pain in the Vulnerable Factsheet Pain in Children*, para analisar as melhores evidências e práticas. Os resultados revelam que a analgesia multimodal pode incluir a farmacologia (por exemplo, analgésicos básicos, opiáceos e analgesia adjuvante), analgesia local, reabilitação, abordagens psicológicas, espiritualidade e modalidades integrativas, que atuam sinergicamente para mais controlo eficaz da dor aguda

pediátrica com menos efeitos secundários do que qualquer outro analgésico ou modalidade. Para a dor crónica, uma abordagem reabilitativa interdisciplinar, incluindo a fisioterapia, intervenções psicológicas, técnicas integrativas mente-corpo e recurso a atividades lúdicas, tem-se mostrado mais eficaz. Para procedimentos com agulhas eletivas, tais como a colheita de sangue, acesso intravenoso, injeções ou vacinação, as evidências apontam para modalidades para eliminar ou diminuir a dor: anestesia tópica, por exemplo, creme de lidocaína 4%, posicionamento de conforto, por exemplo, contacto pele a pele para bebés, não restringindo crianças, sacarose ou amamentação para bebés e distração apropriada à idade.

Dados de serviços pediátricos de todo o mundo revelam que a dor é comum em doentes pediátricos desde a infância até à adolescência, muitas vezes subtratada. Em comparação com os doentes adultos, os pediátricos com o mesmo diagnóstico recebem menos doses analgésicas e quanto mais jovens as crianças são, tanto menos provável é que recebam analgesia no ambiente pediátrico (Campbell-Yeo et al., 2015 e 2019) A dor sentida pelas crianças internadas na pediatria pode estar relacionada com doenças e/ou tratamentos e pode ser com base numa, várias ou em todas as seguintes fisiopatologias: Dor somática aguda (por exemplo, lesão tecidual), que surge da ativação de terminações nervosas periféricas (nociceptores) que respondem a estímulos nocivos e podem ser descritas como localizada, aguçada, apertada ou palpitante; Dor neuropática, resultante de lesão ou disfunção do sistema somatossensorial, com sintomatologia como queimadura e formigueiro. A dor central seria causada por uma lesão ou doença do sistema nervoso somatossensorial central; A dor visceral resulta da ativação de nociceptores das vísceras torácicas, pélvicas ou abdominais, mal localizadas, nebulosas; Dor total: sofrimento que engloba todo o físico de uma criança, resultando em desconforto físico e mental; Dor crónica (ou persistente): dor para além do tempo de cura esperado (Friedrichsdorf & Goubert, 2020). Como salientam Correia et al. (2020, p. 187), “todos os profissionais de saúde têm a responsabilidade profissional e ética de providenciar um controlo da dor efetivo e seguro durante os procedimentos dolorosos”. Assim, “a antecipação e resposta efetiva às situações de dor na criança hospitalizada é de extrema importância para uma prática de qualidade”, tendo sido estas as premissas seguidas durante a realização do presente estágio, o que levou à aplicação de medidas não farmacológicas para alívio da dor na criança e jovem, tendo por base os contributos da filosofia dos cuidados centrados na família e os princípios dos cuidados não traumáticos. Verificou-se que a gestão eficiente de dor se configurou como um trabalho multidisciplinar, evidenciando-se o trabalho contínuo dos enfermeiros com os quais se teve a oportunidade de colaborar, assente em fundamentos como os cuidados não traumáticos, os centrados na família e a parceria com a criança/adolescente.

As experiências vivenciadas resultaram numa reflexão sobre as competências adquiridas e desenvolvidas, como se apresenta no capítulo seguinte.

3. REFLEXÃO SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Ser Enfermeiro Especialista pressupõe que seja desenvolvido um conjunto de competências comuns a todos os especialistas e competências específicas de cada uma das áreas de especialidade. Foi com base na aquisição dessas competências que foram definidos os objetivos de estágio e programadas as atividades que permitissem alcançar esses objetivos.

As competências comuns integram quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Relativamente às competências específicas do EESIP: assiste criança/ jovem com a família na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OR 2019, Regulamento n° 140/2019; OE 2018, Regulamento n° 422/2018).

Os estágios marcaram uma fase de extrema importância para o processo de formação especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, uma vez que possibilitaram, para além do desenvolvimento de competências comuns e específicas de EESIP, a consolidação e aquisição de competências de especial complexidade na área da saúde da criança e do adolescente com doença crónica e permitiram a análise de referenciais teóricos de suporte a práticas de qualidade e baseadas em evidências.

A realização dos estágios foi, sem dúvida, uma mais-valia para o desenvolvimento técnico, pessoal e profissional, e considera-se que se atingiram os objetivos proposto. Todo o desenvolvimento de competências específicas nos diversos domínios permitiu um constante crescimento na aquisição, mas também consolidação de conhecimentos, tendo sempre em consideração o contexto familiar e o superior interesse da criança. Ao longo deste percurso destaco o acolhimento e a disponibilidade das Enfermeiras tutoras e das equipas multidisciplinares dos vários serviços em que se esteve inserida.

Ao longo do percurso profissional, em particular enquanto elemento integrante da Equipa Local de Intervenção transdisciplinar, propus-me fazer uma reflexão crítica, tendo em conta o estado da arte e a experiência profissional, sobre o impacto da intervenção precoce na infância na vida das crianças e suas famílias. Esta é uma forma de se perceber se as famílias necessitadas de intervenção são parte integrante da Equipa e a sua satisfação quanto ao serviço. Assim, o estudo conta com uma abordagem de recensão crítica. Como tal, procurei ao longo dos estágios desenvolver competências relativamente a esta temática, a fim de melhorar os conhecimentos da criança/família para que, através de informação, instrução e treino, aumentem os seus conhecimentos sobre a importância da IPI.

A Enfermagem consiste numa profissão que, ao longo do seu desenvolvimento, tem-se vindo a organizar com fundamento “epistemológico para tornar-se ciência por meio da aquisição de conhecimentos e saberes próprios alicerçados por teorias” (Farias et al., 2019, p. 2). As mesmas autoras referem que peculiar e criativamente, gera o conhecimento de forma a abranger aspetos quer “da ciência” quer “da arte”. O cuidado tem sido visto como “saber e o fazer da Enfermagem”, manifestando-se numa multiplicidade de significados. Assim sendo, “os saberes da Enfermagem” são caracterizados por compreender complementarmente quer fatores “analíticos” quer “sintéticos” ou seja, a arte e a ciência (Farias et al., 2019, p. 2). Por conseguinte, o saber-fazer consiste na transferência de um conhecimento já obtido, ou seja, configura-se como “fazer algo que já se sabe, correspondendo a uma atitude de ser e estar advinda da moral, do conhecimento dos seus limites e da reflexão sobre o fazer em si” (Farias et al., 2019, p. 2). Deste modo, o saber corresponde ao indispensável conhecimento para um bom desempenho profissional dos enfermeiros que, associado intimamente ao saber-fazer, se traduz nas competências imprescindíveis para prestar cuidados, levando ao reconhecimento da competência saber-estar na enfermagem.

Deste modo, o enfermeiro encaminha-se para o patamar de perito, fazendo-se uso da terminologia de Benner (1984), cuja teoria vê a competência em enfermagem como uma experiência de aprendizagem contínua baseada em experiências individuais, exposições e tempo acumulado na prática. Assim, segundo a autora, o enfermeiro especialista é aquele que acumulou uma enorme experiência no seu campo clínico, o que lhe permite eliminar sistematicamente os aspetos não importantes da situação. O enfermeiro especialista atua com uma compreensão da situação e utiliza a sua capacidade intuitiva, combinando as competências técnicas, para propor novas soluções. Os conhecimentos especializados influenciam a prática dos enfermeiros, os seus julgamentos e a qualidade dos cuidados, permitindo-lhe desenvolver cuidados individualizados (Benner, 1984). Este saber fazer permite cuidado de enfermagem individualizados, que são um indicador significativo da qualidade dos cuidados de enfermagem e devem ser integrados na formação de base e formação contínua e na *praxis*. Os cuidados individualizados, que constituem a base da filosofia holística, valores e códigos éticos de enfermagem, inclui o planeamento e a prática de acordo com as características da pessoa cuidada, requisitos, preferências, experiências, sentimentos, perceções e opiniões. Como tal, os enfermeiros peritos têm um papel importante na avaliação e desenvolvimento de cuidados individualizados (Ozdemir, 2019, s.p.).

Este documento é o testemunho escrito do trajeto desenvolvido durante este estágio. Faz parte do processo de avaliação e constitui ainda um momento de reflexão sobre o trabalho realizado para atingir os objetivos propostos. As atividades realizadas foram de uma enorme

importância e contribuíram para adquirir competências de EESIP. Cada momento de aprendizagem é único e tem de ser aproveitado, testando a experiência, a ação, refletindo sobre ela com o objetivo de buscar a perfeição. Melhorou-se a abordagem holística à criança/adolescente e família em termos de prevenção da doença e promoção da saúde. Por conseguinte, considera-se que está capaz de executar e avaliar cuidados de enfermagem de maior complexidade, estando mais preparada para participar na gestão de cuidados especializados à criança/adolescente e família.

Os ensinamentos clínicos assumem-se como o expoente máximo do processo de aprendizagem, uma vez que lançam desafios colocando à prova e estimulando a ânsia de saber e aprendizagem. Tem-se a plena consciência que o desenvolvimento de competências em contexto de ensino clínico tem outro impacto, pois, este ambiente real permitiu integrar as experiências de forma mais sólida e consubstanciada, dando, assim, continuidade à construção da identidade como futura EEEIP. Revelou-se uma experiência bastante enriquecedora, tanto a nível profissional, como a nível pessoal, um excelente momento de aprendizagem e evolução no desenvolvimento quer das competências comuns, quer das competências específicas do Enfermeiro Especialista. Ao longo de todo o percurso formativo, assumiu-se uma postura reflexiva acerca das competências adquiridas, mais concretamente uma reflexão sobre a prática dos cuidados e as potencialidades profissionais e pessoais.

Todas as experiências demonstraram uma realidade diferente, no que respeita aos cuidados de enfermagem especializados. Assim, reitera-se que se leva um conjunto de saberes que irão ser muito valiosos na vida profissional futura, tendo superado as expectativas. Assim, dá-se por concluída esta reflexão afirmando que, nestes estágios, foram experienciados vários sentimentos, experiências novas, aprendizagens realizadas no contacto com diferentes pessoas, que enriqueceram muito. Foi, acima de tudo, mais uma aprendizagem de vida, pois sente-se que se desenvolveram competências como enfermeira especialista, mas essencialmente como pessoa.

CAPÍTULO II – CONTRIBUTO PESSOAL

O estágio com relatório final, realizou-se numa componente de investigação, com contributo pessoal na área em estudo.

A metodologia utilizada é a recensão crítica que consiste num texto que emite juízos críticos de apreciação, de valorização ou de rejeição sobre um determinado objeto de estudo. O autor da recensão é, em suma, um crítico especializado que estabelece uma apreciação criteriosa e com profundo rigor científico. Da sua análise deve resultar uma avaliação global do texto em apreço. Portanto, uma recensão é uma avaliação, e o seu autor é um crítico, especializado, experimentado e idóneo (Coutinho, 2021).

Uma recensão crítica consiste num género académico com o objetivo de “apresentar (recensar) e avaliar (criticar) um texto” (Magro & Nunes, 2013, p. 1), no caso, um artigo. De acordo com as mesmas autoras, este “género textual cruza uma dimensão expositiva e uma dimensão crítica, tendo o duplo objetivo de sumariar as ideias de um texto e, simultaneamente, avaliar o seu interesse e relevância para o conhecimento sobre determinado tema”. (Magro & Nunes, 2013, p. 1).

Neste âmbito, e como contributo pessoal, optou-se por fazer uma recensão crítica, de um artigo considerado pertinente, e que demonstra a importância da Intervenção Precoce na Infância na vida das crianças com necessidades de saúde especiais e suas famílias. A opção por esta metodologia deveu-se ao facto de não ter sido autorizada pelo Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

1. SATISFAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA DE FAMÍLIAS ABRANGIDAS PELAS INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

O artigo selecionado tem a seguinte referência Verger, S., Riquelme, I., Bagur, S., & Paz-Lourido, B. (2021). Satisfaction and Quality of Life of Families Participating in Two Different Early Intervention Models in the Same Context: A Mixed Methods Study. *Front. Psychol*; 12:650736, cujo objetivo do estudo apresentado no artigo consiste em comparar a satisfação percebida e a qualidade de vida familiar entre as famílias que beneficiam de IPI desenvolvida em centros especializados em comparação com as famílias que também beneficiam de IPI em contexto ecológico, ou seja, em ambiente domiciliar, tendo em conta as rotinas da família.

Para alcançarem este objetivo, as autoras recorreram a um desenho de investigação misto, quantitativo e qualitativo, utilizando a *Consumer Report Effectiveness Scale* (CRES-4) e a *Beach Center Family Quality of Life Scale* (FQOLS) e dois grupos focais para a recolha de dados. A amostra incluía 166 pais para o estudo quantitativo e 16 pais na fase qualitativa, realizado nas Ilhas Baleares de Maiorca, Espanha.

A opção por este artigo deve-se ao facto de o mesmo abordar a satisfação e a qualidade de vida das famílias abrangidas pelas IPI, sendo um ponto de partida para uma reflexão sobre este tema no contexto português e serve de modelo para se poder, numa futura investigação, identificar as dificuldades e os constrangimentos que as famílias portuguesas encontram para terem acesso a práticas de IPI de qualidade, ou seja, que responda às suas reais necessidades, assegurar às crianças a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades, identificar e referenciar todas as crianças que precisam de IPI, intervir de acordo com as necessidades do contexto familiar de cada criança, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento, a apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas da segurança social, da saúde e da educação e envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social.

O artigo em análise inicia com uma introdução, onde as autoras referem que a IPI é desenvolvida seguindo diferentes tipos de organização de serviços que, por sua vez, requerem diferentes papéis profissionais e familiares, ou seja, a IPI é o conjunto de intervenções para apoiar as crianças e suas famílias, melhorar o desenvolvimento pessoal, reforçar as competências familiares e promover a inclusão da família e da criança, através de experiências e oportunidades de aprendizagem, promovendo-lhes todo o apoio e recursos necessários para obterem qualidade de vida. Verger et al. (2021) referem que a IPI tem como público-alvo as crianças, as respetivas famílias e comunidades, tendo como base a

aprendizagem e desenvolvimento das suas rotinas. Assim sendo, caracteriza-se por uma intervenção precoce centrada na criança e na família. Em causa está o desenvolvimento global, presente e futuro da criança, bem como da família e seu contexto de vida. Desta forma, deve iniciar-se o mais precocemente possível, porque quanto mais cedo se começar a estimulação, menos lacunas a criança virá a ter no seu desenvolvimento.

Um dos conceitos chave do artigo e que contextualiza os dois contextos de estudo, famílias que recebem IPI em centros especializados de IPI e em contexto ecológico, é a referência ao paradigma de intervenção no ambiente familiar, influenciado por perspetivas teóricas, tais como o modelo transacional de Sameroff e Chandler (1975) e o modelo ecológico do desenvolvimento humano de Bronfenbrenner (1979), a teoria da modificabilidade cognitiva estrutural de Feuerstein (1980) ou a teoria de Leal (1999) dos sistemas familiares onde a família é entendida como um sistema complexo com as suas próprias características únicas que evoluem em função das necessidades dos seus membros. A Convenção sobre os Direitos da Criança é outro marco referenciado pelas autoras para enfatizarem o desenvolvimento de serviços para a primeira infância, porque o pleno desenvolvimento das crianças é uma responsabilidade coletiva de todos os cidadãos. Assim, Verger et al. (2021) contextualizam a importância e o valor potencial de um compromisso de proporcionar uma IPI mais abrangente e não restringida a espaços que não contemplam as rotinas familiares, ou seja, o ambiente ecológico das mesmas.

Recorrendo a autores de referência na área, Verger et al. (2021) referem que a IPI requer apoio de redes formais e informais, considerando o sistema familiar como um todo (Dunst, 2000; Davis & Gavidia-Payne, 2009), porque um dos seus principais objetivos é oferecer apoio profissional especializado às famílias para lhes proporcionar um melhor bem-estar familiar, bem como responder às necessidades temporárias ou permanentes das crianças com perturbações de desenvolvimento ou em risco de as desenvolver (Dunst, 2000; GAT, 2005; Burger, 2010; UNESCO, 2016). Enfatizam que a qualidade de vida das famílias tem recebido historicamente uma atenção limitada, apesar do seu papel crucial no desenvolvimento da primeira infância. Assim, consideram que é importante avaliar o impacto dos serviços e apoio às famílias. Mencionam que a qualidade de vida da família é entendida como a perceção subjetiva de bem-estar familiar. Todavia, Verger et al. (2021) salientam que o seu estudo assenta num pressuposto de qualidade de vida da família num sentido dinâmico do seu bem-estar, definida coletiva e subjetivamente por um membro da família, onde as necessidades individuais e familiares interagem.

Outro conceito chave diz respeito ao facto de a IPI baseada em rotinas familiares ser uma abordagem relativamente recente. Esta centra-se na autonomia da criança, relações

sociais com outros e a satisfação dos pais com as rotinas diárias, para se poder proporcionar às crianças oportunidades de aprendizagem em contextos naturais, com recurso à observação sistemática dessas rotinas por parte do profissional responsável pelo caso para estabelecer objetivos funcionais e implementar planos de intervenção com a família. Este modelo vai além de outras estratégias de intervenção centrada na família. Os profissionais trabalham de uma forma multidisciplinar para que cada família esteja em contacto com um profissional que é o único que faz as visitas regulares ao domicílio e acompanha o progresso da intervenção. Isto significa que o profissional visita a criança e a família no seu próprio ambiente, interagindo com elas e com os recursos disponíveis naqueles espaços, em particular. Verger et al. (2021) referem que estudos recentes destacam as vantagens da IPI desenvolvida em ambientes naturais, tais como uma maior comunicação com as famílias e uma melhor compreensão das necessidades das crianças em comparação com as intervenções desenvolvidas em centros específicos de IPI.

Deste modo, informam que, como noutras regiões espanholas, os primeiros serviços de IPI em Maiorca estão a passar por um processo de transição entre ambos os modelos de intervenção. Considerando o público-alvo e o investimento em termos de recursos financeiros e pessoais, referem ser essencial avaliar a qualidade dos serviços de IPI, particularmente, porque a investigação nesta área ainda é escassa, referindo, assim, que as variáveis que determinam a qualidade dos serviços de IPI foram identificadas em estudos anteriores e a satisfação da família é tida como uma variável de previsão que deve ser considerada para avaliar a qualidade dos referidos serviços.

Com base nestes pressupostos, as autoras terminam a introdução referindo os objetivos da sua investigação, ou seja, avaliar a satisfação e a qualidade de vida das famílias relativamente aos serviços de IPI. Argumentam que a identificação das perceções das famílias sobre os serviços recebidos é essencial para determinar os aspetos que são mais valorizados, fornecendo um *feedback* necessário para garantir serviços de qualidade. Suportam este objetivo com referência a resultados de estudos anteriores que mostram que uma avaliação adequada dos serviços de IPI deve ter em conta os pais, a sua opinião sobre a equipa profissional, a sua formação profissional, coordenação da equipa e acerca do desenvolvimento do plano de intervenção. Tais estudos mostram que a satisfação da família resulta da sua perceção sobre a atenção personalizada, comunicação eficaz por parte dos profissionais da equipa de IPI, conhecimento dos direitos da família, coordenação da equipa e plano de intervenção. Terminam com a afirmação de que a satisfação da família está diretamente relacionada com o seu empoderamento por parte dos profissionais da IPI.

Após a contextualização do estudo, Verger et al. (2021) apresentam os materiais e métodos de investigação, que lhes permitiram alcançar os objetivos delineados. Os resultados mostraram que as famílias que receberam IPI baseada em ambientes ecológicos, ou seja, no contexto das suas rotinas familiares, revelaram maior satisfação com o serviço, embora ambos os grupos tenham apresentado pontuações semelhantes para a qualidade de vida.

Foram identificadas três dimensões ao longo da fase qualitativa: resolução de problemas, eficácia do trabalho da equipa multiprofissional e a organização do serviço. Ambos os modelos analisados tiveram um impacto na qualidade de vida da família e os pais estavam, em geral, satisfeitos. Foram encontrados pontos fortes relacionados com o processo de resolução de problemas, o papel da equipa multiprofissional, o empoderamento familiar e a organização do serviço. As áreas que requerem maior desenvolvimento são a formação eficaz dos profissionais que fazem parte da equipa centrada nas práticas familiares, haver mais partilha de informação com a família e uma organização mais participativa que tenha em consideração as perspetivas dos pais.

Os resultados obtidos por Verger et al. (2021) remetem para o pressuposto que os profissionais que trabalham em IPI desempenham papéis diversificados e devem intervir em três áreas distintas, nomeadamente, no serviço à criança, no apoio à família e na consultadoria. O papel da família deve ser sempre reconhecido como o primeiro e principal meio de educação e relacionamento afetivo que conduz ao verdadeiro conhecimento da realidade das crianças.

Em síntese, este artigo de divulgação para grande público, publicado numa revista indexada, contribui de forma decisiva para o conhecimento sobre a importância da IPI em contexto ecológico.

A análise do artigo resultou numa reflexão pessoal sobre o trabalho realizado com a família, no caso concreto do enfermeiro, que, em Portugal, se centra no modelo ecológico e sistémico, não se centrando exclusivamente na criança e nas suas problemáticas, mas tendo em conta o seu contexto familiar e ambiental.

Sendo indiscutível o papel da enfermagem nos cuidados na primeira infância em parceria com os pais/família, após uma reflexão do artigo de Verger et al. (2021), a consulta bibliográfica e com base na experiência profissional e formação como futura EEESIP, pode referir-se que o papel do enfermeiro ao nível da IPI assenta em várias dimensões: promover a construção do papel parental; orientação e apoio para a implementação de cuidados de saúde; orientação para a promoção de um ambiente seguro; aplicação de teorias existentes, princípios e métodos de cuidados de saúde parentais e programas infantis; desenvolvimento de relações terapêuticas com a díade crianças/família; implementação da gestão de cuidados parentais e

infantis; promoção do acesso às redes de apoio; orientação centrada na família e recurso às evidências científicas para orientar a prática.

Uma criança com necessidades de saúde especiais necessita indispensavelmente de intervenção precoce, para que a sua condição não interfira tão abruptamente no seu desenvolvimento e vida. Circunstâncias individuais vividas por famílias com uma criança com necessidades de saúde especiais podem ser um desafio e perturbar a sua estabilidade emocional. Neste sentido, os enfermeiros facilitam a aprendizagem de habilidades e competências para o exercício da parentalidade. Como sustentam Soares e Tavares (2017), num documento publicado pela Ordem dos Enfermeiros, a premissa de que “a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma proteção e cuidados especiais”, é assumida na Declaração dos Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral nas Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990. Emerge então a necessidade de disponibilizar recursos, criar e organizar serviços capazes de dar uma resposta especializada às necessidades das crianças e suas famílias. Neste sentido, como sustentam Soares e Tavares (2017), destacam-se as IPI que, a nível regional, estão sediadas nos centros de saúde e, em muitos dos casos, coordenadas por enfermeiros. Compete a estas equipas

assegurar a proteção dos direitos das crianças e o desenvolvimento das suas capacidades; detetar e sinalizar todas as crianças com necessidades de intervenção precoce; intervir junto das crianças e famílias, em função das necessidades identificadas, de modo a prevenir ou reduzir os riscos de atraso de desenvolvimento; apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos dos sistemas de segurança social, de saúde e de educação; e envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Soares & Tavares, 2017, s.p.).

Os cuidados de enfermagem prestados ao longo do processo gravídico e durante a vigilância de saúde da criança põem o “enfermeiro numa posição privilegiada para identificar, sinalizar e intervir precocemente nas situações que exigem cuidados especializados”. Como tal, é indispensável “continuar a investir na promoção da saúde e bem-estar da família, para que esta seja o lugar onde as crianças são desejadas, protegidas e cuidadas para crescerem com saúde e dignidade” (Soares & Tavares, 2017, s.p.).

Tendo em conta a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Parecer nº 9/2018, p. 1), as “funções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas Equipas Locais de Intervenção do Sistema Nacional de intervenção Precoce na Infância” distinguem-nos das funções dos Enfermeiros Generalistas nestas equipas. Assim, e tendo em consideração a complexidade de problemas de saúde e as condições que algumas crianças apresentam, alterações nas funções ou estruturas do corpo; atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida; atraso de desenvolvimento por condições específicas; risco grave de atraso de desenvolvimento; crianças expostas a fatores

de risco biológico; crianças expostas a fatores de risco ambiental; fatores de risco parentais”, os enfermeiros que integram as Equipas Locais de Intervenção têm que ser Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, cuja intervenção, como preconizado no seu Regulamento de Competências Específicas, mais concretamente no Preâmbulo (p. 1), este profissional de saúde

trabalha em conjunto com a criança/família ou pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre em (hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade e casa...), para promover o mais elevado estado de saúde possível. Presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde. Identifica e mobiliza recursos de suporte à criança/família ou pessoa significativa.

No ponto n.º 2 está descrito que o EESIP “Cuida da criança/jovem e família nas situações de maior complexidade”, ou seja, fornece à criança cuidados promotores de ganhos em saúde, com recurso a uma variedade de intervenções de enfermagem comuns e complementares, suportadas nas evidências científicas. Deste modo, o EESIP, pelas competências que possui, promove a adaptação da criança e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência e capacidade. A OE (2018, p. 2) salienta que

é inequívoco que os enfermeiros que integrarem as Equipas Locais de Intervenção, devem ser especialistas em saúde infantil e pediátrica, pois, são estes que detêm os conhecimentos e as competências específicas necessárias, para em conjunto com a equipa multidisciplinar cuidarem dos problemas de Saúde das crianças integradas no SNIPI.

As práticas colaborativas existentes entre a equipa multiprofissional no âmbito da IPI, como demonstra o estudo de Verger et al. (2021), fomentam a confiança e o respeito entre todos, fazendo sentir que não se caminha sozinho, promovem a resolução de problemas conjuntamente, a partilha dos progressos e de estratégias/sugestões, bem como a promoção de um sentimento de segurança à família. Neste sentido, Verger et al. (2021), com base no seu estudo, reforçam que a família e todos os profissionais são imprescindíveis no empenho e reconhecimento da inclusão da criança.

As práticas colaborativas existentes entre a equipa multiprofissional no âmbito da IPI fomentam a confiança e o respeito entre todos, fazendo sentir que não se caminha sozinho, promovem a resolução de problemas conjuntamente, a partilha dos progressos e de estratégias/sugestões, bem como a promoção de um sentimento de segurança à família. Leal (2016) refere que a família e os profissionais devem envolver-se mutuamente, para se poder assegurar o processo de desenvolvimento da criança e facultar à família as condições indispensáveis para que possam estar envolvidos nas suas práticas, num clima de empatia, respeito e confiança, vendo a criança e a família como um todo, numa visão holística. A corroborar, Christovam e Cia (2016), Steliatou e Mallopoulos (2016) referem que se deve proporcionar um envolvimento da família em todo este processo através da interação colaborativa. Assim, espera-se que os enfermeiros, que pertencem às ELI, estejam

sensibilizados para ouvir e trabalhar com a família nas atividades, projetos e reuniões, auxiliando e facilitando o desenvolvimento a nível cognitivo e comportamental da criança.

Neste sentido, o EEESIP, tendo em conta o preconizado pela OE (2018, p.1), dá ênfase à parceria de cuidados e refere que

o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.

Por conseguinte, este profissional de saúde é uma mais-valia na IPI, cujo foco principal é melhorar o desenvolvimento normal da criança, identificando precocemente atrasos e perturbações do desenvolvimento. Quanto maior foi a cooperação entre todos os profissionais que integram as ELI, mais serviços de qualidade podem modificar o caminho do desenvolvimento da criança e melhorar os resultados para as crianças e sua família. Os enfermeiros desempenham um papel importante ao nível da promoção da saúde física e mental da criança/adolescente/família, ganhando extrema importância a sua integração nas ELI, sendo um caminho para intervir precocemente nas crianças e família, melhorando, inclusive, as capacidades parentais. Tais intervenções podem melhorar a qualidade de vida e desenvolvimento cognitivo, motor e social das crianças que integram a IPI. Estas premissas estão referenciadas no estudo de Verger et al. (2021), onde é mencionado que, ao nível da IPI, os profissionais têm de desenvolver um modelo ecológico a partir de uma transdisciplinaridade e centrada na família, o que requer uma abordagem profissional adaptada aos problemas e vivências de cada família. No seu estudo, tal como já referido, as famílias entrevistadas estavam satisfeitas com este processo, enfatizando a importância das práticas relacionais e participativas, reconhecendo também que a observação direta das rotinas familiares em ambiente ecológico, bem como a dinâmica familiar, favorecem a análise dos défices e do potencial da família, uma prática muito apreciada pelos participantes neste estudo. Segundo Verger et al. (2021), tudo isto requer competências profissionais especializadas e competências interpessoais, a fim de permitir o desenvolvimento de intervenções eficazes, prestando apoio e dando respostas de acordo com as necessidades de cada família.

O artigo apresenta qualidade científica, com rigor nos termos utilizados e identificação do tema, determinando os pressupostos a defender e comprovar, através dos resultados. O objetivo de investigação é sustentado com argumentos teóricos válidos, situando o leitor, de forma clara e objetiva, no contexto do problema de investigação. É referido explicitamente o tipo de estudo, com referência que o mesmo é de natureza mista, ou seja, um estudo quantitativo com recurso a um questionário e uma entrevista semiestruturada. Há referência

clara do local onde foi realizado o estudo e está bem estabelecida a amostra selecionada. Está bem explícito o procedimento da recolha de dados. Os métodos estatísticos utilizados para analisar os resultados são referenciados. A discussão e conclusão do estudo revelam-se bastante produtivas ao nível da investigação científica, sendo uma etapa realizada através da aquisição colaborativa do conhecimento. O artigo científico apresenta originalidade no tema, com produção de conhecimento, uma vez que apresenta qualidade e coerência na argumentação, com um referencial teórico pertinente para o tema proposto que sustenta adequadamente o objetivo e as conclusões. Tem qualidade ao nível da bibliografia utilizada, com autores de referência ao nível do tema abordado.

Importa ainda referir que, apesar da IPI em Portugal estar ainda presa ao modelo anterior, que tinha apenas o enfoque a criança, a mesma está a mudar, ou seja, em direção ao modelo centrado na família, como um todo. Neste sentido, sugere-se a realização de um estudo, a nível nacional, que tenha como objetivo avaliar a satisfação das famílias acompanhadas pela IPI na sua área de abrangência.

CONCLUSÃO

Após este percurso, pretende-se deixar registado que o estágio se configurou como a melhor forma de organizar as atividades práticas, desenvolvidas em ambiente profissional, tendo possibilitado a aprendizagem de adequação de técnicas, o desenvolvimento de outras competências, designadamente a relação interpessoal e de ajuda, um maior desenvolvimento de pensamento crítico, capacidade de avaliação e decisão nas mais variadas situações.

Ao longo do estágio, procurou-se prestar cuidados de enfermagem especializados, tendo como base a evidência científica e uma visão holística de quem cuidava, primando sempre pela máxima de que cada pessoa é um ser único com sentimentos, necessidades e medos próprios que diferem dos demais, mesmo quando existem patologias ou situações semelhantes. A prática reflexiva é de extrema importância no exercício profissional do enfermeiro e revela-se fundamental num contexto de formação. Este conceito, que se reflete sobre a ação, favorece o crescimento pessoal e profissional, bem como o desenvolvimento do pensamento crítico o que se traduz numa melhoria dos cuidados prestados.

Procurou-se fundamentar a prática clínica na evidência científica existente no momento, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituindo este documento uma referência para a prática especializada, estimulando a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e apoiando os processos de melhoria contínua da qualidade.

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exige que o EESIP apresente uma intervenção especializada, autónoma, independente e/ou interdependente, o domínio de competências crítico reflexivas, relacionais, comunicacionais, sociofamiliares e ético-deontológicas, o domínio da melhoria contínua da qualidade e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Desta forma, o estágio permitiu desenvolver competências, que visam a prática de cuidados de enfermagem altamente qualificados, de modo a atingir a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança/adolescente/família. Na procura da excelência dos cuidados, o EESIP deve pretender que a criança/adolescente/família alcance o nível máximo de satisfação. De modo a atingir este nível de satisfação, foi importante procurar estabelecer uma parceria com a criança/adolescente/família no planeamento do processo de cuidados, bem como procurar minimizar o impacto negativo provocado pelas mudanças de ambiente, num contexto de humanização e holismo.

Assim, todas as aprendizagens traduziram-se em experiências muito gratificantes com muitos momentos de oportunidades únicas para a aquisição de novos conhecimentos, pois,

diariamente surgiam novas situações e dificuldades, que fizeram com que se procurasse, pesquisasse e enriquecesse a aprendizagem.

Tem-se consciência que muito mais havia para aprender, porque a formação não se constrói por acumulação de conhecimentos ou de técnicas, nem de um dia para o outro, mas sim através de uma reconstrução permanente. Para isso é necessário ter força de vontade, empenho e desejo de crescer, pois são todas estas experiências que irão ajudar a desenvolver competências na caminhada de iniciado a perito que se pretende alcançar. Procurou-se desenvolver e participar em todas as atividades que ocorreram e que permitiram enriquecer os conhecimentos. Decorrente destes pressupostos, a prática reflexiva permitiu (re)formular, sempre numa tentativa de melhorar e recriar uma ação mais consciente e rigorosa, permitindo que melhorasse as práticas, visando a reconstrução de saberes, tão importantes para a prática futura como EEESIP.

A revisão crítica do artigo mostrou a importância de se conhecer a perceção da família sobre os serviços de IPI, o que será uma componente fundamental para se adaptar e implementar práticas de qualidade e para se poder intervir mais em contexto ecológico centrado na família, como um todo, e não apenas na criança. Reforça-se que foi impossível a realização de um estudo que permitisse avaliar a satisfação das famílias acompanhadas pela IPI na sua área de abrangência do Distrito da Guarda, o que teria possibilitado fazer uma comparação com a realidade das famílias nas Ilhas Balneares de Maiorca, Espanha. Fica, assim, a sugestão, da replicação deste estudo, mas em contexto nacional.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIA

- Almeida, S.H.N.F. (2016). *Vivências Emocionais do Cliente Pediátrico Hospitalizado: Intervenções de Enfermagem para um Acolhimento Humanizado*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Leiria. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18132/1/Relat%C3%B3rio%20Final%20-%20Sandra%20Almeida.pdf>
- Alves, M. (2009). *Intervenção Precoce e Educação Especial. Práticas de Intervenção Centradas na Família*. Viseu: Psicossoma.
- Aquino E.S., & Salgado, C.C. (2017) Comparative analysis of the six-minute walk test in healthy children and adolescents. *Rev Bras Fisioter.*; 14(1), 75-80. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552010000100012>
- Associação Nacional de Intervenção Precoce (2018). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância – um guia para profissionais*. Acedido em <https://www.anip.pt/anip/publicacoes/>
- Banjari, M., Kano, Y., Almadan, S., Basakran, A., Al-Hindi, M., & Alahmadi, T. (2018). The Relation between Asthma Control and Quality of Life in Children. *International Journal of Pediatrics*; Article ID 6517329, 2-8, <https://doi.org/10.1155/2018/6517329>
- Beltrami, F., Nguyen, X., Pichereau, C., Maury, E., Fleury, B., & Fagondes, S. (2015). *Sono na unidade de terapia intensiva*. Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia. 539-545.
- Benner, P. (1984). *From novice to expert excellence and power in clinical nursing practice*. *AJN, American Journal of Nursing*, 84(12), 1480. doi:10.1097/00000446-198412000-00025
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora. ISBN 972-8535-97-X.
- Brandão, H. V., Vieira, G. O., Vieira, T. O., Cruz, Á. A., Guimarães, A. C., Teles, C., ... Cruz, C. M. S. (2017). *Acute viral bronchiolitis and risk of asthma in schoolchildren: analysis of a Brazilian newborn cohort*. *Jornal de Pediatria (Versão Em Português)*, 93(3), 223–229. doi:10.1016/j.jpdp.2016.09.003
- Brazelton, T. B. & Sparrow, J. D. (2009). *A criança e a disciplina*. Editora: Presença.

- Brito, A., Sartóris, A., Silva, C., Rodrigues, G., Costa, M., & Nunes, I. (2017). Presença dos pais durante a reanimação da criança Uma reflexão epistemológica, ética, deontológica e jurídica. *Percursos*; 38, 3-25. Acedido em https://www.researchgate.net/publication/333642720_Presenca_dos_pais_durante_a_reanimacao_da_crianca_Uma_reflexao_epistemologica_etica_deontologica_e_juridica/link/5cf8eaa692851c4dd02c53d4/download
- Campbell-Yeo, M., Disher, T., Benoit, B., & Johnston, C. (2015). *Understanding kangaroo care and its benefits to preterm infants. Pediatric Health, Medicine and Therapeutics*, 15. doi:10.2147/phmt.s51869
- Campbell-Yeo, M., Johnston, C. C., Benoit, B., Disher, T., Caddell, K., Vincer, M., ... Inglis, D. (2019). *Sustained efficacy of kangaroo care for repeated painful procedures over neonatal intensive care unit hospitalization: a single-blind randomized controlled trial. Pain*, 160(11), 2580–2588. doi:10.1097/j.pain.000000000000164
- Carta de Ottawa (1986). Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, novembro de 1986. Acedido em https://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf
- Carvalho, M., Oliveira, A., Silva, C., Rocha, J., & Roque, M. J. (2022). Perspective of specialist nurses on atraumatic care in pediatrics. *Millenium*; 2(17), 31-39. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0217.24102>
- Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In Glasper, E., & Tucker, A. – *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.
- Chaudhary, S., Figueroa, J., Shaikh, S., Mays, E. W., Bayakly, R., Javed, M., ... Nieb, S. (2018). *Pediatric falls ages 0–4: understanding demographics, mechanisms, and injury severities. Injury Epidemiology*, 5(S1). doi:10.1186/s40621-018-0147-x
- Christovam, A. C. C., & Cia, F. (2016). Comportamentos de pais e professores para promoção da relação família e escola de pré-escolares incluídos. *Revista Educação Especial*, 29(54), 133-146. <https://doi.org/10.5902/1984686X13441>
- CIPE (2018). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Acedido em novembro 2, 2022, em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - CIPE® (2018). Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas->

antigas/classifica%C3%A7%C3%A3o-internacional-para-a-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-cipe/

- Correia, M.C.B. (2012). *Processo de Construção de Competências nos Enfermeiros em UCI*. (Tese de Doutoramento). Faculdade de Lisboa. Acedido em https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/7992/1/ulsd064901_td_Maria_Correia.pdf
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. P. (2020). Gestão da dor em pediatria: contributos para a qualidade dos cuidados de enfermagem. *Millenium: 2*(ed espec n°5), 185-193. DOI: <https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>
- Cosa, L.G.F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*; 15(3), 137-45. DOI: <https://doi.org/10.33233/eb.v15i3.181>
- Coutinho, C. P. (2021). *Metodologias de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática* (2ª ed. reimpressão). Coimbra: Edições Almedina, S. A.
- Cutrera, R., Baraldi, E., Indinnimeo, L., Giudice, M.M.D., Piacentini, G. et al. (2017). Management of acute respiratory diseases in the pediatric population: the role of oral corticosteroids. *Ital J Pediatr.*; 43, 31. Acedido em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5364577/>
- Decreto-Lei n.º 54/2018, de 6 de julho. Diário da República, 1.ª série — N.º 129 — 6 de julho de 2018. Acedido em <https://files.dre.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf>
- Decreto-Lei n.º 281/2009, de 6 de outubro. Diário da República, 1.ª série — N.º 193 — 6 de Outubro de 2009. Acedido em <https://files.dre.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Diário da República (2020). *Regulamento dos Cursos de Mestrado do Instituto Politécnico da Guarda*. Diário da República, 2.ª série, N.º 178 de 11 de setembro de 2020, Pág. 225-243
- Direção-Geral da saúde (2020). Prevenção e Controlo de Infeção por SARS-CoV-2 (COVID-19): Equipamentos de Proteção Individual (EPI). Norma 007/2020, de 29/03/2020. Acedido em https://covid19.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/02/Norma_007_2020_29032020_pdf-1195kb.pdf
- Farias, M.S., de Souza Brito, L.L.M., Santos, A.S., Guedes, M.V.C., da Silva, L.F., & Chaves, E.M.C. (2019). Reflexões sobre o saber, saber-fazer e saber-estar na formação de enfermeiros. *REME – Rev Min Enferm*; 23:e-1207. DOI: 10.5935/1415-2762.20190055

- Farrell, M. (1992). *Partnership in care: paediatric nursing model*. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. doi:10.12968/bjon.1992.1.4.175
- Frauches, D.O., Lopes, I.B.C, Giacomina, H.T.A., Pacheco, J.P.G., Costa, R.F., Lourenço, C.B. (2017). Doenças respiratórias em crianças e adolescentes: um perfil dos atendimentos na atenção primária em Vitória/ES. *Rev Bras MedFam Comunidade*. Rio de Janeiro; 12(39), 1-11. Acedido em <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/03/848837/1450-8781-1-pb.pdf>
- Friedrichsdorf, S. J., & Goubert, L. (2020). *Pädiatrische Schmerztherapie und -prävention bei hospitalisierten Kindern*. *Der Schmerz*. doi:10.1007/s00482-020-00519-0
- Ghazy, H.S.A.W., El-sayed, R.I., Khereba, W.M.I., Diasty, N.G. (2021). Effectiveness of internship program as perceived by intern nurses and its relation to their professional role at technical nursing institutes. *Port Said Scientific Journal of Nursing*; Vol. 8, 1, 255-274. Acedido em https://pssjn.journals.ekb.eg/article_178003_c6c9384aa48ac50be2060a282f8d0e85.pdf
- Hoeman, S.P. (2011). *Enfermagem de Reabilitação – prevenção, intervenção e resultados esperados*. (4ª ed). Loures: Lusociência.
- Instituto de Apoio à Criança (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Kolcaba, K. (1991). *A Taxonomic Structure for the Concept Comfort*. *Journal of Nursing Scholarship*, 23 (4), 237-240. Acedido em novembro 23, 2021, em: <https://pdfs.semanticscholar.org/7480/24e067dfcfcf28aef4e238834876b8ac6d9c.pdf>
- Leal, T. S. (2016). *Relação família x escola e a dificuldade de aprendizagem do aluno*. (Dissertação de Mestrado). CNPQ: Ciências Humanas: Educação. URI: <https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/1872>
- Martins, R., Freitas, P., Carvalho, O., & Pascoinho, J. (2018). Intervenção precoce: práticas e representações. *Revista Educação Especial*; Vol. 31, 62, 495-512. DOI: <https://doi.org/10.5902/1984686X28819>
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: development and progress*. (5.ª Edition). Philadelphia: Wolters Kulwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. ISBN 978-1-60547-211-9.

- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Hilfinger Messias, D.K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS Adv Nurs Sci.*; 23(1), 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2019). *Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Parecer N°19/2010. Acedido em março 11, 2022 em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1culo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Parecer nº 9/ 2018). Funções dos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica nas equipas locais de intervenção precoce. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5149/mceesip_parecer9_2018.pdf
- Milligan, K.L., Matsui, E., & Sharma, H. (2016). Asthma in Urban Children: Epidemiology, Environmental Risk Factors, and the Public Health Domain. *Current allergy and asthma reports*; 16(4), 1-10. doi: 10.1007/s11882-016-0609-6.
- Neale, J., & Hudson, L. D. (2020). *Anorexia nervosa in adolescents*. *British Journal of Hospital Medicine*, 81(6), 1–8. doi:10.12968/hmed.2020.0099
- Ordem dos Enfermeiros - OE (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Concetual. Enunciados descritivos*. Acedido em novembro 24, 2021, em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/divulgar%20%20padroes%20de%20qualidade%20dos%20cuidados.pdf>
- Ordem dos enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Acedido a 12 de fevereiro de 2022 em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2012). *Guia orientador de boas práticas para a prevenção de sintomatologia depressiva e comportamento de esfera suicidária*. Acedido em fevereiro 6, 2022, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/gobp_MCEESMP.pdf

- Ordem dos Enfermeiros (2012). Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. PARECER N.º 7 / 2012. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/MCEESIP_Parecer_7_2012_Mobilidade_de_Enfermeiros_entre%20Servicos.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Código Deontológico*. Acedido em fevereiro 12, 2022, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. Acedido em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Parecer n.º 9/ 2018. Funções dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica nas equipas locais de intervenção precoce. Acedido em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5149/mceesip_parecer9_2018.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Pub. L. No. Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, 2ª série – N.º 133, pp. 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*, Pub. L. No. Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República, 2ª série – N.º 26, pp. 4744-4750. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11250/_0474404750.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Acedido em fevereiro 8, 2022, em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Acedido em fevereiro 2, 2022, em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

- Ozdemir, N.G. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*; Vol. 12, 2, 1279-1285.
- Petkova, H., Simic, M., Nicholls, D. et al. (2019). Incidence of anorexia nervosa in young people in the UK and Ireland: a national surveillance study. *BMJ Open*; 9(10):e027339. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027339>
- Regulamento n.º 763 de 11 de setembro de 2020. Regulamento dos Cursos de Mestrado do Instituto Politécnico da Guarda (IPG) - Regulamento n.º 181/2016, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 36, de 22 de fevereiro. Acedido em <https://vlex.pt/vid/regulamento-n-763-2020-847770476>
- Reticena, K. O., Yabuchi, V., Gomes, M., Siqueira, L. D., Abreu, F., & Fracolli, L. A. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early childhood: a systematic review of scope. *Revista latino-americana de enfermagem*, 27, e3213. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
- Ribeiro, A.F. (2016). *Intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação na criança/família com doença respiratória crónica*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Lisboa. Acedido em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18460/1/Relat%C3%B3rio%20FINAL.pdf>.pdf
- Rodrigues, F.S.J. (2019). *Pneumotórax em doentes pediátricos: casuística e breve revisão*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Medicina de Lisboa. Acedido em <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/42956/1/FabianaJRodrigues.pdf>
- Sá, A.C. (2010). *O paradigma do cuidado no âmbito da saúde*. In: *Transferetti JA, Zacharias R. Ser e cuidar: da ética do cuidado ao cuidado da ética*. São Paulo: Centro Universitário São Camilo.
- Sampaio, R.S.S. (2021). *Intervenções para a prevenção da anorexia nervosa na adolescência: uma scoping review*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Saúde de Viseu. URI: <http://hdl.handle.net/10400.19/7176>
- Serrano, A. (2007). *Redes Sociais de Apoio e sua Relevância para a Intervenção Precoce*. Porto: Porto Editora.

- Silva, D., Almeida, F. J., Arnoni, M. V., Sáfyadi, M., Mimica, M. J., Jarovsky, D., Rossetti, G., Magalhães, M., Oliveira, D., Thomazelli, L. M., Colmanetti, T. C., Durigon, E. L., & Berezin, E. N. (2020). First report of two consecutive respiratory syncytial virus outbreaks by the novel genotypes ON-1 and NA-2 in a neonatal intensive care unit. *Jornal de Pediatria (Versão em Português)*, 96(2), 233–239. <https://doi.org/10.1016/j.jpdp.2018.10.008>
- Soares, H.M., & Tavares, P.P.S. (2017). Os Enfermeiros e... ? A intervenção precoce na infância... Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3616/a-interven%C3%A7%C3%A3o-precoce-na-inf%C3%A3ncia.pdf>
- Soares, H.M., Tavares, PPS. (2017). Os Enfermeiros e a A intervenção precoce na infância.... Ordem os Enfermeiros. Acedido em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/3616/a-interven%C3%A7%C3%A3o-precoce-na-inf%C3%A3ncia.pdf>
- Sousa, P.A.F. de (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados*. (Tese de Doutoramento). Universidade Católica. URI: <http://hdl.handle.net/10400.14/13972>
- Stellatou, A., & Mallopoulos, H. (2016) Educational Approaches to Teaching Children with Autism. Proceedings of the 6th Panhellenic Conference with International Participation in “Education Sciences and Special Education”, National and Kapodistrian University of Athens, Athens, 1208-1215. <https://eproceedings.epublishing.ekt.gr/index.php/edusc/article/download/1006/1182>
- Stephen, H.A., Hernandez, M. A. F., & Donna, W. (2020). Employment and Retention of Nurses Who Completed an Internship and Residency Program. *Continuing Education in Nursing*, 51(11):504–508. Published Online: February 26, 2021 <https://doi.org/10.3928/00220124-20201014-06>
- Verger, A., & Skedsmo, G. (2021). Enacting accountabilities in education: exploring new policy contexts and theoretical elaborations. *Educ Asse Eval Acc*; 33, 391–401. <https://doi.org/10.1007/s11092-021-09371-x>
- Verger, S., Riquelme, I., Bagur, S., & Paz-Lourido, B. (2021). Satisfaction and Quality of Life of Families Participating in Two Different Early Intervention Models in the Same Context: A Mixed Methods Study. *Front. Psychol*; 12:650736. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.650736>

Wild, C.F., Silveira, A. da., Souza, N.S. de., Buboltz, F.L., & Neves, E.T. (2017). Cuidado domiciliar na criança com asma. *Rev. baianaenferm.*; 31(2):e20487. Doi 10.18471/rbe.v31i2.20487