

Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

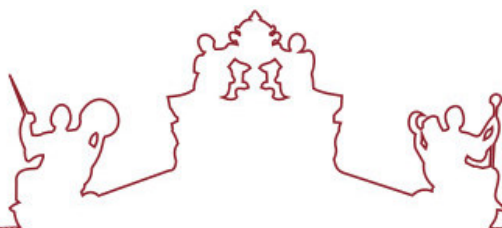
Relatório de Estágio

O enfermeiro especialista como promotor da articulação dos cuidados à criança com doença crónica

Diana Cristina da Silva Relvas

Orientador(es) | Maria Antónia Chora

Évora 2026



Universidade de Évora - Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus
Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de
Castelo Branco - Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias Instituto Politécnico de
Portalegre - Escola Superior de Saúde Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior
de Saúde Universidade do Algarve - Escola Superior de Saúde

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização | Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

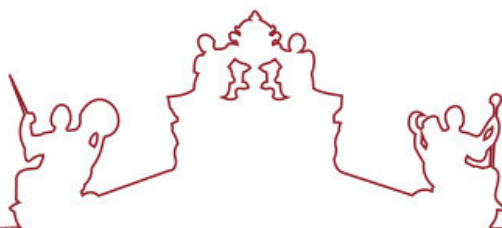
Relatório de Estágio

O enfermeiro especialista como promotor da articulação dos cuidados à criança com doença crónica

Diana Cristina da Silva Relvas

Orientador(es) | Maria Antónia Chora

Évora 2026



O relatório de estágio foi objeto de apreciação e discussão pública pelo seguinte júri nomeado pelo Diretor da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus:

Presidente		Ana Maria Grego Dias Sobral Canhestro (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde)
Vogais		António Nova (Universidade de Évora) (Arguente) Maria Antónia Chora (Universidade de Évora) (Orientador) Mónica Monteiro (Universidade de Évora)

*Há uma Primavera em cada vida:
É preciso cantá-la assim florida,
Pois se Deus nos deu voz, foi pra cantar!*

*E se um dia hei de ser pó, cinza e nada
Que seja a minha noite uma alvorada,
Que me saiba perder... pra me encontrar...*

Florbela Espanca

AGRADECIMENTO

O presente relatório resulta, inevitavelmente, dos contributos daqueles que acompanharam este percurso, aos quais expresso a minha sincera gratidão.

À equipa docente deste curso, agradeço o incentivo pela procura da excelência do exercício profissional através da prática baseada na evidência.

Em especial à Professora Doutora Maria Antónia Chora, pela serenidade da sua orientação e disponibilidade ao longo dos estágios, assim como pela escuta ativa e generosidade na resolução de compromissos pessoais e profissionais.

Às equipas de saúde, aos enfermeiros, e essencialmente aos enfermeiros especialistas de enfermagem de saúde infantil e pediátrica que prontamente me receberam, acolheram e integraram no seio da sua atividade profissional, agradeço a partilha de experiências, conhecimento teórico e prático, e a filantropia, que me permitiram olhar a área pediátrica com maior diferenciação, empatia e humanidade.

Às crianças e respetivas famílias a quem prestei cuidados, por ter sido muitas vezes por estas considerada como enfermeira de referência, ainda que fora do meu domicílio profissional.

À equipa de enfermagem à qual pertenço, agradeço a disponibilidade e celeridade nas trocas de turnos, que muitas vezes comprometeram a vida pessoal e profissional e tornaram ingratos os seus horários, destaco as enfermeiras Anabela e Marlene.

À minha colega e amiga Margarida, a minha referência académica, a grande impulsionadora do meu percurso de aprendizagem em enfermagem, a minha conselheira de tantos momentos, obrigada pela presença, mesmo que à distância.

Ao meu núcleo familiar, agradeço a compreensão e tolerância pelo tempo em que tantas vezes estive ausente, bem como o apoio emocional nesta fase desafiante.

Ao meu sobrinho, protagonista das minhas apreciações sobre o seu crescimento e desenvolvimento infantil, a minha fonte de energia inesgotável mesmo em dias cansativos.

À família que me acolheu como sua, especialmente avós e sogros, não tenho forma de agradecer a vossa presença neste longo caminho, os conselhos, a hospitalidade, a confiança, as tarefas domésticas que me aliviaram, tornando bem mais leve esta jornada.

Ao meu namorado, por permanecer após todas as flutuações de humor, o cansaço acumulado, os dias sem esperança, enquanto vivia a mesma experiência que eu com um sorriso no rosto na maior parte dos dias. Sempre foste a prova de que além de colega, excelente enfermeiro e amigo, és o meu companheiro de vida.

A mim, pela perseverança em dias difíceis, por nunca me permitir desistir.

O ENFERMEIRO ESPECIALISTA COMO PROMOTOR DA ARTICULAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA COM DOENÇA CRÓNICA

RESUMO

Introdução: A doença crónica em pediatria associa-se à elevada utilização dos serviços de saúde, sendo a autogestão pelos cuidadores determinante para a adequação dessa utilização. A articulação entre os enfermeiros constitui-se um fator crítico para a continuidade assistencial e para a otimização dos ganhos em saúde.

Objetivo: Descrever o processo de aquisição de competências de Mestre e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Metodologia: Relatório de natureza descritivo-reflexiva, sustentado nos referenciais teóricos de Betty Neuman e Afaf Meleis. Conduzido pela metodologia de projeto, implementou-se um projeto nos locais de estágio objetivando a melhoria da articulação intersetorial de enfermagem.

Resultados: A intervenção desenvolvida reforçou a articulação intersetorial de enfermagem e promoveu a continuidade dos cuidados à criança com doença crónica, através da otimização dos sistemas de informação.

Conclusão: Estes resultados reforçam a importância de estratégias integradas, centradas na coordenação entre serviços, com impacto na eficiência dos cuidados de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Criança; cuidado transicional; doença crónica; enfermagem; família.

THE SPECIALIST NURSE AS A PROMOTER OF TRANSITIONAL CARE FOR CHILDREN WITH CHRONIC DISEASES

ABSTRACT

Introduction: Chronic disease in pediatrics is associated with high utilization of health services, with self-management by caregivers being crucial for the adequacy of this utilization. Coordination among nurses is a critical factor for continuity of care and for optimizing health outcomes.

Objective: To describe the process of acquiring skills for Master's and Specialist degrees in Child and Pediatric Health Nursing.

Methodology: This descriptive-reflective report is based on the theoretical frameworks of Betty Neuman and Afaf Meleis. Using a project methodology, a project was implemented in the internship sites aiming to improve intersectoral nursing coordination.

Results: The intervention developed reinforced intersectoral nursing coordination and promoted continuity of care for children with chronic disease through the optimization of information systems.

Conclusion: These results reinforce the importance of integrated strategies, centered on coordination between services, with an impact on the efficiency of health care.

KEYWORDS: Child; transitional care; chronic disease; nursing; family.

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ABCDE – *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure*

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde

BOMI – Bloco Operatório Materno-Infantil

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CPAP - *Continuous Positive Airway Pressure*

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGE – Direção-Geral da Educação

DGS – Direção-Geral da Saúde

ECCI – Equipa de Cuidados Continuados Integrados

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EGA – Equipa de Gestão de Altas

ELI – Equipa Local de Intervenção

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM - Instituto Nacional de Emergência Médica

IP – Intervenção Precoce

ISBAR – *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations*

MCDT - Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco

NHACJR – Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

PIC – Plano Individual de Cuidados

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RGPD – Regulamento Geral de Proteção de Dados

RN – Recém-nascido

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSE – Registo de Saúde Eletrónico

SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SO – Sala de Observação

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SU – Serviços de Urgência

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

USF – Unidade de Saúde Familiar

UC – Unidade Curricular

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UCP – Unidade de Cuidados Paliativos

UE – Universidade de Évora

ULS – Unidade Local de Saúde

UMCCI - Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados

VI – Ventilação Invasiva

VNI – Ventilação Não Invasiva

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	12
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	18
2.1 TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN	29
2.2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS	32
3. PROJETO DE INTERVENÇÃO	36
3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	36
3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	37
3.3 PLANEAMENTO	38
3.3.1 População.....	38
3.3.2 Espaço temporal e físico	39
3.3.3 Colheita de dados	39
3.3.4 Procedimentos ético-legais	39
3.3.5 Intervenções planeadas.....	40
3.3.6. Métodos de avaliação de resultados	41
3.4 EXECUÇÃO	41
3.4.1. Caracterização dos contextos de estágio	42
3.4.1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade	43
3.4.1.2. Serviço de Urgência Pediátrica	50
3.4.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais	54
3.4.1.4. Serviço de Pediatria.....	58
3.5. AVALIAÇÃO.....	61
3.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS.....	63
4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS	65
4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	65
4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP.....	82
4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	92

5. CONCLUSÃO	96
REFERÊNCIAS	100

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1:	Avaliação da Consecução dos Objetivos Propostos.....	63
-----------	--	----

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	Pirâmide de Kaiser (Dados Nacionais).....	23
Figura 2:	Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.....	31
Figura 3:	Teoria das Transições de Afaf Meleis.....	33
Figura 4:	Transição e Saúde.....	35

APÊNDICES

APÊNDICE I:	Mapa Conceptual.....	112
APÊNDICE II:	Cronograma.....	114
APÊNDICE III:	Sessão de Sensibilização para a Temática.....	116
APÊNDICE IV:	Questionário de Satisfação acerca da Sessão de Sensibilização.....	118
APÊNDICE V:	Plano Individual de Cuidados.....	121
APÊNDICE VI:	Póster “Vamos ter alta, e agora?”.....	123
APÊNDICE VII:	Livro de Bolso “O Meu Plano Individual de Cuidados”.....	125
APÊNDICE VIII:	Parametrização do SIE <i>BSimple</i> para referenciação do RN.....	127
APÊNDICE IX:	Norma de Referenciação da Criança/Jovem com Diabetes Mellitus tipo I.....	131
APÊNDICE X:	Folheto sobre a Profissão de Enfermagem	138
APÊNDICE XI:	Póster “Cuidados de enfermagem na gestão emocional dos pais da criança com doença aguda: <i>scoping review</i> ”	141
APÊNDICE XII:	Resumo do Protocolo da <i>Scoping Review</i> “Promoção da autogestão familiar pelo enfermeiro, através da gestão de casos em pediatria: <i>Scoping Review</i> ”.....	143

ANEXOS

ANEXO I:	Certificado “Digital Learning SClínico Hospitalar – Módulo Internamento - Perfil Enfermagem”.....	149
----------	---	-----

ANEXO II:	Certificado do Curso “Suporte Avançado de Vida Pediátrico”.....	151
ANEXO III:	Certificado “Sessão de Esclarecimento sobre o Funcionamento e Articulação Institucional”.....	154
ANEXO IV:	Certificado “Cuidados de saúde na era digital: competências, liderança e tecnologia”.....	156
ANEXO V:	Certificado “Sessão com Encanto - Vamos falar sobre o autismo”...	158
ANEXO VI:	Certificado “Webinar: Saúde Escolar – Construindo futuros saudáveis”	160
ANEXO VII:	Certificado “Pontes em Pediatria: 1º encontro de equipas de enfermagem de prestação de cuidados pediátricos”.....	163
ANEXO VIII:	Certificado “Sistemas de Informação em Enfermagem”.....	165
ANEXO IX:	Certificado de póster nas “1 ^{as} Jornadas Internacionais de Enfermagem Caminhos Convergentes: a Enfermagem e a Integração de Cuidados”.....	167

1. INTRODUÇÃO

A 9ª edição do Mestrado em Enfermagem em Associação com área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi um curso de carácter profissionalizante que contemplou no seu plano de estudos a elaboração de um relatório de estágio, tal como preconizado pela Ordem dos Enfermeiros [OE].

Integrou a Unidade Curricular [UC] de “Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório”, propondo três estágios de nível hospitalar que lhe conferiram conteúdo. Não obstante, este trabalho académico foi ainda enriquecido por contributos de outro estágio realizado na UC de “Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, pela pertinência desta experiência para o estudo e intervenção junto das equipas de cuidados de saúde da comunidade para a aquisição de competências inerentes à carreira de especialidade que se ambicionou obter.

A Universidade de Évora [UE], instituição de acolhimento deste ciclo de estudos, caracteriza um relatório como um trabalho que traduz a análise/autoavaliação do desempenho de atividades num determinado contexto, expondo as competências desenvolvidas (UE, 2023).

No presente documento pretendeu-se, desta forma, contextualizar o percurso de aprendizagem efetuado, refletindo sobre experiências vivenciadas e atividades desenvolvidas nos locais de estágio para a aquisição das competências inerentes à categoria de Mestre em Enfermagem e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP].

Refletindo sobre o percurso profissional previamente efetuado que motivou o ingresso neste curso, durante a licenciatura ocorreu a oportunidade de experienciar as consultas de saúde infantil e juvenil numa Unidade de Saúde Familiar [USF], sendo estas realizadas por uma enfermeira especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Este aspeto conduziu à reflexão sobre a gestão de recursos humanos, nomeadamente de elementos especialistas nas mais diversas áreas de atuação alocados ou a exercer funções em áreas de especialidade distintas das da sua preferência, com impacto na sua motivação ou perícia na deteção de desvios ao padrão, sendo estes últimos aspetos maioritariamente aprofundados nos respetivos cursos de especialização.

Mais tarde, a atividade profissional concretizou-se primeiramente numa Unidade de Cuidados Paliativos [UCP], onde o trabalho em equipa multidisciplinar era uma realidade através do modelo de gestão de casos e, posteriormente, no âmbito desta especialidade, num Serviço de Pediatria (Internamento), onde a equipa era totalmente constituída por EEESIP.

Este fator despertou para a plasticidade deste profissional, que num minuto cuida de um recém-nascido que se expressa somente através do choro, e no seguinte utiliza estratégias de comunicação para potenciar a autoestima de um adolescente confrontado com o diagnosticado de Diabetes Inaugural e se vê repleto de dispositivos de apoio à manutenção da doença crónica. Desde este momento, foi evidente a necessidade de atingir as mesmas competências teóricas, técnicas, relacionais e humanas, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados nesta área, e este caminho convergiu indubitavelmente para a Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

De facto, o EEESIP aborda uma variedade de respostas humanas da criança que podem estar apenas relacionadas com o seu crescimento e desenvolvimento infantil, ou expressarem sinais/sintomas de processos de doença. Dada esta complexidade no cuidado diferenciado, foi reconhecida a sua importância e regulamentado este âmbito de especialidade, definindo o seu perfil de competências de mestre e especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica em documentos legais, como o Regulamento n.º 422/2018 (2018), o Regulamento n.º 140/2019 (2019) e o Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018).

Para suportar este percurso de aprendizagem, foi desenvolvido um projeto de intervenção, intitulado “O enfermeiro especialista como promotor da articulação dos cuidados à criança com doença crónica”. Esta temática emergiu do autodiagnóstico das referidas competências percecionadas como não adquiridas ou a desenvolver, aliado à identificação, no decorrer do exercício profissional, de aspetos a melhorar para a integração dos cuidados e para o processo assistencial a esta população. Foram exemplos destes aspetos: o papel ativo dos EEESIP na referenciação da criança e família para meios diferenciados e adequados às suas necessidades de cuidados, tal como descrito no Regulamento n.º 422/2018 (2018) das competências específicas do EEESIP, sendo esta função, na prática, exercida maioritariamente pela equipa médica; a coordenação entre as equipas de enfermagem prestadoras de cuidados à criança portadora de doença crónica ao longo do todo o percurso da mesma; e a prevenção do uso inadequado dos serviços de urgência pediátrica e dos recursos comunitários por parte dos cuidadores de crianças com doença crónica pela fragmentação dos cuidados existente.

Assim, o projeto teve como objetivo potenciar a articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com doença crónica.

Foi estruturado segundo a metodologia de projeto, que contempla essencialmente cinco etapas: Diagnóstico de situação; Definição dos Objetivos; Planeamento de atividades, meios e estratégias; Execução e avaliação de resultados; e Divulgação de Resultados (Ruivo *et al.*, 2010), culminando na discussão pública do presente Relatório de Estágio.

Primeiramente, foi iniciada pesquisa em bases de dados com o objetivo de realizar, concomitantemente, uma revisão da literatura sobre o tema. No entanto, por limitação de dados encontrados a nível nacional, foi dirigida pesquisa livre, suportada por literatura cinzenta e por documentos legais em vigor em Portugal, reforçando a pertinência de estudar esta temática cada vez mais atual na casuística dos cuidados de saúde neste país.

A assistência em saúde é um direito de todos os cidadãos, defendido na Constituição da República Portuguesa, na Lei de Bases em Saúde, entre outros documentos construídos há várias décadas, no entanto universais e aplicáveis à atualidade.

Especialmente na doença crónica, é presumível a necessidade frequente de cuidados de saúde desde o diagnóstico, estabilização e manutenção da doença, quer pelas equipas de saúde, quer pelos cuidadores da criança que, devidamente capacitados pelos enfermeiros, asseguram a prestação destes cuidados no domicílio. Sendo indissociável esta díade, nesta área de especialidade conceptualiza-se “pessoa” como o binómio criança/jovem e família (OE, 2017), pelo que este foi o termo privilegiado no decurso textual.

É essencial uma coordenação eficaz das equipas de enfermagem para uma transição segura dos cuidados, tornando eficiente o atendimento à pessoa entre os diversos setores da saúde. Desta forma, estas equipas otimizam o percurso assistencial, garantindo continuidade e suporte à família, potenciando a autogestão familiar da doença crónica no domicílio. A equipa de enfermagem deverá ser entendida como singular, na medida em que independentemente do local/setor de saúde, existe coesão intersetorial que permite à pessoa transitar entre os vários níveis da prestação de cuidados sem que sinta uma quebra de informação ou uma alteração na forma do cuidar habitual da criança.

Para isso, é imprescindível acompanhar com proximidade a sua evolução, a adaptação às condições de saúde, à faixa etária e estadió de crescimento e desenvolvimento, contextualizadas no seu ambiente familiar, literário, socioeconómico, cultural e religioso.

Para alcançar esta realidade, existem enfermeiros com competência acrescida, nomeadamente os EEESIP, que poderão trocar entre si matéria acerca do processo individual de cuidados da criança com doença crónica, personalizando a experiência desta díade “criança/família” na assistência em saúde ao encontro das suas necessidades reais de cuidados. O EEESIP assume especial destaque por ser habilitado para uma

prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança,

bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente. (Regulamento nº 422/2018, p. 19192).

Contudo, é ainda dificultado o estreitamento das ligações existentes entre as equipas de enfermagem dos diversos níveis de prevenção da saúde. Esta quebra de elos integrantes de uma mesma cadeia, cada qual com grau de proximidade e vigilância particulares durante as várias fases da doença crónica, interrompe a transição e vulnerabiliza a criança a riscos que podem comprometer a sua saúde, potenciando agudizações e a procura por vezes inadequada dos serviços de urgência pediátrica.

Foram várias as reformas implementadas ao longo dos anos no Serviço Nacional de Saúde [SNS] que visaram a integração dos cuidados, isto é, a disponibilização do “tipo e volume adequado de recursos às necessidades específicas dos utentes, no local certo e em tempo útil” (Dias & Queirós, 2010, p.3). Recentemente, foram criadas várias Unidades Locais de Saúde [ULS] a nível nacional, agrupando os serviços de saúde do setor público numa mesma instituição, em determinada região. Este modelo de governação permite uma gestão dos recursos materiais e humanos de uma determinada área geográfica, centralizada numa só administração, permitindo revisar protocolos ao encontro da uniformização dos cuidados, potenciando a qualidade de vida da população residente e permitindo economizar custos desnecessários suportados pelo SNS.

Na primeira parte deste documento, foi realizado um diagnóstico de situação sobre a temática, obtido através da pesquisa realizada, procurando explorar dados sobre esta população pediátrica em Portugal.

Seguidamente, foi conceptualizada a temática epistemologicamente à luz da Teoria dos Sistemas de Betty Neuman e da Teoria das Transições de Afaf Meleis. Neuman perspetiva a pessoa como um sistema aberto, em constante interação com o meio que o envolve, adaptando-se ou adaptando-o com mais ou menos facilidade para satisfazer as suas necessidades (Freese, 2004). Para Meleis, a pessoa vivencia transições quando ocorre uma alteração do seu estado de saúde/doença, situacional, organizacional ou desenvolvimental, encontrando-se neste período mais vulnerável a riscos que podem afetar negativamente a sua saúde (Meleis *et al.*, 2000). Pressupõe-se, mediante o exposto, que a criança é um ser com vulnerabilidade acrescida pelas condicionantes inerentes ao seu crescimento e desenvolvimento infantil, em interação com o ambiente que a rodeia mediada diretamente

pelos seus cuidadores. Estes, por sua vez, experienciam em simultâneo a parentalidade como uma transição situacional.

Na terceira parte, foi dada continuidade à clarificação do projeto de intervenção, onde foram detalhadas as suas fases orientadas pela metodologia condutora do mesmo (diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução, avaliação de resultados e divulgação dos mesmos). Foram caracterizados os contextos de estágio designados para responder às necessidades de aprendizagem, ao encontro do proposto para este ciclo de estudos, nas fases de execução e avaliação de resultados, por ter sido nesta etapa que decorreu o contacto com estes locais da prática clínica e a implementação do projeto previamente delineado. Por fim, foi desenvolvida uma análise reflexiva acerca das competências de mestre, enfermeiro especialista e EEESIP adquiridas.

Os locais de estágio foram projetados de modo a permitirem, numa mesma ULS, a identificação de recursos comunitários de suporte e referenciação da criança com doença crónica e, deste modo, foi selecionada uma Unidade de Cuidados na Comunidade [UCC]; posteriormente foi escolhido o Serviço de Urgência Pediátrica [SUP], por ser considerado a “porta de entrada do SNS”, com vista a perceber as situações que motivavam os cuidadores a recorrer ao nível hospitalar e se poderiam ser atendidas nos serviços de urgência básicos (SUB); de seguida foi perspectivada uma unidade de cuidados intensivos neonatais [UCIN] por ter ainda associada a complexidade inerente ao recém-nascido e à prematuridade; por fim, foi ponderado o contexto de internamento de pediatria numa ULS diferente da dos anteriores contextos para permitir comparar a atividade do EEESIP na coordenação dos cuidados de enfermagem e na referenciação para os serviços de apoio intra-hospitalares e extra-hospitalares nas diferentes ULS e, como tal, em diferentes culturas organizacionais.

A recolha de conteúdos decorreu de entrevistas não estruturadas a enfermeiros e do acesso e consulta de dados clínicos para estatística (p.e. número de crianças referenciadas entre os serviços), os quais foram devidamente tratados e destruídos, ao abrigo da Lei de Proteção de Dados discriminada no Regulamento Geral de Proteção de Dados [RGPD] (Lei n.º 58/2019, 2019). Foi decidido não solicitar o parecer da Comissão de Ética. A temática em análise debruçou-se sobre as equipas de enfermagem, salvaguardando a utilização de contributos através do consentimento verbal dos EEESIP e enfermeiros de cuidados gerais prestadores de cuidados à criança/jovem consultados. De forma a manter o anonimato, foi reduzida alguma informação para prevenir a identificação de pessoas ou locais de prestação de cuidados, pelo que foi omitido, por exemplo, a visão, missão e valores de cada um deles; nomes concretos de projetos em que estejam envolvidos, entre outros.

Este documento encontra-se formatado de acordo com as Normas para realização de trabalhos académicos e científicos escritos na Universidade de Évora – Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, e as fontes mobilizadas para a sua fundamentação e elaboração encontram-se referenciadas de acordo com a 7^a edição da *American Psychological Association (APA 7th Edition)*.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A evolução da enfermagem enquanto disciplina trouxe contributos significativos para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, segura e de qualidade, o que se refletiu ao nível da profissão de enfermagem, dotando-a de estratégias, recursos e instrumentos para os mais diversos desafios da prática clínica dos enfermeiros. Aliado a estes aspetos, o aperfeiçoamento de ferramentas tecnológicas aplicadas ao ramo da saúde permitiu meios complementares de diagnóstico e terapêutica [MCDT] mais sofisticados, potenciou diagnósticos médicos mais céleres, tratamentos mais eficazes e em fases mais precoces da doença crónica. De igual forma, o estabelecimento de programas nacionais de saúde infantil e juvenil estruturados em consultas regulares estrategicamente coincidentes com fases específicas de cada estadio de desenvolvimento e crescimento da criança/jovem foram determinantes para a sinalização de alterações ao padronizado e expectável para a respetiva faixa etária.

O relatório da Direção-Geral da Saúde [DGS] (2025) sobre a “Mortalidade fetal, infantil e abaixo dos 5 anos – 2017-2021” veio reforçar que patologias que anteriormente representavam fatalidades foram estudadas, compreendidas e controladas, refletindo a redução da mortalidade infantil e o aumento da esperança média de vida das crianças portadoras de doença crónica.

A melhoria destes indicadores de saúde reflete efetivamente a qualidade do SNS, porém constitui uma fonte de sobrecarga de custos às quais o atual modelo de governação ainda não conseguiu dar resposta, verificando-se o aumento da despesa pública associada ao setor da saúde.

No contexto da doença crónica em idade pediátrica, a criança ultrapassa o limite etário convencionalmente estabelecido pela legislação aos 18 anos, podendo a sua integração nos cuidados pediátricos prolongar-se até aos 21 ou 25 anos, ou até que a transição para a vida adulta se encontre efetivamente consolidada (OE, 2017).

A doença crónica caracteriza-se por uma evolução prolongada, exigindo vigilância contínua por parte das equipas de saúde e a implementação de regimes terapêuticos específicos, orientados para a regulação das respostas humanas e a promoção da adaptação a padrões de normalidade (OE, 2017).

Esta condição assume especial impacto nesta área de especialidade, pois ocorre durante as fases de crescimento e desenvolvimento infantil. Neste período, o organismo ainda não se encontra estrutural e anatomicamente maturado e semelhante ao corpo de um adulto e, como

tal, possui características específicas que condicionam a vivência da doença crónica ao nível biológico, psicológico, social, espiritual, inserido num contexto domiciliário também ele suscetível a significativas reestruturações da sua dinâmica familiar, socioeconómica e profissional dos cuidadores.

Dadas as suas características, a criança é um ser em desenvolvimento da sua plena maturidade e autonomia (Nunes, 2020). Como tal, a criança com discernimento pode expressar livremente a sua vontade relativa às decisões acerca da sua saúde, estando subjacente para esta condição a sua idade e maturidade (Deodato, 2020).

Muitas vezes, a vivência da doença crónica pode condicionar ou até mesmo impedir a autodeterminação da criança, tornando-a um ser exclusivamente dependente de terceiros para a gestão da sua condição de saúde. Enquanto menor de idade, encontra-se sob proteção dos seus cuidadores, os quais assumem a responsabilidade de promoção da saúde, prevenção de doenças e reabilitação desta (Deodato, 2020).

Neste contexto, surge o conceito de autogestão (*self-management*) como o conjunto de aprendizagens e o treino de competências necessárias para a manutenção de uma vida ativa e emocionalmente satisfatória, que cursa com a vivência de uma doença crónica (Bastos, 2013), para este caso específico, incidindo na autogestão familiar.

O conceito de autogestão tem vindo a ser aprimorado desde a década de 60 do século XX, sendo que o aspeto comum a todas as proposições atribui a centralidade dos cuidados à pessoa, visando a sua *expertise* na gestão da doença (Bastos, 2013). Esta maestria resulta do conhecimento prático adquirido pela vivência desta doença no seu quotidiano, descurando derivar apenas do conhecimento teórico acerca da sua situação clínica (Bastos, 2013). Como tal, apela-se à capacitação da pessoa através da educação para a saúde e do treino de habilidades (inclusive procedimentos de enfermagem), abandonando o modelo centrado nos profissionais de saúde para um modelo colaborativo (Bastos, 2013).

A autogestão está intimamente relacionada com o *empowerment* da criança e da família, isto é, com o processo contínuo em que a pessoa ganha controlo sobre as decisões e ações que afetam a sua saúde, detendo a capacidade para identificar necessidades, planear estratégias e intervir para atender às mesmas (Ramos, 2020). Todos os indivíduos têm capacidade de se empoderar, o enfermeiro surge apenas como facilitador desse processo, encontrando-se o *empowerment* da pessoa dependente de si própria (autoconceito, autoeficácia, motivação, ...), do enfermeiro (educador, defensor, conselheiro, ...) e da relação estabelecida entre ambos (negociação, confiança, empatia, participação, ...) (Ramos, 2020).

Não é coincidência que os modelos que suportam a enfermagem pediátrica assentam em dois pilares: na parceria de cuidados, proposta por Anne Casey; e nos cuidados centrados na família.

No modelo da parceria de cuidados, o impacto negativo da separação entre a criança e a família aquando da hospitalização invocou, primeiramente, ao acompanhamento permanente da mesma durante o seu internamento hospitalar (Monteiro & Cerqueira, 2020). A doença crónica requer cuidados complexos, quer no âmbito hospitalar como domiciliário, pelo que a participação dos pais na prestação de cuidados à criança durante a hospitalização assenta na premissa da continuidade destes cuidados, possibilitando a alta clínica (Monteiro & Cerqueira, 2020). O planeamento dos cuidados à criança decorre da parceria estabelecida com os pais, envolvendo-os em função das suas capacidades e desejo, quer no desempenho de intervenções quer nas tomadas de decisão (Monteiro & Cerqueira, 2020). Para tal, o enfermeiro presta apoio em diferentes níveis, podendo inclusive substituir os pais nos cuidados habituais do domicílio, quando necessário (Monteiro & Cerqueira, 2020). Os melhores cuidados prestados à criança provêm da sua família, garantindo afeto, segurança e apoio, diminuindo as consequências da doença e hospitalização para a díade (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Como estabelecido no Padrão de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, deve ser explorada a intenção e nível de participação dos pais ou pessoa significativa nos cuidados, sendo imprescindível a sua capacitação e disponibilização do suporte, partilhando conhecimento, de forma também a garantir-lhes competências para a autogestão no domicílio, para uma tomada de decisão informada e consciente acerca do percurso assistencial (OE, 2017).

No modelo de cuidados centrados na família, para além da parceria de cuidados estabelecida, são igualmente consideradas as necessidades da família como foco de intervenção de enfermagem (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). De facto, a doença crónica implica alterações significativas dos cuidados à criança no domicílio, acarretando esforços da família a nível pessoal, profissional, económico, social, entre outros. Assim, este modelo incide no planeamento, prestação e avaliação de cuidados à pessoa, binómio criança/jovem e família (Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020), personalizando a autogestão familiar.

A prestação de cuidados especializados a esta população distingue-se da dirigida ao adulto, nomeadamente ao nível da proximidade relacional, do modelo de cuidados, dos intervenientes envolvidos e das parcerias estabelecidas (Martins, 2012). Implica a adaptação

de estratégias de controlo da dor, particularmente em procedimentos invasivos e noutras intervenções potencialmente geradoras de desconforto, bem como a abordagem na manutenção de sintomas, recursos materiais específicos e de dimensões adaptadas à criança, doses minuciosamente calculadas, prescritas para o seu peso e que por vezes pressupõem algum dispêndio de terapêutica.

No que se refere ao impacto no sistema de saúde, em Portugal estima-se que 13-18% das crianças e jovens apresentem doença crónica, de natureza orgânica ou mental (Ferreira, 2015). Neste universo incluem-se as crianças com doença crónica complexa, caracterizada pelo envolvimento de múltiplos órgãos ou sistemas, frequentemente associada a elevada utilização dos serviços de saúde, necessidade de cuidados altamente especializados e/ou dependência de tecnologia médica, bem como a episódios recorrentes de internamento em centros terciários (Ferreira, 2015). Este subgrupo específico compreende menos de 1% das crianças portadoras de doença crónica, consumindo 15% dos recursos de saúde, totalizando 19% das hospitalizações, 49% dos dias de internamento e 53% dos gastos hospitalares (Ferreira, 2015).

Prevalecem cerca de 6000 crianças e jovens com necessidades especiais de saúde e/ou paliativas, quer de origem oncológica, neuromuscular, cardiovascular, alterações congénitas e/ou genéticas (Charepe, 2020).

A complexidade das situações de saúde destas crianças exige das famílias um processo contínuo de adaptação à condição de saúde e de capacitação para a prestação de cuidados, sendo este processo amplamente promovido pela intervenção dos enfermeiros, particularmente dos EEESIP.

Na literatura, têm sido apontadas intervenções de suporte social, educativas e psicossociais de enfermagem, pelo que a relação terapêutica estabelecida entre a equipa e a pessoa tem influência direta na perceção desta acerca do apoio emocional, informativo e instrumental (Charepe, 2020). São também referidas intervenções como “a referenciação para os serviços de intervenção precoce; a identificação prévia e posterior encaminhamento para os recursos comunitários dirigidos à criança/jovem com doença crónica; a facilitação no acesso aos cuidados continuados e paliativos em contexto domiciliar” (Charepe, 2020, p. 234).

Com enfoque nas suas competências, o EEESIP torna-se o profissional de eleição na abordagem à pessoa com doença crónica, por ser reiteradamente aquele que acompanha com maior proximidade e perícia na identificação de potenciais necessidades de intervenção de outros profissionais.

Seria pertinente a alocação de EEESIP aos vários setores da saúde, já que se verifica que

os cuidados a estas crianças resultam numa rede muito complexa, que se estende por diversas especialidades e subespecialidades, muitas vezes em mais do que uma instituição de saúde, outros profissionais (enfermagem, terapeutas vários, nutricionistas), e ligação a serviços fora da saúde, como o ensino especial e os serviços sociais. (Ferreira, 2015, p.177).

Uma vez que as pessoas portadoras de doença crónica utilizam a maior parte dos recursos disponíveis, e ainda assim podem estar a receber cuidados de saúde inadequados, que não correspondem às suas necessidades (Dias & Queirós, 2010), que um terço dos internamentos não programados é evitável e mais de metade resulta de lacunas na coordenação dos cuidados prestados (Ferreira, 2015), é indissociável desta prática clínica intersetorial a necessidade de uma articulação e coordenação eficaz entre as equipas de enfermagem com a finalidade de melhorar o percurso assistencial à criança/jovem e família com doença crónica.

Para além dos incentivos atualmente existentes que regulam a atividade dos profissionais nos cuidados de saúde primários, torna-se crucial reforçar estes serviços enquanto estrutura de suporte ao acompanhamento contínuo e à reintegração na comunidade, quer a nível de recursos materiais como também de dotação de recursos humanos qualificados. De igual forma, capacitar as famílias para a autogestão da doença crónica, particularmente no que respeita à tomada de decisão informada sobre percursos assistenciais integrados, promoverá uma utilização adequada dos serviços de saúde.

Possuindo o meio hospitalar problemas reconhecidos neste âmbito, evidenciando a fragmentação existente entre os serviços de saúde (Dias & Queirós, 2010), é necessário implementar medidas para melhoria contínua destes percursos assistenciais, protocolando/uniformizando modos de atuação/referenciação, para garantir a continuidade e integração dos cuidados.

São vários os estudos que evidenciam o aumento do erro e risco clínico por ausência de fluxo de informação atempada entre as equipas de prestação de cuidados em todo o domínio do percurso assistencial (Despacho n.º 2784/2013, 2013).

A integração dos cuidados é entendida como o conjunto de estratégias para melhorar a acessibilidade da pessoa aos serviços de saúde, otimizando os recursos assistenciais existentes e correspondentes padrões de qualidade de prestação de cuidados, incrementando a satisfação dos utentes e profissionais de saúde (Dias & Queirós, 2010).

De forma preliminar, este conceito tem vindo a ser difundido há vários anos, sugerindo Lemos (2003) citado por Ribeiro (2012) a reestruturação dos hospitais e centros de saúde, apostando nos cuidados domiciliários e ambulatoriais; a criação de enfermeiros de referência; a formação dos profissionais envolvidos nos cuidados pediátricos no sentido da articulação intersetorial.

Mais recentemente, o SNS tem promovido a gestão e reorganização dos serviços de saúde nas instituições públicas, sugerindo como ferramenta de gestão a estratificação da população pelo risco. Esta perspetiva permite fomentar a integração dos cuidados através do ajuste dos percursos assistenciais (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2022). Ao padronizar a população pelas suas comorbilidades, consumo de recursos, ocorrência de agudizações ou recorrência aos serviços de saúde, com eventuais custos associados, emergem grupos de risco ajustado, categorizados através da Pirâmide de Kaiser (Figura 1).

Figura 1: Pirâmide de Kaiser (Dados Nacionais)

Nível de Risco	Percentil	% Utentes no total da população de risco moderado a muito alto	Qtd. Utentes	% Custo no total da população de risco moderado a muito alto
Muito Alto	P95	4,68%	214.143	18,08%
Alto	P80-P95	14,77%	676.451	24,70%
Moderado	P0-P80	80,56%	3.689.600	57,23%
Baixo	NA		5.897.204	

Fonte: ACSS, 2025

Viabiliza-se o esboço do perfil de cada Unidade Local de Saúde, permitindo às entidades governamentais a disponibilização de recursos materiais e financeiros mediante esta avaliação e, portanto, o ajuste dos serviços e programas de saúde às necessidades reais da população, investindo na intervenção antecipatória e preventiva da saúde (ACSS, 2022).

Estes conceitos remetem para configurações ideais de organização dos cuidados que têm vindo a ser implementadas de forma gradual e desigual, nomeadamente no que se refere à integração da criança na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI], cuja expressão permanece limitada em várias regiões do país. Apesar da criação de equipas intra-hospitalares de cuidados paliativos pediátricos, a sua capacidade de resposta mantém-se insuficiente face às necessidades da população, o que conduz, frequentemente, à referenciação para hospitais diferenciados localizados na capital do país. Os cuidados continuados

pressupõem um programa de cuidados que existe para além das fronteiras das instituições, durante longos períodos (Dias & Queirós, 2010).

Em Portugal, nas unidades pertencentes à RNCCI, o modelo de gestão de casos está implementado. Esta abordagem garante a prestação de serviços multidisciplinares, devidamente coordenados, orientada para as necessidades efetivas da pessoa, de forma eficiente e atempada (Marques, 2019). Este modelo surgiu na década de 70 do século XX, aplicado ao ramo da saúde pelas seguradoras como forma de restringirem custos através da coordenação de serviços (Marques, 2019). Traduz-se normalmente num processo de acompanhamento a longo prazo, contudo pode também adotar-se em ocorrências específicas, como um internamento hospitalar, e visa a redução de custos associados ao uso dos serviços hospitalares, à melhoria dos cuidados prestados e à personalização da experiência da pessoa (Ross *et al.*, 2011).

São cinco as etapas da gestão de casos sugeridas por este autor: identificação do caso; avaliação diagnóstica, planeamento de intervenções; coordenação dos cuidados pelo gestor de caso; encerramento do caso aquando da resolução das necessidades da pessoa (Ross *et al.*, 2011).

O gestor de caso é o elemento de articulação entre todos os intervenientes, facilitador da comunicação e coordenação entre a pessoa e a equipa (Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados [UMCCI], 2009). É responsável pela avaliação da pessoa, proporcionando a abordagem de profissionais de várias áreas, e pela consequente elaboração e atualização do Plano Individual de Cuidados [PIC] em parceria com esta e com os seus cuidadores. Esta figura pode corresponder a um enfermeiro, assistente social ou outro de acordo com o âmbito das necessidades da pessoa, acompanhando-o desde a admissão até à alta (Marques, 2019). De forma clara, é da sua responsabilidade o planeamento da alta clínica (Silva, 2017).

Este método tem como vantagens o aprofundamento da relação entre o gestor de caso e a pessoa, personalizando os cuidados e promovendo a continuidade dos mesmos, conferindo maior autonomia ao enfermeiro e facilitando o planeamento da alta (Silva, 2017). Em contrapartida, o tipo de horários praticados, trocas entre funcionários e elevada rotatividade de doentes no serviço, é de difícil implementação por exigir maior dotação de profissionais, e especificamente, com competência acrescida para este tipo de gestão de cuidados (Silva, 2017).

O Plano Individual de Cuidados é um documento que explana esta avaliação multidisciplinar e consequentes percursos assistenciais à pessoa, objetivando a personalização

da experiência deste interveniente e a continuidade dos cuidados que recebe (UMCCI, 2009). É formatado de acordo com o plano individual de intervenção, sendo este último o compêndio de objetivos a atingir e intervenções a realizar, após o diagnóstico das necessidades efetuado, para a recuperação ou manutenção social e clínica (UMCCI, 2009).

Os internamentos nos serviços de pediatria para descanso do cuidador, controlo sintomático de agudizações por ausência de equipas de referência ou de planos individuais de cuidados apelam à criação de estruturas comunitárias com profissionais formados para a prática especializada. Todos estes aspetos foram aferidos pela reconciliação entre as experiências durante o exercício profissional (existência de vagas de carácter social ou a necessitar de intervenção terciária sem resposta por ausência de instituições para esse fim), corroborada pelas vivências em contextos de estágio, as quais serão detalhadas posteriormente, reforçando a pertinência deste percurso académico.

Por sua vez, a continuidade dos cuidados traduz-se nas transferências da pessoa entre os vários serviços de saúde, comportando assim os processos de transição entre os vários níveis da prestação de cuidados (Dias & Queirós, 2010). A gestão destas transições é ainda elementar, na medida em que não são mobilizadas estratégias existentes para este fim, transferindo muitas vezes esta tarefa para os utilizadores do sistema de saúde (Dias & Queirós, 2010).

Com enfoque na transferência da pessoa entre os serviços de saúde através da articulação organizada entre as equipas/prestadores de cuidados no sentido de um processo assistencial ininterrupto e não fragmentado (Dias & Queirós, 2010), os enfermeiros devem ser proativos na procura de estratégias para o estabelecimento de trabalho em rede, quer a nível local, quer regional e nacional.

É ainda categórico analisar os atuais padrões assistenciais a que assistimos diariamente nos noticiários, essencialmente o uso desmedido e desproporcional dos serviços de urgência [SU]. Segundo Oliveira (2020), os SU constituem a principal porta de acesso ao SNS, seja em situações não emergentes ou não urgentes, limitando a sua capacidade de resposta às situações potencialmente graves que carecem efetivamente da intervenção especializada destes serviços.

A população não se encontra consciencializada para os custos acometidos às idas aos SU que poderiam ser evitadas com uma melhor articulação dos cuidados entre as equipas, a definição de critérios que auxiliassem a pessoa a tomar decisões esclarecidas de quando deveriam recorrer ao SU ou a outros estabelecimentos de saúde. É certo que “todos têm

direito a receber cuidados de saúde de que precisam, mas nos locais certos, e em função das suas necessidades” (Lemos *et al*, 2023, p.2).

Algumas das causas mais frequentes do recurso aos SU são a resolução imediata para os problemas de saúde pela disponibilidade de recursos materiais e humanos especializados, fácil acessibilidade aos SU em detrimento dos cuidados de saúde primários [CSP], sendo que estes últimos se encontram dotados de médicos de família com pouca formação na área pediátrica (cerca de 2 meses de formação neste âmbito, de acordo com Ferreira, 2015), possuem poucos MCDT e horário de atendimento limitado (Lemos *et al*, 2023).

Constatado como problema por vários autores, é fundamental entender que não foi indiferente ao sistema político do nosso país. Assim, o recurso desmedido aos SU sem referência pela linha SNS24 ou pelos cuidados de saúde primários, apelou à reforma do SNS, emergindo o modelo de Unidade Local de Saúde (Dias & Queirós, 2010).

Foi primeiramente implementado um projeto piloto, em 1999, com a criação da Unidade Local de Saúde de Matosinhos (Decreto-Lei nº 207/99, 1999). Posteriormente, foram criadas as restantes, tendo a última grande reestruturação ocorrido em novembro de 2023, pelo Decreto-Lei nº 102/2023 (2023), nomeadamente a ULS onde sugerimos frequentar a maior parte dos estágios.

As Unidades Locais de Saúde asseguram a “prestação integrada de cuidados de saúde primários e hospitalares, o reforço dos cuidados primários na resposta de proximidade e continuidade na assistência em saúde e a aposta na promoção da saúde” (Decreto-Lei nº 102/2023, 2023, p.3), agrupando assim estes serviços de saúde atendendo à sua localização regional. Desta forma, a sua criação qualificou a resposta do SNS, com o objetivo de aproximar as equipas de profissionais de saúde pela ampliação da sua articulação, focando-se na experiência e nos percursos da pessoa entre os vários níveis de cuidados (Decreto-Lei nº 102/2023, 2023). Estes locais de prestação de cuidados correspondem assim a uma só instituição de saúde, a ULS, pelo que a transição entre os mesmos deve evitar a fragmentação dos cuidados para que a pessoa seja cuidada de forma semelhante, ter acesso a informações concordantes e sinta confiança para com as equipas que lhe prestam cuidados. Todavia, continua a verificar-se que, grande parte das vezes, os profissionais atuam de forma independente, seja dentro da mesma instituição ou noutros setores da saúde (Dias & Queirós, 2010).

A criação das ULS não trouxe ganhos significativos perante outros modelos de governação anteriores, não se traduzindo em menos hospitalizações e evidenciando internamentos mais prolongados e menos cirurgias de ambulatório comparativamente a estes

(Ferreira & Fonseca, 2023), no entanto, “...tem-se vindo a adoptar e a abandonar modelos, muitas vezes sem tempo para um diagnóstico adequado dos seus contributos e limitações...” (Dias & Queirós, 2010, p.6).

Todos os autores supracitados defendem que melhorar a articulação entre as equipas de profissionais de saúde intra e interinstitucionais é indispensável para incrementar ganhos em saúde, eficiência, qualidade assistencial e satisfação das necessidades da pessoa, num verdadeiro ecossistema em constante interação.

Para o sucesso das ULS, é fundamental suportar estes percursos através de sistemas informáticos que permitam a reunião da informação relevante da pessoa e o acesso à mesma pelos profissionais em cada setor da prestação de cuidados (Ferreira & Fonseca, 2023).

Para tal, os Sistemas de Informação em Enfermagem [SIE] têm vindo a ser desenvolvidos e implementados nos serviços de saúde públicos para assegurar que a informação flua naturalmente entre os diversos setores da saúde, nomeadamente através da ferramenta digital Registo de Saúde Eletrónico [RSE], que reúne a informação de saúde de cada cidadão.

Esta plataforma permite a compilação de informação clínica, salvaguardando a proteção de dados (Lei n.º 58/2019, 2019), garantindo o acesso à mesma pelos profissionais de saúde em diferentes pontos do SNS, e partilhando a informação registada com os cidadãos que detenham n.º de utente no SNS, podendo este último agente auditar estes acessos através da Área do Cidadão (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde [SPMS], 2019). Uma das suas funcionalidades é o eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil, útil no atendimento à criança e jovem.

À primeira vista, o RSE aparenta ser uma ferramenta indispensável para a integração dos cuidados, porém apresenta algumas desvantagens: o acesso é restrito maioritariamente às entidades públicas, pelo que a atividade dos serviços de saúde do setor privado não poderá ser acedida (privacidade e confidencialidade); implica empenho e tempo do profissional de saúde para preencher devidamente o eBoletim da criança nesta plataforma e consultar o mesmo nos diversos contextos da prestação de cuidados, o que é contestável pelas dotações seguras que a profissão vivencia na atualidade; o eBoletim contém lacunas na informação relativa ao PIC das crianças com doença crónica.

Em 2014, com enfoque nos cuidados paliativos pediátricos, era já defendido que

dentro dos instrumentos já existentes ou em desenvolvimento nos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, deverão ser criados separadores apropriados para um

observatório de crianças com necessidades paliativas, o registo do plano individual de intervenção (eBoletim de Saúde Infantil e Juvenil) e páginas específicas de acesso livre e de acesso restrito contendo informação diferenciada para, respetivamente, utentes e profissionais. (Lacerda *et al.*, 2014, p.122).

Por sua vez, foi também evidenciado que os SIE compreendem os indicadores de qualidade e objetivam dar visibilidade aos cuidados prestados, pelo que é crucial a uniformização dos registos de enfermagem (Nascimento *et al.*, 2021). No entanto, os profissionais têm dificuldade em perceber o seu impacto (Nascimento *et al.*, 2021). É importante que sejam interoperáveis e *user friendly*, ao encontro das expectativas dos usuários (Nascimento *et al.*, 2021).

Posto isto, as fontes mobilizadas suscitam que a coordenação dos cuidados pode ser melhorada através de incentivos financeiros. Reconhecem a necessidade de motivar financeiramente os profissionais de saúde para a coordenação dos cuidados, pois admitem que esta consome tempo, o qual deve ser remunerado (Dias & Queirós, 2010).

Há ainda um longo caminho a percorrer a nível de governação clínica, área da saúde que se distancia da intervenção do EEESIP que pretendo evidenciar. No entanto, realço estes aspetos pelas competências preconizadas do enfermeiro especialista na gestão dos cuidados, melhoria contínua da qualidade, na referenciação e articulação dos cuidados (Regulamento 140/2019, 2019).

Para garantir o suporte teórico da prática de enfermagem, muitas foram as precursoras de diferentes teorias de grande e médio alcance com vista a produzir conhecimento sobre os fenómenos vivenciados, contribuindo para o berço da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Como em qualquer aspeto da prática clínica, os contributos da epistemologia não podem ser negligenciados, interpolados à evidência científica atualizada. Deste modo, a problemática foi numa primeira abordagem interpretada tendo por base a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman por ser uma grande teoria e, como tal, versátil e flexível para a abordagem a variadas situações específicas. De facto, “a perspectiva holística do modelo permite uma grande variedade na criatividade da enfermeira aquando do seu uso” (Freese, 2004, p. 352). Posteriormente, dado o carácter transicional e intersectorial, foi ainda refletida à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance.

2.1 TEORIA DOS SISTEMAS DE BETTY NEUMAN

A teoria dos sistemas de Betty Neuman preconiza a pessoa como um sistema aberto, em constante interação com o ambiente que a rodeia, trocando energia de diversas formas, como por exemplo, através de informação (Freese, 2004).

A pessoa é definida como “...indivíduo, família, grupo, comunidade ou questão social” (Freese, 2004, p. 340), e apresenta-se como uma totalidade de variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais que a constituem e interagem dinamicamente entre si (Freese, 2004). Assim, de acordo com a população a quem o EEESIP presta os seus cuidados, a criança/jovem e família enquadra-se também no centro desta teoria como pessoa, na sua perspetiva holística.

A pessoa é composta por uma estrutura básica, reunindo os fatores comuns a todos os indivíduos que asseguram a sua sobrevivência, como os fatores genéticos, variação da temperatura, entre outros (Freese, 2004).

Esta estrutura é considerada como um núcleo e pode ser reforçada contra as solicitações do meio ambiente através de linhas de resistência, isto é, recursos que auxiliam a pessoa a lidar com *stressores*, como o sistema imunitário (Freese, 2004).

As linhas de resistência são padronizadas pela linha de defesa normal, um estado hipotético de estabilidade para o sistema aberto (pessoa) em interação com o meio que a rodeia (ambiente), como padrões eficazes de *coping*, estilos de vida, estadio de desenvolvimento, sendo naturalmente influenciada pela idade (Freese, 2004), funcionando como um “padrão para apreciar os desvios do habitual bem-estar do cliente (Freese, 2004, p. 339).

Por fim, a pessoa é ainda constituída pela linha de defesa flexível, uma barreira que impede que os *stressores* afetem o normal estado de bem-estar, podendo ser ajustada mediante necessidade de adaptação aos estímulos produtores de tensão, os *stressores*, tornando-a mais ou menos suscetível aos mesmos (Freese, 2004).

O *stress* é então entendido como “a resposta não-específica do corpo a qualquer pedido que lhe é feito” (Freese, 2004, p. 337). A exposição continuada ao *stress* sem que exista uma adaptação eficaz por parte da pessoa implica a sua incapacidade para satisfazer as suas necessidades, surgindo doença (Freese, 2004).

No caso particular da doença crónica, sendo esta irreversível, exige uma grande flexibilidade do sistema criança ⇔ família para se adaptar às novas exigências decorrentes do processo de doença, aos *stressores* contínuos que ameaçam a estabilidade do sistema, quer

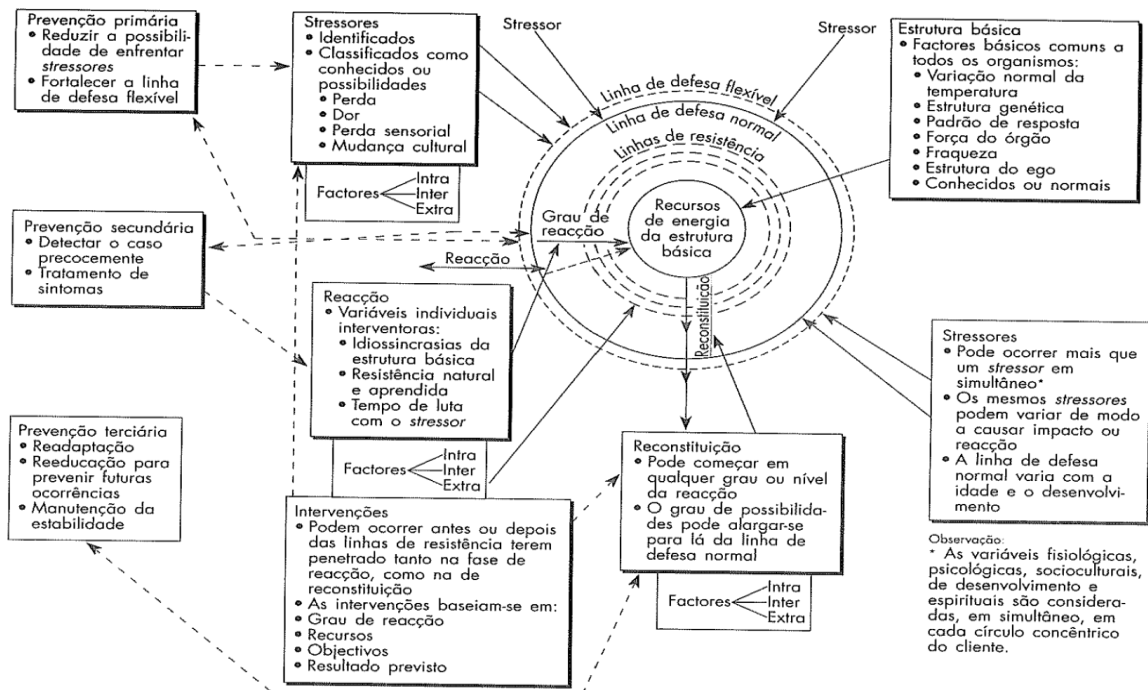
através de uma agudização, presença de sintomatologia, ou uma “simples” transição entre níveis de cuidados de saúde que pressupõe recursos diversos e uma boa articulação entre eles para o garante da eficácia e eficiência do processo de cuidar daquela criança/família com condição especial.

O ambiente que envolve a pessoa é constituído pelas trocas de energia a que esta é submetida, quer sejam internas ou externas ao organismo (Freese, 2004). Este ambiente compreende três tipos: interno, externo e criado, sendo respetivamente o meio intrapessoal (interações ocorrem dentro da pessoa), o meio interpessoal/extrapessoal (interações ocorrem fora do organismo, com outro indivíduo ou com o meio envolvente) e, por fim, inconsciente (desenvolvido pela pessoa para sustentar o *coping* protetor, como é exemplo a negação da doença) (Freese, 2004).

A teoria aborda também a intervenção de enfermagem segundo três níveis: prevenção primária, que protege a pessoa antes de se deparar com um *stressor* e, como tal, é antecipatória, reduzindo a probabilidade de enfrentar um *stressor* ou fortalecendo o organismo para reagir ao mesmo (Freese, 2004), correspondendo àquela que deveria ser a primeira porta de entrada do SNS, os cuidados de saúde primários; prevenção secundária, a qual intervém na redução dos danos provocados pelos *stressores*, como no estabelecimento de um diagnóstico e tratamento de sintomatologia (Freese, 2004), correspondendo aos cuidados prestados principalmente a nível hospitalar, ambulatório, hospitalização domiciliária; e, finalmente, a prevenção terciária, que visa amenizar os efeitos residuais provocados pelo *stressor* após o tratamento agudo (Freese, 2004), na qual são contempladas as unidades de reabilitação/manutenção pertencentes à RNCCI e outras respostas integradas da comunidade.

Na figura que segue (Figura 2) encontra-se esquematizada a Teoria dos Sistemas de Betty Neuman.

Figura 2: Teoria dos Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Freese, 2004, p.341

Aplicando à população em destaque, tendo em conta os recursos disponíveis da criança/jovem e família com doença crónica para dar resposta aos *stressores* em todas as fases da doença, existe uma adaptação ou, por sua vez, uma dificuldade nesta. Sendo um processo irreversível, a exposição às fontes de *stress* que podem efetivamente perturbar a homeostase da criança/família e desequilibrar as suas respostas e processos de vida é constante, pelo que é evidente a necessidade de intervir junto deste binómio criança/família em todo o seu processo de doença.

Dada a complexidade da doença crónica, é previsível que necessite de respostas de todos os níveis de prevenção, quer de saúde, quer sociais, comunitárias, entre outras. Assim, à luz desta teoria, é reforçada a articulação dos cuidados de enfermagem de forma a garantir a continuidade assistencial durante as intervenções primária, secundária e terciária em prole da estabilização do sistema, compreendendo a reorganização do ambiente, fortalecendo o sistema contra os *stressores*.

Nesta teoria, o processo de enfermagem tem em consideração a negociação com a pessoa, tal como é defendido também na prestação de cuidados especializados pediátricos através dos modelos de Cuidados Centrados na Família e da Parceria de Cuidados. A enfermeira "... está relacionada com todas as variáveis que afectam a resposta do indivíduo ao stress" (Freese, 2004, p. 340), pelo que a sua percepção influencia os cuidados prestados. É premente, desta

forma, motivar os enfermeiros para a coordenação de cuidados em prole da melhoria do processo assistencial a esta população.

2.2 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

Para Meleis, as pessoas vivenciam transições variadas, durante as quais se encontram vulneráveis a riscos que podem comprometer a sua saúde (Meleis *et al*, 2000).

Segundo a mesma teórica de enfermagem, as transições podem ser de natureza desenvolvimental (relacionadas com o ciclo vital); situacional (referente a alteração de papéis, como na parentalidade); de saúde-doença (como receber um diagnóstico, realizar um procedimento cirúrgico, recuperar e reabilitar a doença); ou organizacional (no que respeita ao ambiente, mudanças sociais e políticas ou de instituições) (Guimarães & Silva, 2016), por exemplo, a formação da ULS na região onde a pessoa reside.

Podem ser vivenciadas isoladamente (simples) ou coexistirem múltiplas transições sequenciais ou simultâneas, relacionadas entre si ou não (Meleis *et al.*, 2000), refletindo o padrão da transição.

Existem propriedades inerentes ao processo de transição, sendo elas a consciencialização (a pessoa reconhece mudanças e percebe que está em transição); o que conduz ao compromisso (em que existe um envolvimento ativo da pessoa na procura de informação, modificação de comportamentos); passando pela mudança/diferença (nem todas as mudanças correspondem a transições, mas as transições decorrem inevitavelmente de mudanças e produzem mudanças (Meleis *et al*, 2000), sendo que a pessoa começa a confrontar-se com a diferença proveniente dessas mudanças e a perceber-se como diferente); o espaço temporal, que compreende desde o reconhecimento de sinais de antecipação de transição até atingir de novo a estabilidade; e eventos/pontos críticos, que normalmente correspondem a períodos de maior vulnerabilidade e em que concorrem com dificuldades na satisfação das atividades de vida diárias (Guimarães & Silva, 2016).

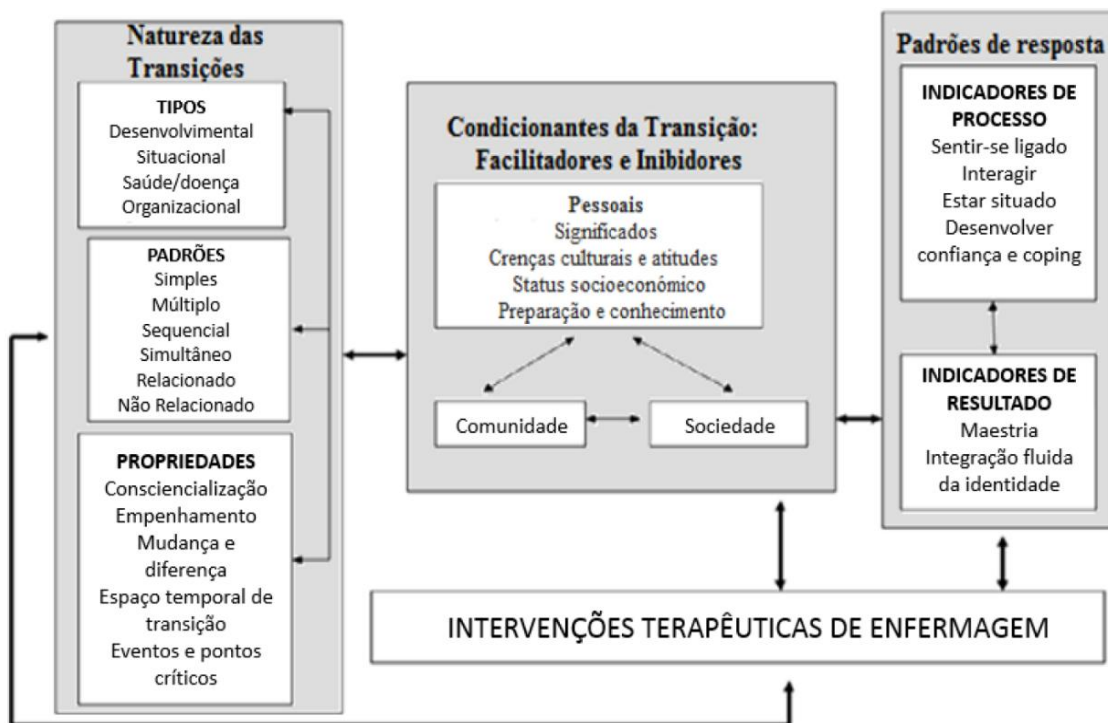
A vivência saudável da transição pode ser facilitada ou inibida por fatores individuais (significados, crenças culturais e atitudes, *status* socioeconómico e preparação e conhecimento para lidar com a mudança), comunitários (recursos humanos e materiais, suporte familiar, fontes de informação fidedignas) ou sociais, como a desigualdade de género, marginalização de minorias (Meleis *et al*, 2000).

Mediante a natureza das transições e as suas condicionantes, podem ser evidenciados padrões de resposta que sugerem transições saudáveis, tanto durante a vivência da transição

(indicadores de processo, como sentir-se ligado, interagir, estar situado, desenvolver confiança e *coping*) como aquando do novo período de estabilidade, adquirindo a maestria e a integração fluida da identidade (reformulação da identidade como indicador de resultado) (Meleis *et al.*, 2000).

A figura seguinte (Figura 3) expõe a Teoria das Transições de Afaf Meleis.

Figura 3: Teoria das Transições de Afaf Meleis



Fonte: Guimarães & Silva, 2016, p.1

Contextualizando a problemática sob a perspetiva descrita, a pessoa inicia um processo de transição aquando da deteção dos primeiros sinais e sintomas de alteração do estado de saúde que motivam o recurso aos serviços de saúde, submetendo-se a procedimentos potencialmente invasivos e a novas fontes de *stress*, culminando num diagnóstico, para o caso de doença crónica.

Simultaneamente, o cuidador poderá experienciar uma transição situacional através da alteração do seu papel parental, quer pela prestação de alguns cuidados de saúde específicos em resposta à doença crónica, como também por descurar cuidados a outros filhos imposta pela hospitalização que obriga à separação desta criança da restante fratria. O cuidador poderá consciencializar-se, no entanto a criança poderá não ter maturidade para o fazer.

Posteriormente, a díade é condicionada pelos fatores facilitadores e inibidores (p.e. medicação extremamente dispendiosa, mas estritamente necessária para manutenção da doença poderá inibir o padrão de resposta à transição e gerar sentimentos negativos, diminuindo o compromisso e prejudicando a mudança).

Após o diagnóstico, poderá ser necessário estabilizar sintomatologia em contexto de internamento, atravessando assim uma transição organizacional (ambiente diferente, novas equipas, nova dinâmica/organização de cuidados). Aumentam fatores facilitadores caso a criança/família se encontrem envolvidas para a mudança e a equipa de enfermagem consiga estabelecer a relação terapêutica e de confiança para capacitar a díade para a gestão da doença no domicílio (conhecimento, habilidades e comportamentos).

A alta deve ser planeada atempadamente para assegurar a continuidade dos cuidados no setor primário e outras especialidades, devendo ocorrer referenciação para aumentar redes de suporte comunitário e facilitar a transição. A fraca coordenação dos cuidados de enfermagem compromete a intervenção dos cuidados de saúde primários, como a saúde escolar, e as consultas de saúde infantil e juvenil preconizadas para determinada faixa etária são muitas vezes substituídas pelas consultas de especialidade com pediatras, diminuindo a vigilância sobre a gestão da doença no domicílio pelas equipas comunitárias e prejudicando a capacitação dos elementos da comunidade educativa por enfermeiros da UCC.

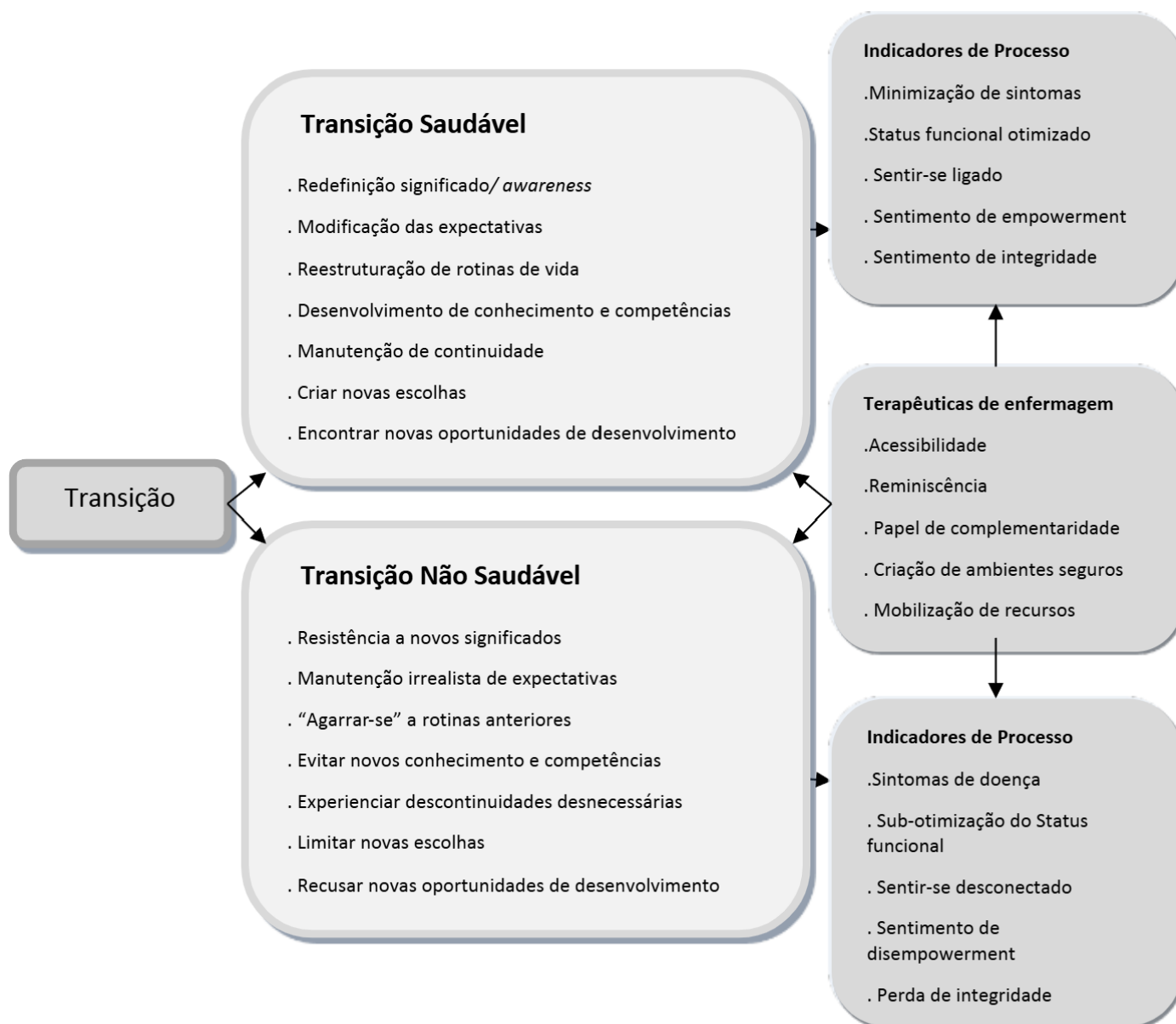
Aquando da alta, a criança/cuidador desenvolve um nível de maestria que permite a transição segura para casa, onde ocorre o confronto e adaptação à realidade domiciliária e às novas condições de saúde, tornando essencial os recursos comunitários previamente identificados.

Aliado a todos estes fatores, a criança encontra-se num período de grande vulnerabilidade, de formação do seu “eu”, em transição desenvolvimental provocada pela sua faixa etária, estadio de crescimento e desenvolvimento infantil (transições múltiplas, esta simultânea com as demais), pelo que é ainda mais suscetível a sentir-se diferente e deparar-se com o estigma pelos pares da mesma idade.

Através de um exemplo relativamente simples, compreende-se a complexidade inerente à atividade do EEESIP, pelo que é reforçada a necessidade de uma articulação eficaz entre as equipas em prole de ganhos em saúde para a criança e a sua família, promovendo a qualidade de vida e a adaptação ao regime imposto pela doença crónica.

Com base na figura seguinte (Figura 4), é evidente a distinção entre uma transição de saúde-doença vivida de forma saudável ou não saudável.

Figura 4: Transição e Saúde



Fonte: Bastos, 2013, p. 42, Adaptado de Schumacher & Meleis (1999)

Para demonstrar a interligação entre as duas teorias, aplicada à temática em análise, foi realizado um mapa conceitual, que se encontra retratado em Apêndice I.

3. PROJETO DE INTERVENÇÃO

Delineámos um projeto de intervenção em enfermagem, intitulado de “O enfermeiro especialista como promotor da articulação dos cuidados à criança com doença crónica”, no decurso da UC “Projeto em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”. Este conduziu o percurso de aprendizagem ao longo dos contextos de estágio, através da promoção de atividades e intervenções dirigidas à aquisição das competências que se pretendia desenvolver.

No que diz respeito a estas competências, enquadrámos este projeto sobretudo no “Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” (Regulamento nº140/2019, 2019), que ambiciona um papel ativo do enfermeiro especialista na dinamização de atividades na área da governação clínica, da melhoria contínua da qualidade, e promotoras de um ambiente de prestação de cuidados seguro.

Um projeto caracteriza-se por “um plano de trabalho que se organiza fundamentalmente para resolver/estudar um problema e que preocupa os intervenientes que o irão realizar” (Ruivo *et al.*, 2010, p. 4).

Mobilizámos a metodologia de projeto como importante recurso para garantir a viabilidade do mesmo, orientando desta forma o seu percurso. Esta metodologia contempla essencialmente cinco etapas: Diagnóstico de situação; Definição dos Objetivos; Planeamento de atividades, meios e estratégias; Execução e avaliação de resultados; e Divulgação de Resultados, culminando no Relatório de Estágio (Ruivo *et al.*, 2010).

3.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

A primeira etapa da metodologia de projeto “visa a elaboração de um mapa cognitivo sobre a situação-problema identificada” (Ruivo *et al.*, 2010, p.10).

Em conformidade, previamente aos estágios realizámos pesquisa em bases de dados para identificar estratégias promotoras da articulação dos cuidados de enfermagem pelo enfermeiro especialista, com o objetivo de realizar concomitantemente uma revisão da literatura sobre o tema.

Esta atividade foi interrompida por não encontrarmos na literatura dados significativos aplicados ao contexto português. Refletimos a conjuntura nacional como preponderante, pois objetivámos a identificação de estratégias aplicáveis à prática clínica dos enfermeiros

portugueses, atendendo aos recursos disponíveis (p.e. os SIE em uso), de modo a facilitar a sua implementação posterior nos locais de estágio.

Dirigimos pesquisa livre, suportada por literatura cinzenta e por documentos legais em vigor em Portugal, tendo explorado um diagnóstico de situação sobre a configuração nacional no decurso do enquadramento teórico deste relatório, clarificando alguns conceitos subjacentes à temática. Apesar de incorrer em compromisso de rigor metodológico deste projeto, este espaço não explorado na literatura, identificado aquando da pesquisa em bases de dados regulada com os devidos operadores booleanos, comprovou a necessidade de estudar esta temática cada vez mais atual.

Após o contacto com cada local de estágio, realizámos um diagnóstico de situação específico através de entrevistas não estruturadas aos enfermeiros, aferindo em que ponto se situavam as equipas de saúde relativamente à temática em análise.

O diagnóstico de situação particular de cada contexto de atuação é diretamente influenciado pelas características dos serviços clínicos, as quais condicionam a atividade dos enfermeiros no âmbito em estudo. Deste modo, foi enquadrado e aprofundado com detalhe aquando da caracterização dos serviços, nas fases de execução e avaliação.

3.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

De acordo com Ruivo *et al.* (2010), as competências a atingir conduzem a formulação dos objetivos, representando estes uma antecipação da ação mediante os resultados a atingir, por níveis, do geral para o específico.

Por consequência, a estruturação de objetivos claros propicia à adoção de estratégias e métodos, conteúdos e instrumentos de avaliação adequados e, por sua vez, para uma aprendizagem efetiva e duradoura (Ferraz & Belhot, 2010).

Estabelecemos objetivos (geral e específicos) que guiaram o planeamento das atividades a desenvolver, definindo os seguintes:

Objetivos Gerais:

1. Adquirir competências de Mestre em Enfermagem e competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
2. Potenciar a articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com doença crónica;

Relativamente a este último objetivo pretendemos especificamente:

1. Conhecer como se articulam as equipas de enfermagem na assistência à criança/jovem e família com doença crónica, em cada contexto da prestação de cuidados.
2. Colaborar com o EEESIP na articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com doença crónica entre os diferentes contextos da prestação de cuidados.
3. Validar a transição segura dos cuidados de enfermagem entre os diferentes contextos da prestação de cuidados.
4. Comparar a articulação dos cuidados entre os vários contextos de estágio da mesma ULS, bem como com o contexto numa diferente ULS.
5. Desenvolver o projeto de intervenção nos diferentes contextos da prestação de cuidados.

3.3 PLANEAMENTO

Na terceira etapa da metodologia de projeto é efetuado o planeamento, são catalogados os recursos disponíveis e as limitações/barreiras existentes (Ruivo *et al.*, 2010).

Foi expectável, à priori, o surgimento de contratempos e limitações decorrentes da necessidade de atualização e difusão dos sistemas de informação em enfermagem nos vários contextos da prática clínica a serem experienciados.

Estas ferramentas digitais comportam intervenção por parte dos próprios SPMS e, por isso, poderiam corresponder a processos demorados para modificações aos SIE em vigor, exigindo um período temporal que extrapolava o do definido para a implementação do projeto neste ciclo de estudos.

Elaborámos um cronograma que organiza o projeto numa sequência temporal (Apêndice II).

3.3.1 População

Apesar de visar a melhoria da qualidade do processo assistencial à criança e família com doença crónica, a população deste projeto é composta pelos enfermeiros prestadores de cuidados à criança portadora de doença crónica.

Não discriminámos o grau académico destes profissionais de saúde, pois embora idealmente o EEESIP detenha competências comprovadas para a prestação de cuidados à população pediátrica, vários estabelecimentos mantêm enfermeiros de cuidados gerais a assumir estas funções, pelo que é pertinente considerá-los e promover o uso de estratégias para uma eficaz articulação de cuidados entre equipas de enfermagem.

Incluímos também os enfermeiros gestores dos serviços por terem uma intervenção de destaque na organização dos cuidados de enfermagem: método de trabalho, distribuição dos enfermeiros consoante as suas habilitações e competências.

3.3.2 Espaço temporal e físico

Implementámos o projeto entre abril de 2025 e janeiro 2026, compreendendo pausas letivas programadas para esse período.

Os locais de estágio onde realizámos as atividades subjacentes ao projeto constituíram-se por: três na mesma Unidade Local de Saúde (UCC, SUP e UCIN); um numa ULS distinta das restantes (Internamento de Pediatria). Apesar da UC onde se inseriu este relatório contemplar apenas os estágios de nível hospitalar, optámos por incluir o estágio de cuidados de saúde primários por ser um importante recurso para a articulação e referenciação na comunidade, assegurando a continuidade dos cuidados e a transição da criança e família para o domicílio, pelo que o planeamento deste projeto também o contemplou.

3.3.3 Colheita de dados

Realizámos a colheita de dados através de entrevistas não estruturadas aos enfermeiros de cuidados gerais, EEESIP e enfermeiros gestores, percecionando contributos para melhorar a articulação e coordenação dos cuidados de enfermagem entre as equipas.

Acedemos aos SIE utilizados em cada serviço, com vista à recolha de dados acerca do processo de alta clínica e referenciação, para viabilizar intervenções condutoras à uniformização de registos de enfermagem, de fácil acesso a todos os prestadores de cuidados à criança com doença crónica nos diferentes setores da saúde.

Consultámos ainda normas e protocolos institucionais acerca da articulação dos cuidados.

3.3.4 Procedimentos ético-legais

Não foi solicitado o parecer da Comissão de Ética.

O fenómeno em estudo centra-se sobre as equipas de enfermagem, tendo sido solicitado o consentimento verbal aos enfermeiros acerca do uso de conteúdos recolhidos de forma não estruturada (questões diretas no decurso dos estágios, opiniões, entre outros).

Foi imprescindível o acesso e consulta de dados (registos de enfermagem, normas e procedimentos institucionais, entre outros), regendo-se pelo princípio da necessidade de conhecer a informação por um profissional obrigado a sigilo (Artigo 29º da Lei 58/2019, 2019). Estes dados foram devidamente tratados, mantendo o anonimato, confidencialidade e sigilo, e posteriormente destruídos, garantindo a segurança dos intervenientes, ao abrigo da mesma Lei, normatizado pelo Regulamento Geral de Proteção de Dados (Lei n.º 58/2019, 2019).

3.3.5 Intervenções planeadas

Planeámos várias intervenções no decorrer dos estágios consoante as necessidades identificadas nos mesmos.

São exemplos: o estabelecimento de múltiplos contactos com parceiros de forma a averiguar as condições de referenciação das crianças portadoras de doença crónica (formulários existentes, instituições da comunidade, critérios de elegibilidade para as mesmas); pesquisa nos sistemas de informação em enfermagem para a transição segura da criança entre os vários setores da saúde; e a criação de um plano individual de cuidados informatizável em SIE amplamente utilizado pelos serviços.

Planificámos ainda a elaboração de uma sessão de sensibilização para a temática (Apêndice III), por ser uma intervenção com alguma versatilidade de aplicação, permitindo a partilha de experiências pelas equipas, recolhendo opiniões e contributos para a melhoria do percurso assistencial à pessoa.

A abordagem sugerida teve em consideração a Norma 001/2017 (2017) para a comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde, que organiza a informação em formato *Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendations* [ISBAR]; priorizando de igual forma a estruturação da nota de alta conforme o Despacho n.º 2784/2013 (2013). Esta sessão objetivou a otimização dos SIE em prole da melhoria do percurso assistencial da criança, utilizando ferramentas como o eBoletim e a funcionalidade de referenciação do meio hospitalar para os cuidados de saúde primários.

Para tal, frequentámos inicialmente uma sessão de formação acerca do SIE *SClínico*, para identificar as ferramentas a mobilizar na prática do exercício profissional dos enfermeiros no

que respeita à referenciação da criança para outros serviços, cujo certificado se encontra disponível em anexo (Anexo I).

3.3.6. Métodos de avaliação de resultados

Tendo em consideração as intervenções planeadas, realizámos um questionário de satisfação acerca da sessão de sensibilização implementada (Apêndice IV), por ser difícil avaliar resultados quantitativos deste projeto desafiante em tempo útil (como, por exemplo, o número de crianças referenciadas formalmente pelos SIE do nível hospitalar para o comunitário antes e após a implementação da sessão de sensibilização), o que refletiria a alteração de comportamentos nas equipas de enfermagem. Este questionário possibilitou a recolha de contributos para a melhoria das estratégias sugeridas, auscultando a receptividade das equipas às mesmas ou até mesmo fazendo emergir novas ferramentas e/ou estratégias para o efeito.

Finalmente, efetuámos a verificação da consecução dos objetivos previamente definidos.

3.4 EXECUÇÃO

Nestas fases da metodologia de projeto ocorre o contacto com a realidade e, de acordo com Nogueira (2005) citado por Ruivo *et al* (2010, p. 23), “a ruptura entre o real mental e o real construído coloca ao(s) participante(s) diversos problemas que ao serem resolvidos, podem potencializar o(s) seu(s) leque(s) de competências”.

É nesta fase que decorre a pesquisa de conteúdos que contribuam para a resolução do problema, gerindo tempo e tarefas planeadas e mobilizando recursos nos contextos da prática clínica onde se implementa o projeto (Castro *et al.*, 1993 citado por Ruivo *et al.*, 2010), isto é, nos locais de estágio.

As atividades implementadas encontram-se intimamente relacionadas com a caracterização dos contextos, com as necessidades identificadas nestes e com objetivos específicos definidos após este contacto para colmatar as mesmas. Realizámos alguns ajustes às intervenções planeadas para procurar minimizar os efeitos da coordenação dos cuidados de enfermagem menos eficaz nos diferentes contextos de estágio.

3.4.1. Caracterização dos contextos de estágio

Todos os contextos de estágio visam a aquisição de competências de EEESIP para responder ao referencial para a prática especializada, isto é, aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2017). Este documento enfatiza a satisfação da criança/jovem, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação às condições de saúde e a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2017).

Para a unidade curricular de “Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” foi delineado pela equipa pedagógica um estágio em contexto de Centros de Saúde e Consultas Externas de Pediatria, Centros de Paralisia Cerebral/ CERCI, Programas ou Projetos de intervenção ou outros contextos, de acordo com as necessidades individuais de cada estudante.

Pelo contacto prévio com as consultas de saúde infantil durante o curso de base, seleccionámos para campo de estágio uma Unidade de Cuidados na Comunidade.

Esta tipologia poderia proporcionar realidades próximas às que pretendíamos aprofundar no projeto, ou seja, explorar a intervenção do enfermeiro junto da criança/família com doença crónica em meio comunitário (saúde escolar, intervenção precoce [IP] e equipa de cuidados continuados integrados [ECCI]). Considerámos que, muitas vezes, esta população é acompanhada em contexto hospitalar, nas diversas especialidades, descurando por vezes o seguimento por médico e enfermeiro de família. Estes constituem um elo próximo às equipas da UCC, que dão apoio ao meio escolar, domiciliário e até laboral, tanto às crianças como a quem delas cuida. Integrar uma UCC teve o intuito de alcançar diretamente estas equipas sem que o estabelecimento destes vínculos dependa, em parte, das USF como interlocutores do processo entre o meio hospitalar e comunitário.

Para a UC de “Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório”, foram propostos contextos de internamento médico e/ou cirúrgico pediátrico; urgência pediátrica ou cuidados intensivos pediátricos; e neonatologia. Delineámos o percurso iniciando pelo contexto de urgência pediátrica, seguido da unidade de cuidados intensivos neonatais, terminando no internamento médico-cirúrgico pediátrico, sendo este último numa ULS distinta de todos os contextos experienciados anteriormente.

3.4.1.1. Unidade de Cuidados na Comunidade

Este primeiro estágio decorreu num espaço temporal de 9 semanas, com início ao dia 22/04/2025 até 20/06/2025.

Numa Unidade de Cuidados na Comunidade é preconizada a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social, educação para a saúde e integração em redes de apoio à família, em regime domiciliário e comunitário (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

Os beneficiários deste importante recurso são todas “as pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo” (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008, p.1184).

A UCC selecionada para a realização do estágio prestava serviços à comunidade da área geográfica onde se inseria, em regime domiciliário, comunitário, escolar e laboral (p.e. junto de profissionais dos estabelecimentos educativos).

A população à qual prestava cuidados era constituída pelos residentes do concelho, sendo superiores a 15 000 utentes de acordo com a consulta dos Censos 2021 (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2022), e distribuía-se por uma área geográfica extensa (superior a 1000 km²), implicando na gestão dos serviços prestados pela ECCL.

Ao nível dos recursos físicos, a UCC situava-se no mesmo edifício onde coexistiam duas USF, estreitando algumas ligações entre enfermeiros e médicos de família de alguns utentes a quem prestava cuidados.

Na unidade foi detacada a existência da uma sala multidisciplinar, utilizada pela equipa de enfermagem e estabelecendo-se como ponto de referência para articulação de cuidados para os restantes profissionais quer do serviço, quer de outros adjacentes; um gabinete de higiene oral, em que o higienista oral colaborava em projetos de saúde oral em meio escolar, em idade pediátrica; um gabinete de serviço social, que participava na intervenção precoce na infância, sendo esta atividade desempenhada em gabinete próprio da IP, alocando processos em curso; uma sala denominada “cantinho da amamentação”, para uso pelas lactantes que recorriam à UCC ou USF; um gabinete de saúde escolar, onde se encontravam os projetos implementados nas escolas do concelho. Coexistiam outras salas com importantes recursos, no entanto a sua intervenção é essencialmente dirigida ao adulto, pelo que não foram exploradas.

A UCC inseria-se também numa rede comunitária, com o estabelecimento efetivo de parcerias com instituições locais, as quais se encontram devidamente regularizadas com normas institucionais e protocolos de articulação disponíveis para consulta no serviço.

Enfatizámos as múltiplas parcerias protocoladas, verificámos, contudo, a inexistência de um protocolo que assegure a coordenação dos cuidados com o nível hospitalar da mesma ULS, o pilar assistencial que dá resposta à população deste estabelecimento.

A equipa deve ser composta por “enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008, p.1184).

A equipa da UCC era multidisciplinar, composta por seis enfermeiros (1 Enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária - Coordenador; 1 EEESIP; 1 Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação; e 3 enfermeiros de cuidados gerais); 1 Fisioterapeuta; 1 Psicólogo; 1 Assistente Social; 1 Nutricionista; 1 Assistente técnico; 1 Técnica Auxiliar de Saúde). Colaboravam ainda com a equipa 1 higienista oral, 1 dentista, 1 profissional de Saúde Pública; 5 Médicos de Família das USF adjacentes.

Era utilizado o método individual de trabalho (distribuição de utentes por enfermeiro por turno, na vertente da ECCI, e distribuição de turmas por enfermeiros na saúde escolar).

Relativamente à recomendação de rácios para a prestação de cuidados pediátricos nestas unidades:

- Deve ter disponível para desenvolvimento de atividades inseridas no âmbito da saúde escolar 1 enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, saúde infantil e pediátrica ou saúde mental e psiquiátrica por cada 1.500 alunos saudáveis e 1 EEESIP por cada 150 alunos com necessidades especiais (Regulamento n.º 743/2019, 2019), estando esta UCC em conformidade com o apoio do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública e o EEESIP. Para além destes elementos, contava ainda com um enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação, o qual também desempenhava projetos em meio escolar, e um outro enfermeiro que integrava a especialidade em enfermagem de saúde comunitária e saúde pública, ainda em fase de conclusão.

- Relativamente às parcerias na comunidade, deverá existir um EEESIP a tempo integral dedicado à intervenção precoce em harmonia com a Equipa Local de Intervenção [ELI]; um EEESIP a tempo integral a acompanhar as atividades do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco [NACJR]; e um EEESIP a tempo integral em parceria com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (Regulamento n.º 743/2019, 2019), sendo que não deverá no caso do NACJR ultrapassar o acompanhamento de 25 crianças (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Este rácio não se concretizava, contudo este regulamento também defende que poderá ser ajustado às necessidades geodemográficas (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

- Existem programas descritos no âmbito da saúde perinatal preconizados para a UCC (Regulamento n.º 743/2019, 2019), que são assegurados por enfermeiros especialistas nesse campo de ação de especialidade, no entanto esses programas eram praticados nas USF adjacentes.

Esta unidade desempenhava vários projetos no âmbito da promoção da saúde e prevenção da doença. Essencialmente dirigido à população pediátrica, desenvolvia atividades em meio escolar, orientadas e dirigidas pelo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ] (Norma 010/2013, 2013), nomeadamente no âmbito:

- Promoção da alimentação saudável: atividades interativas com turmas do 1º-4º ano de escolaridade acerca da roda dos alimentos, importância dos laticínios, ingestão hídrica, entre outros; jogos com turmas 1º-12º ano de escolaridade para incentivar a comer fruta, disponibilizando-a nos momentos de recreio em meio escolar como lanche saudável; distribuição de lancheiras.

- Promoção do exercício físico: jogos interativos junto das turmas com atividade física integrada; caminhadas com turmas desde a creche até 4º ano de escolaridade.

- Promoção de postura correta: medição do peso das mochilas dos alunos do 5º ano de escolaridade (introdução no 2º ciclo), coordenada por enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação.

- Promoção da saúde oral: aplicação de verniz de flúor em jardins de infância com apoio do higienista oral.

- Promoção de hábitos de sono: sessões de educação para a saúde a turmas a partir do 7ºano de escolaridade (prevenção do uso e abuso de tecnologias, entre outros).

- Prevenção de adição: sessões junto a turmas a partir do 7º ano de escolaridade sobre adição com e sem substância.

- Prevenção de violência no namoro e promoção da sexualidade: sessões de educação para a saúde a partir do 8º ano de escolaridade (identificação de comportamentos de risco e estratégias a adotar para proteção individual e em grupo).

- Prevenção de Bullying: sessões de educação para a saúde através de história sobre a temática relatada por uma vítima de bullying na infância, com a dinamização de atividades promotoras da coesão de grupos e turmas no total de 4 sessões, aos alunos dos 5º e 6º anos de escolaridade.

- Orientação profissional: em turmas a partir do 6º ano de escolaridade, realizada atividade com disponibilização de profissionais de várias áreas para elucidar estudantes acerca da orientação/oferta educativa para carreiras profissionais.

Fora do âmbito da saúde escolar, a UCC promovia ainda um espaço onde eram periodicamente esclarecidas dúvidas previamente colocadas de forma anónima em caixa própria, em articulação com a Câmara Municipal, principalmente direccionada para jovens.

Atualmente, muitas UCC alocam a ELI do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI], regulamentado no Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). O SNIPI é um

conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas actividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento. (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009, p. 7298).

Este sistema tem como objetivo a deteção e sinalização destas crianças, atuando de acordo com as suas necessidades e as do seu contexto familiar de forma a prevenir ou reduzir os riscos de atraso no desenvolvimento, assegurando a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009). Operam ainda com o objetivo de apoiar as famílias na acessibilidade aos serviços de saúde, sociais, educativos, envolvendo a comunidade através de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

A intervenção precoce é então definida como o “conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo acções de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da acção social” (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009, p. 7298). Deve ser o mais precoce possível para potenciar a capacidade de participação autónoma da pessoa na vida social e a correção das limitações funcionais de origem (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

Sendo os primeiros anos de vida da criança decisivos para o seu desenvolvimento pela imaturidade das estruturas e funções, a IP engloba crianças entre os 0-6 anos de vida, “com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.” (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009, p. 7298).

Cada criança tem estruturado pela equipa multidisciplinar um Plano Individual de Intervenção Precoce [PIIP]. Este descreve

toda a informação recolhida sobre a situação familiar e sobre a situação da criança, e onde se registam todos os passos da intervenção. Este documento é elaborado com as famílias, tendo em atenção a avaliação efetuada nos contextos habituais da criança e da família. (SNIPI, 2020b).

Nele devem constar obrigatoriamente a identificação: dos recursos e necessidades da criança e família; dos apoios a prestar; da data de início de execução do plano e do período temporal da sua duração; da periodicidade de avaliações à criança e família; dos procedimentos que permitam acompanhar o processo de transição da criança para o meio escolar (Decreto-Lei n.º 281/2009, 2009).

A referenciação para o SNIPI decorre da identificação de fatores de risco para o desenvolvimento da criança, podendo ser detetadas por qualquer cidadão, devendo informar o médico de família da criança, o seu pediatra ou educador de infância, ou alertar diretamente a ELI ou Agrupamento de Escolas de Referência para a IP da área de residência (SNIPI, 2020c). Posteriormente, estas entidades verificam critérios de elegibilidade para referenciação da criança para o SNIPI através de formulário próprio disponível no Website (SNIPI, 2020a).

Para além das intervenções mencionadas, a UCC realizava visitas domiciliárias ou a estabelecimentos de ensinos de crianças em risco de alterações do desenvolvimento, inseridas na IP. Realizava reuniões semanais privadas em sala própria da unidade, com equipa multidisciplinar para avaliação periódica de PIIP e discussão de casos em curso ou recentes. Esta função era assegurada pela enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Na unidade também tinha intervenção o NACJR, que se mantinha em articulação com outros núcleos, como o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco [NHACJR]. O NACJR tem como objetivo a identificação do risco e a prevenção de situações de abusos e/ou maus-tratos em crianças e jovens, bem como consultadoria a profissionais no que respeita à conduta legal destes casos, emergindo como interlocutores das equipas de saúde nestas situações (Despacho nº 5656/2017, 2017).

É através destas tipologias que os cuidados de saúde primários integram a prevenção terciária, na reabilitação e manutenção da doença após a hospitalização, participando na RNCCI, sob as orientações da equipa coordenadora local (Decreto-Lei nº 28/2008, 2008).

A RNCCI resulta de um conjunto de instituições públicas e privadas (Ministério da Saúde, 2016a) e prevê a prestação de cuidados continuados integrados à pessoa em situação de dependência, independentemente da sua idade (Portaria nº50/2017 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde, 2017).

Em contexto de internamento, a referenciação para a RNCCI formaliza-se pelo serviço onde a pessoa está alocada, sendo objeto de análise pela Equipa de Gestão de Altas [EGA] do mesmo hospital, articulando com as equipas a nível regional e local consoante a disponibilidade dos serviços pretendidos.

A equipa integra também a RNCCI através da ECCI. Este apoio possuía 20 vagas articuladas com a RNCCI, no entanto apenas a pessoa com 18 ou mais anos de idade beneficiava deste serviço, excluindo assim a população pediátrica deste serviço.

No âmbito da saúde escolar, estavam inscritas no ano letivo 2024/2025, num total de aproximadamente 25 escolas (públicas e privadas) cerca de 2200 alunos. Estes estabelecimentos de ensino abrangiam Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) (creches, jardins de infância), pré-escolares, 1º, 2º e 3º ciclos, ensino secundário, cursos profissionais e cursos de formação de adultos.

De acordo com o EEESIP deste estabelecimento, por ausência de articulação entre o meio hospitalar e os cuidados de saúde primários aquando da alta clínica da criança portadora de doença crónica, a deteção/identificação destas crianças em meio escolar era de difícil concretização e, como tal, a determinação de dados concretos para efetuar um diagnóstico de situação preciso no âmbito desta temática ficou comprometida.

A UCC tinha documentados apenas 2 casos de reações alérgicas/adversas e 2 crianças com diabetes mellitus tipo I, ou portadoras de alguma síndrome que necessitaram de ensinamentos por parte da equipa da UCC à comunidade escolar. Estes casos foram referenciados pela equipa médica das USF adjacentes (provavelmente contactada pela equipa médica de cuidados hospitalares) ou identificadas no decurso de atividades escolares programadas pela equipa da UCC.

No que concerne à intervenção precoce, sendo este apoio dirigido a crianças entre os [0-6 anos] que cumpram critérios de elegibilidade definidos SNIPI, a identificação de crianças portadoras de doença crónica foi relativamente mais acessível.

À data de maio de 2025, a UCC intervinha junto de aproximadamente 65 crianças do concelho. A sua referenciação ocorreu principalmente através do meio hospitalar ou escolar. A grande maioria aguardava ainda o estabelecimento efetivo de um diagnóstico: 16 destas

crianças eram portadoras de pelo menos uma doença crónica ou que afetavam o neurodesenvolvimento, sendo a mais prevalente a Perturbação do Espectro do Autismo (PEA).

Sempre que possível, os enfermeiros especialistas eram alocados às suas áreas de especialidade e viam o seu âmbito de intervenção amplamente direcionado para as mesmas. Para o caso, o EEESIP coordenava a equipa de intervenção precoce, desenvolvia projetos no âmbito da saúde escolar atendendo aos referenciais nacionais para o efeito (Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE], 2015; Referencial de Educação para a Saúde, 2017) e prestava cuidados/realizava ensinamentos a cuidadores de crianças com doenças crónicas/necessidades especiais/outras (pais, docentes e não docentes) no seu contexto laboral, escolar ou domiciliário.

Relativamente aos registos de enfermagem, estes eram realizados no sistema informático *SClínico*, sendo os da IP redigidos manualmente em formato papel e devidamente reservados na própria sala da IP, trancados, tendo sido o acesso a estas informações negado.

A partir do SIE utilizado, os registos de enfermagem constituíam um processo moroso e pouco prático, pouco personalizado no que respeita ao registo de atividades em meio escolar.

O *SClínico* contemplava informação acerca do médico de família da pessoa, contudo não era mencionado em nenhum campo qual o enfermeiro de família atribuído, pelo que o contacto estabelecido entre profissionais dependia do conhecimento mútuo das equipas de saúde da UCC e das USF adjacentes.

A totalidade dos enfermeiros da UCC e das USF conhecia o RSE, inclusive o eBoletim (cerca de 80% deles), sendo que nenhum conhecia as suas funcionalidades. Como tal, não o criavam nem o preenchiam por considerarem duplicação de registos. Nenhum enfermeiro conhecia a Norma 001/2017 (2017) da “Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde”, comunicando internamente via *Microsoft Teams* de forma não estruturada. Todos os enfermeiros conheciam o *SClínico*, mas desconheciam a funcionalidade de referenciação da pessoa entre serviços através deste SIE. Alguns tinham dificuldade em aceder a informações da pessoa provenientes de meio hospitalar e, quando conseguiam, esta informação era incompleta e a nota de alta, por vezes, não se encontrava estruturada de acordo com o Despacho n.º 2784/2013 (2013).

Para potenciar a articulação dos cuidados entre as equipas de enfermagem, foram definidos como objetivos específicos para este local de estágio

- 1) Nomear o SIE *SClínico* e a Norma 001/2017 (2017) da “Comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde”.

- 2) Explorar as funcionalidades do SIE *SCLínico*, nomeadamente: o campo de preenchimento do “enfermeiro de família”; o campo de notificações relativas a referenciação do meio hospitalar para o meio comunitário; acesso ao RSE a partir do *SCLínico*; Criação e preenchimento do eBoletim.
- 3) Sugerir a reestruturação destas funcionalidades para estabelecer um canal de comunicação efetivo entre as equipas de saúde, bem como entre estas e a pessoa.
- 4) Esquematizar um Plano Individual de Cuidados em formato ISBAR.
- 5) Validar a recetividade dos enfermeiros na aplicação de novos conhecimentos à prática clínica.

3.4.1.2. Serviço de Urgência Pediátrica

Este contexto de estágio teve início ao dia 15/09/2025 até 24/10/2025, perfazendo um total de 6 semanas.

Enquadra-se no Serviço de Urgência Pediátrica a prestação de cuidados especializados a crianças e jovens até aos 17 anos e 364 dias, independentemente da patologia apresentada, desde que constitua uma situação urgente ou emergente e decorra na área geográfica na qual a unidade se insere (Despacho n.º10319/2014, 2014). Excetuam-se as situações decorrentes de gravidez, as quais devem ser atendidas por profissionais especializados dos serviços de urgência obstétrica (Despacho n.º10319/2014, 2014).

O SUP selecionado prestava cuidados em processo de doença aguda, incluindo agudizações de doenças crónicas, a mais de 25 000 crianças e jovens da sua área de abrangência distrital (INE, 2022), e a um número inespecífico de outras pessoas que carecessem dos seus serviços enquanto permanecem na área geográfica da mesma ULS (p.e. em férias ou em viagem). Foi evidente a multiculturalidade, por vezes com barreiras linguísticas associadas, bem como a diversidade de etnias, sempre primando pela acessibilidade igualitária a toda a população.

Relativamente à referenciação para este serviço, a população era encaminhada por médico assistente, pela linha SNS24 ou por iniciativa própria. A criança/jovem e família com doença crónica que recorriam ao SUP faziam-no por o considerarem a instituição de referência, com pediatras que acompanhavam com proximidade a situação clínica da pessoa, e também a fácil disponibilidade de variados MCDT.

No que concerne a esta população específica, as que tinham PIC previamente estabelecido, nunca o trouxeram consigo em formato impresso e estava indisponível nos SIE

em vigor, sendo evidente também lacunas na reunião da medicação habitual, apesar de transportarem muitas vezes equipamentos necessários à manutenção da doença crónica (p.e. aparelho de pressão positiva contínua na via aérea).

O SUP deve estar devidamente dotado de recursos humanos e materiais adequados às diversas faixas etárias e deve ter estabelecidos canais de comunicação com os serviços da comunidade da mesma área geográfica, como também com unidades de outras áreas de especialidade para onde podem referenciar a pessoa, como a unidade de cuidados intensivos pediátricos (Despacho n.º 10319/2014, 2014).

Esta unidade encontrava-se em espaço físico próprio, localizado num hospital público, com acesso a várias especialidades que lhe davam apoio: ortopedia, algumas valências de cirurgia pediátrica, UCIN, oftalmologia, entre outras.

Era composto por uma sala de espera distinta da dos adultos; uma sala de triagem; uma “sala de aerossóis” (com capacidade para 1 cama e 1 cadeirão), utilizada para tratamentos que exigiam equipamentos próprios (administração de fluidoterapia endovenosa, administração de terapêutica inalatória); 2 Salas de Observação [SO], tendo o “SO 1” três vagas e o “SO 2” duas vagas, também denominadas de unidades de internamento de curta duração [UICD]; 1 sala de tratamentos; 1 sala de trabalho de enfermagem (onde ocorria a passagem de turno), entre outras estruturas anexas essenciais às dinâmicas de funcionamento de qualquer unidade de saúde. Destacámos a ausência de sala de emergência neste SUP, com alocação, nestes casos, à sala de emergência da urgência de adultos, acompanhado por um enfermeiro do SUP.

O “SO 2” era uma sala com proximidade à sala de trabalho de enfermagem, e com uma janela direta para a sala de tratamentos, onde permaneciam técnicos auxiliares de saúde a maior parte do turno. Devido a esta estrutura, constituía o local preferencial para internar crianças que necessitassem de maior vigilância pela equipa de saúde, quer seja por enfermeiros ou outros profissionais.

Na sala de triagem, o enfermeiro era responsável por proceder à primeira avaliação da criança, atribuindo uma pulseira com cor correspondente à prioridade identificada através da Triagem de Manchester.

Neste SUP, encontrava-se em vigor um protocolo desenvolvido pela equipa médica, que garantia autonomia ao profissional de enfermagem na administração de terapêutica analgésica/antipirética mediante a verificação de determinados critérios. Esses critérios abrangiam tanto a idade da criança, como o seu peso. Em alinhamento com este protocolo, resultando a prescrição médica de terapêutica medicamentosa em idade pediátrica intimamente ajustada ao peso da criança, coexistia na sala de triagem uma balança.

A equipa era constituída por 25 enfermeiros, perfazendo 20 enfermeiros EEESIP, incluindo o enfermeiro gestor/responsável do serviço. Cerca de 20 enfermeiros detinham formação em Triagem de Manchester. Encontravam-se distribuídos quatro enfermeiros para o turno da manhã, quatro para o turno da tarde e três para o turno da noite, comportando os turnos da manhã elementos com horário reduzido para amamentação.

O método utilizado era o método individual de trabalho, com alocação a postos de trabalho (p.e. um enfermeiro na triagem, um enfermeiro no SO, um enfermeiro para sala de tratamentos).

Quanto aos recursos humanos preconizados para esta tipologia de serviços:

- O posto de triagem deve ser assegurado por profissional de enfermagem que formação específica em Sistema de Triagem de Prioridades, de preferência por EEESIP na área pediátrica (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Este aspeto foi verificado, na medida em que os elementos eram distribuídos para este posto de trabalho consoante a detenção ou não desta formação. Apenas dois elementos da equipa com formação em Triagem de *Manchester* eram enfermeiros de cuidados gerais, integrando a especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, e cinco enfermeiros não possuíam formação no Sistema de Triagem de *Manchester*, pelo que não eram designados para esse posto.

- Nas UICD, à semelhança das unidades de cuidados intermédios, preconiza-se o rácio de um enfermeiro para cada três camas de internamento (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Do que foi observado, este rácio foi cumprido.

- Recomenda-se ainda a existência de dois EEESIP por cada três enfermeiros, devendo contemplar a permanência de dois EEESIP em simultâneo durante as 24h (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Muitas vezes, estiveram presentes três EEESIP em turno e foi assegurada a permanência de pelo menos dois EEESIP nas 24h, contudo algumas vezes coexistiram um EEESIP e dois enfermeiros de cuidados gerais em turno.

Na prestação de cuidados, foi evidente a preocupação para com a proteção dos direitos da criança, como a privacidade e segurança, sendo os gabinetes médicos espaços fechados onde a criança é fisicamente exposta durante o exame objetivo, apenas com médico e familiar presente; bem como o fecho das cortinas na sala de tratamentos, entre camas dos SO, assim como o fecho da janela do SO2 durante momentos de higiene ou outros de maior exposição.

A alocação de recém-nascidos em sala particular ao invés da sala de espera onde se encontravam outras crianças com doença aguda, muitas delas contagiosas, foi também um aspeto essencial para a segurança desta população.

Na experiência deste contexto, sendo o primeiro de nível hospitalar, foi mais evidente o contacto próximo dos profissionais com os cuidadores da criança, aliado ao aumento das necessidades de cuidados à criança pela transição saúde-doença. Em consonância, a negociação e parceria de cuidados foi uma constante em prole do controlo de sintomas, emoções e expectativas face ao cuidado, bem como a capacitação parental através de ensinamentos para a prestação de cuidados no domicílio. Foi ainda possível aferir a avaliação das respostas humanas da criança portadoras de doença crónica complexa, desvios ao seu padrão de cuidados habitual, adaptando os cuidados às necessidades concretas desta população, privilegiando a intervenção ativa dos seus cuidadores na prestação dos mesmos.

Para a identificação de situações potencialmente graves, a equipa baseava-se no Triângulo de Avaliação Pediátrico [TAP], utilizando posteriormente a abordagem *Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure* [ABCDE] na ótica de intervir segundo a resolução de problemas identificados em cada uma destas etapas, respetivamente, antes de transitar para as seguintes, até à estabilização da criança.

Os registos de enfermagem eram efetuados no sistema *SClínico*, comportando três módulos deste SIE: módulo de triagem; módulo de urgência; e módulo de internamento, sendo este referente à atividade da UICD.

A folha de passagem de turno da UICD encontrava-se estruturada de acordo com a mnemónica ISBAR, conforme a Norma 001/2017 (2017), e segundo a qual era realizada a transição de cuidados de enfermagem entre turnos, para o contexto de internamento ou transferência para outra instituição hospitalar.

Aquando da alta da pessoa do serviço para as instituições da comunidade, não era entregue nota de alta de enfermagem em formato impresso, nem estruturada de acordo com o Despacho nº 2784/2013 (2013).

A totalidade dos enfermeiros conheciam o *SClínico*, cerca de 4% conheciam a funcionalidade de referenciação da pessoa para os cuidados de saúde primários, contudo não a utilizavam por presumirem ser um processo pouco estruturado e inconclusivo. Todos os enfermeiros conheciam e utilizavam o RSE, porém nenhum conhecia o eBoletim nem os seus itens. Todos conheciam e comunicavam de acordo com a Norma 001/2017 (2017) nos momentos de transição dos cuidados de enfermagem.

Em conformidade com as necessidades identificadas com repercussão na articulação dos cuidados, definimos como objetivos específicos para este local de estágio:

- 1) Nomear o SIE *SClínico* e o Despacho n.º 2784/2013 (2013) que regulamenta a nota de alta.

- 2) Explorar as funcionalidades do SIE *SClínico*, nomeadamente: o campo de referência do meio hospitalar para o meio comunitário aquando da alta clínica na UICD; acesso ao RSE a partir do *SClínico*; Acesso e preenchimento do eBoletim.
- 3) Sugerir a reestruturação destas funcionalidades para estabelecer um canal de comunicação efetivo entre as equipas de saúde, bem como entre estas e a pessoa.
- 4) Esquematizar um Plano Individual de Cuidados em formato ISBAR.
- 5) Validar a receptividade dos enfermeiros na aplicação de novos conhecimentos à prática clínica.

3.4.1.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Este contexto de estágio teve início ao dia 27/10/2025 até 05/12/2025, perfazendo um total de 6 semanas.

O período neonatal compreende os primeiros 28 dias de vida do recém-nascido [RN], caracterizando-se pela transição da dependência intrauterina para a vida extrauterina (Vilaça & Ramos, 2020).

De acordo com a sua idade gestacional ao nascimento, o RN pode ser classificado em: prematuro extremo (<28 semanas); prematuro severo (28 a 31 semanas e 6 dias); prematuro moderado (32 a 33 semanas e seis dias); e prematuro tardio (34 semanas a 36 semanas e seis dias); pelo que após as 37 semanas de gestação, é já considerado nascido de termo (Ramos *et al.*, 2020).

Numa UCIN são prestados cuidados diferenciados aos recém-nascidos, prematuros ou de termo, com alterações do seu estado de saúde, sendo a sua casuística repleta de estímulos provenientes de equipamentos essenciais à manutenção da vida, do som, da luz, da manipulação e de procedimentos clínicos (Ramos *et al.*, 2020).

Esta UCIN prestava cuidados aos RN da sua área de abrangência distrital, caracterizada à semelhança dos locais de estágio anteriormente explorados, bem como a um número inespecífico de outros RN que careciam dos cuidados destas unidades pela sua ausência ou por serem de nível de diferenciação inferior às suas necessidades na sua área de residência.

Eram encaminhados para a UCIN os RN provenientes do bloco operatório/sala de partos; do serviço de obstetrícia; do serviço de urgência pediátrica caso um RN apresentasse alterações de saúde no período neonatal, já no domicílio; ou oriundos de outras unidades hospitalares.

O seu espaço físico localizava-se num piso intermédio do hospital, alinhado com o bloco operatório materno-infantil [BOMI], unidos por um corredor. O acesso à UCIN era realizado através de elevador para os RN que recorressem ao SUP e tivessem necessidade de ficar internados. À entrada do serviço, o acesso ao mesmo pressupunha um código exclusivo de uso profissional.

Era um serviço composto por três salas, classificadas pelo nível de cuidados ao RN: a sala A possuía três incubadoras e destinava-se à prestação de cuidados intensivos neonatais; a sala B tinha seis incubadoras de cuidados intermédios; a sala C compreendia dois berços para cuidados mínimos ou de pré-alta.

Para além destas, destacaram-se ainda uma copa exclusiva à preparação de leites; uma sala para preparação de terapêutica; um gabinete de enfermagem; uma sala de extração de leite materno; três quartos para mães que residissem a mais de 30 km de distância da UCIN.

Apresentava ainda outras estruturas anexas, inerentes a qualquer unidade hospitalar (sala de limpos, sala de sujos, sala de aprovisionamento de material clínico, vestiários, copa, entre outros).

A equipa era constituída por 24 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor/responsável do serviço, sendo 20 destes EEESIP. Estavam distribuídos quatro enfermeiros para o turno da manhã, quatro para o turno da tarde e três para o turno da noite.

Recorrendo às recomendações estabelecidas para estas unidades:

- Nas UCIN é recomendável que 50% dos enfermeiros sejam EEESIP e 2 EEESIP em cada 3 enfermeiros em turno, em permanência nas 24h (Regulamento n.º 743/2019, 2019), o qual se verificou sempre, sendo a equipa constituída por 83% de EEESIP, e cumprindo o rácio dos 50% (ou 2 EEESIP) em cada turno, nas 24h.

Era utilizado o método individual de trabalho.

Relativamente aos recém-nascidos internados no período de estágio, apenas 31,25% destes eram de termo (>37 semanas de gestação), sendo os restantes 68,75% recém-nascidos prematuros. Do total dos recém-nascidos prematuros, 36,4% correspondiam a prematuros extremos, 27,3% a prematuros severos, 18,2% a prematuros moderados, sendo estes últimos em número e percentagem semelhante aos prematuros tardios. Concluindo, do total de recém-nascidos internados, 25% eram prematuros extremos.

Nos RN prematuros, os principais diagnósticos eram diretamente proporcionais à imaturidade sistémica, quer do foro respiratório, como já supracitado, aliado a risco infeccioso (sépsis precoce), extremo baixo peso ao nascer, sendo evidente algumas complicações neonatais como hemorragias periventriculares e dificuldades alimentares.

Nos recém-nascidos de termo o principal diagnóstico decorreu de causas maternas (risco social, ou síndrome de abstinência neonatal, ou complicações maternas que motivaram a separação da díade, ou por suspeita de infeção neonatal por mãe com serologias positivas para algum microorganismo).

O desenvolvimento embrionário justifica que a totalidade de prematuros extremos internados na UCIN tenha necessitado de suporte ventilatório por ventilação invasiva [VI]. Para além destes, também um terço dos prematuros severos necessitou de VI, um terço necessitou de ventilação não invasiva [VNI] e o outro terço apenas de aporte adicional de oxigénio por outra interface. No grupo de prematuros moderados, 50% necessitou de VNI sob a modalidade de *Continuous Positive Airway Pressure* [CPAP].

A síndrome de dificuldade respiratória ocorreu, na grande maioria dos RN internados, em 62,5%, sendo que apenas um destes casos correspondia a uma síndrome transitória de um RN de termo, correlacionando a prematuridade com as morbilidades associadas à produção imatura de surfactante até às 36 semanas de gestação (Moura & Correia-Pinto, 2024). Apenas 0,09% dos RN prematuros não necessitou de ventilação mecânica (VI ou VNI).

Este contexto de estágio constituiu-se como o mais desafiante, associando a especificidade do recém-nascido à prematuridade, a qual determinou o uso de equipamentos de manutenção e suporte de vida com os quais não nos encontrávamos familiarizados, nomeadamente a transição entre os diferentes tipos e modos de ventilação invasiva.

De um modo geral, o RN pré-termo não adquire maturidade neurofisiológica e apresenta hiperestimulação aos estímulos da vida extrauterina, necessitando não só de cuidados especializados como suporte vital, como também de cuidados neuroprotetores, constituindo ambos o ambiente de uma UCIN (Ramos *et al.*, 2020).

O serviço tinha incorporado nas suas dinâmicas os cuidados neuroprotetores, atendendo às necessidades específicas da sua população, muitos destes já protocolados entre a equipa multidisciplinar: manipulação mínima; controlo do ruído através de sonómetro; controlo da luz através de luzes incorporadas nas incubadoras apenas ligadas quando estritamente necessários, bem como têxteis que cobrem as incubadoras de acordo com o seu formato e dimensão, reduzindo estímulos visuais ao RN.

A presença dos pais e o acolhimento destes na unidade, incentivando à participação nos cuidados constituíam iniciativas para integrar a família e potenciar a adaptação do RN à vida extrauterina. A UCIN tinha estabelecido recentemente o protocolo da colostroterapia, potenciando a imunidade dos RN prematuros.

Os registos de enfermagem eram efetuados no SIE *BSimple*. Decorrente destes registos, no final do turno era impresso o plano de cuidados do RN que servia de base para a passagem de turno, mantendo-se fiel à Norma 001/2017 (2017) da “comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”.

A telemetria era uma realidade instalada no serviço, com transposição de dados diretamente para o sistema informático (p.e. avaliação de sinais vitais).

Aquando da alta hospitalar do serviço para as instituições da comunidade, não era entregue nota de alta de enfermagem em formato impresso, a qual se encontrava a ser estruturada e parametrizada no SIE *BSimple* para facilitar a implementação desta tarefa num futuro próximo. Era entregue aos pais um folheto intitulado de “Guia para a Alta Hospitalar”.

A totalidade dos enfermeiros conhecia o *Bsimple*, o *SClínico* e o RSE, utilizando os dois últimos para algumas funções (p.e. aceder a informações úteis do RN ou da mãe, provenientes de outro serviço). Nenhum enfermeiro conhecia a funcionalidade de referenciação do RN para os cuidados de saúde primários através do *SClínico*, por não utilizarem esta plataforma para os seus registos. Nenhum enfermeiro conhecia o eBoletim ou os seus itens. Apesar da vacinação constituir parte integrante dos cuidados na UCIN, nenhum enfermeiro registava as inoculações na plataforma disponível no RSE, que concedia o acesso a todos os profissionais a esta informação atualizada. Todos os enfermeiros conheciam e comunicavam de acordo com a Norma 001/2017 (2017) nos momentos de transição dos cuidados de enfermagem.

Destacámos a interoperabilidade dos SIE, na medida em que através do sistema *SClínico* era possível aceder a registos realizados no sistema *Bsimple*, contudo este fluxo de informação era unidirecional, não se verificando o oposto.

Em conformidade com as necessidades identificadas com repercussão na articulação dos cuidados, definimos os seguintes objetivos específicos para este local de estágio:

- 1) Nomear o SIE *BSimple* e o Despacho n.º 2784/2013 (2013) que regulamenta a nota de alta para otimizar a parametrização desta neste SIE, relacionando-o com o SIE *SClínico*.
- 2) Explorar as funcionalidades do SIE *SClínico*, nomeadamente: o campo de referenciação do meio hospitalar para o meio comunitário aquando da alta clínica na UICD; acesso ao RSE a partir do *SClínico*; Acesso e preenchimento do eBoletim; Acesso ao “calendário de vacinas” e registo de inoculação.
- 3) Sugerir a reestruturação destas funcionalidades para estabelecer um canal de comunicação efetivo entre as equipas de saúde, bem como entre estas e a pessoa.

- 4) Divulgar o livro de bolso “O Meu Plano Individual de Cuidados”, em formato ISBAR.
- 5) Validar a receptividade dos enfermeiros na aplicação de novos conhecimentos à prática clínica.

Sentimos neste contexto de estágio um maior potencial para implementação do projeto. Tal deveu-se à diversidade de SIE utilizados; à ordem de contextos de estágios experienciados, tornando este serviço o último dentro da mesma ULS; e também à receptividade do enfermeiro supervisor em integrar o projeto, exercendo a função de elemento dinamizador dos SIE na UCIN. Este último fator providenciou estratégias e recursos que poderíamos mobilizar dentro da ULS.

3.4.1.4. Serviço de Pediatria

Este contexto de estágio teve início ao dia 09/12/2025 até 30/01/2025, perfazendo um total de 6 semanas.

A nível nacional, ao encontro da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança, estabeleceu-se o atendimento à criança/jovem na rede de cuidados pediátricos desde os 0 aos 18 anos de idade ou até que seja feita a transição para a idade adulta, dependente nestes casos de protocolos definidos pelas instituições de saúde (Despacho n.º 9871/2010, 2010).

Assim, considerando as suas especificidades, viabiliza-se o internamento no serviço de pediatria desde o lactente ao adolescente, compreendendo entre o 28º dia de vida, isto é, sucedendo o período neonatal, até aos 17 anos e 364 dias (Despacho n.º 9871/2010, 2010).

Contudo, atendendo à patologia manifestada, será sensato e continua a verificar-se na prática clínica o internamento de neonatos de nível de cuidados mínimos (p.e. fototerapia para hiperbilirrubinémia, continuação de cuidados por otimização alimentar, entre outros), bem como adolescentes portadores de doença crónica, que não transitam eficazmente para os serviços de adultos, protelando muitas vezes este marco.

Este serviço de Pediatria prestava cuidados a crianças entre os 28 dias de vida e 17 anos e 364 dias, da sua área de abrangência regional, correspondendo a mais de 30 000 crianças/jovens de acordo com a consulta dos Censos 2021 (INE, 2022).

A população internada neste serviço provinha do serviço de urgência pediátrica da mesma ULS, de outros serviços intra-hospitalares (referenciados de consulta, de hospital de dia, da

neonatologia, entre outros), ou de serviços exteriores ao hospital, p.e., por uma transferência da criança para o hospital da sua área de residência.

Das crianças internadas no período de estágio, 41% eram portadoras de pelo menos uma doença crónica, sendo 11,4% do total de internamentos motivados por agudização da doença crónica como diagnóstico principal. Das crianças internadas portadoras de doença crónica, cerca de 14,2% correspondiam a doenças crónicas complexas e 28,6% tinham diagnosticadas duas ou mais doenças crónicas.

O seu espaço físico situava-se próximo do serviço de obstetrícia. A unidade comportava 20 vagas, num total de 7 quartos duplos e 8 quartos individuais, sendo 3 quartos duplos destinados a acolher crianças com diagnósticos do foro cirúrgico com intervenções programadas (em regime de internamento ou ambulatório), sendo os restantes quartos designados para pediatria do foro médico.

O internamento possuía uma sala de tratamentos, um gabinete de enfermagem, uma sala da educadora, uma sala de preparação de terapêutica, uma sala de atividades/cantinho da amamentação anexa à sala de hospital de dia, que se constituía como uma segunda sala de tratamentos, à entrada do serviço, podendo ser acessível pelo internamento, como também pelo exterior por entrada própria.

A entrada no serviço era realizada mediante código de acesso exclusivo dos profissionais de saúde, e eram colocadas pulseiras *TAG* na admissão da criança para sua proteção e segurança.

Particularmente no que respeita ao hospital de dia, o seu horário de funcionamento iniciava-se das 9h às 16h30, de segunda a sexta-feira, excetuando feriados.

A equipa de enfermagem era constituída por 18 enfermeiros, incluindo o enfermeiro gestor/responsável do serviço, sendo 5 destes elementos EEESIP. Estavam distribuídos quatro a cinco enfermeiros para o turno da manhã (sendo um elemento exclusivo destacado para hospital de dia e um elemento, quando possível, de apoio ao enfermeiro gestor – 2º elemento), três enfermeiros para o turno da tarde e dois enfermeiros para o turno da noite.

De acordo com as recomendações para esta tipologia de unidades, devem existir 2 EEESIP por cada 3 enfermeiros, sendo que deverá existir pelo menos um EEESIP em permanência durante 24h/dia (Regulamento n.º 743/2019, 2019), o que não se verificou.

Era utilizado o método individual de trabalho.

Neste contexto, desenvolvemos a nossa atividade em regime de hospital de dia por ser o local de prestação de cuidados designado ao enfermeiro supervisor.

Considerámos este aspeto uma vantagem na medida em que, complementarmente à atividade profissional em contexto de internamento, proporcionava uma janela de oportunidade para o acompanhamento de consultas médicas de algumas especialidades, nomeadamente a consulta de cuidados paliativos pediátricos.

Relativamente a esta consulta, decorria com a presença de médico dessa especialidade, enfermeira com especialidade nessa área e assistente social, utilizando como modelo a gestão de casos. Neste sentido, seria pertinente identificar as vantagens deste modelo na autogestão familiar da doença crónica no domicílio, evitando o uso inadequado dos serviços de saúde, ao encontro do tema em investigação.

Em regime de hospital de dia, a prática do enfermeiro incidia em procedimentos de apoio à consulta médica, tais como análises de sangue, urina ou outras espécimes; administração de terapêutica, quer medicamentosa, quer componentes do sangue e hemoderivados; avaliação antropométrica; entre outros. Para além destes, a sua atividade era canalizada para o *follow-up* após cirurgia pediátrica, realizando tratamentos a feridas após excisão de *sinus pilonidalis* com alguma frequência.

A sala de hospital de dia encontrava-se devidamente equipada ao encontro destes procedimentos, possuindo óculos de realidade virtual, música em volume adequado e tranquilizador, entre outros, que permitiam a distração da criança durante os mesmos.

Ainda que alocadas ao hospital de dia, percecionámos as dinâmicas da enfermaria, uma vez que a passagem de turno era um momento de transição de cuidados partilhado com todos os elementos da equipa de enfermagem.

Situações particulares que extravasavam diagnósticos médicos, motivando internamento por necessidade de intervenção social incluíram crianças: em situação de risco por maus-tratos físicos, com necessidade de ser retirada do seu ambiente domiciliário para sua proteção e, inevitavelmente, direcionada para família de acolhimento geograficamente distante por entidades competentes; e em processo de transição de género.

Os registos de enfermagem eram efetuados no SIE *SClínico*, tanto no módulo de internamento como no módulo de hospital de dia.

A folha de passagem de turno encontrava-se estruturada de acordo com a Norma 001/2017 (2017), sendo a comunicação na transição dos cuidados efetuada de forma eficaz.

A equipa encontrava-se envolvida em múltiplos projetos de melhoria contínua. Especificamente acerca da gestão dos cuidados a crianças com Diabetes Mellitus tipo 1, existiam protocolos de referência estabelecidos para o exterior, no entanto ainda não formalizados através de procedimentos/normas de instrução.

Também na valência de hospital de dia, existia articulação entre as equipas de enfermagem das consultas hospitalares e dos CSP, bem como da equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos pediátricos, via contacto telefónico ou email institucional, sendo o primeiro o mais verificado.

Aquando da alta hospitalar, era entregue nota de alta impressa e esta cumpria o Despacho n.º 2784/2013 (2013).

A totalidade dos enfermeiros conhecia o *SClínico* e o RSE, utilizando ambos. Nenhum enfermeiro conhecia a funcionalidade de referenciação do RN para os cuidados de saúde primários através do *SClínico*. Nenhum enfermeiro conhecia o eBoletim ou os seus itens. Todos os enfermeiros conheciam e comunicavam de acordo com a Norma 001/2017 (2017) nos momentos de transição dos cuidados de enfermagem.

Para potenciar a articulação dos cuidados de enfermagem, foram definidos como objetivos específicos para este local de estágio:

- 1) Estabelecer o procedimento de referenciação da criança/jovem com Diabetes Mellitus tipo I do meio intra-hospitalar para meio extra-hospitalar.
- 2) Explorar as funcionalidades do SIE *SClínico*, nomeadamente: o campo de preenchimento do “enfermeiro de família”; o campo de notificações relativas a referenciação do meio hospitalar para o meio comunitário; acesso ao RSE a partir do *SClínico*; Criação e preenchimento do eBoletim.
- 3) Sugerir a reestruturação destas funcionalidades para estabelecer um canal de comunicação efetivo entre as equipas de saúde, bem como entre estas e a pessoa.
- 4) Validar a recetividade dos enfermeiros na aplicação de novos conhecimentos à prática clínica

3.5. AVALIAÇÃO

Relativamente à avaliação dos resultados, esta implica a comparação entre os objetivos atingidos com os inicialmente definidos (Nogueira, 2005, citado por Ruivo *et al.*, 2010).

Deste modo, “podemos ter uma lista dos objectivos iniciais e verificar se cada um foi atingido” (Ruivo *et al.*, p. 26).

A seleção dos instrumentos de avaliação é influenciada pelos objetivos definidos, pelo conteúdo a recolher, pelos momentos em que será avaliado o fenómeno em estudo, o período temporal de que se dispõe tanto para a recolha como para o tratamento dos dados, e ainda os recursos financeiros que se detém (Carvalho *et al.*, 1997, cit. por Ruivo *et al.*, 2010).

Por sua vez, Brissos (2004) citado por Ruivo *et al.* (2010, p.27) afirma que “no sector da saúde é evidenciada a falta de adequação dos instrumentos utilizados de forma a atingir os objectivos propostos”, pelo que foram escolhidos instrumentos versáteis por não existirem grelhas formais ou escalas de avaliação válidas aplicáveis a esta temática particular.

Avaliando a consecução dos objetivos previamente definidos, considerámos terem sido alcançados, embora não tenham produzido alterações mensuráveis significativas na prática clínica dos locais de estágio vivenciados.

Como resultados preliminares da implementação da sessão de sensibilização, foi possível aferir um impacto positivo em relação ao projeto, tendo em consideração os questionários de satisfação realizados acerca da sessão (Apêndice IV).

As equipas disponibilizaram-se como parceiras para dar continuidade a este projeto e zelar pela defesa dos direitos da criança no que concerne à equidade, acessibilidade e uso adequado e ponderado dos serviços de saúde, nomeadamente no acesso a unidades pertencentes à RNCCI.

Ao nível comunitário, foi evidente o interesse em investir e incorporar estruturas integradas na RNCCI em regiões desprovidas das mesmas. Muitos enfermeiros mostraram-se reticentes pelo dispêndio de tempo dedicado ao preenchimento do eBoletim, o qual seria subtraído à prestação de cuidados, e pela não transposição de dados entre plataformas (lacuna na interoperabilidade dos SIE). Foi ainda apontado o acesso pleno do utente a registos de enfermagem no eBoletim, podendo não ser a plataforma ideal para a comunicação entre as equipas quando existe alguma suspeita de, p.e., negligência e/ou maus-tratos e se solicita observação física detalhada na próxima consulta agendada, podendo alertar o cuidador para determinados aspetos imprescindíveis para a identificação de riscos.

No SUP, o projeto foi igualmente percecionado como pertinente e com impacto positivo a longo prazo na gestão dos serviços de saúde. No que concerne à entrega da nota de alta de acordo com o Despacho n.º 2784/2013 (2013), foram mencionados motivos contextuais, de afluência e de dotação de enfermeiros para a implementação plena desta estratégia como transição eficaz dos cuidados para o nível extra-hospitalar, pelo foi pouco expressiva a sua adoção pelos enfermeiros deste serviço. Os enfermeiros demonstraram interesse na projeção futura de implementação do PIC junto das famílias.

Na UCIN, apesar do reconhecimento da validade do projeto, o principal confronto demonstrado relacionou-se com a sua disseminação a todos os serviços pediátricos, tanto na ULS como fora da mesma, antecipando limitações da sua efetiva implementação.

No serviço de pediatria, a equipa demonstrou-se muito interessada em adotar as funcionalidades partilhadas, nomeadamente a da referenciação a partir do *SClínico*, porém, verificámos que no SIE *SClínico* módulo internamento a mesma não estava disponível nesta ULS (diferente das anteriores), apesar de ser acessível no módulo de Hospital de Dia do mesmo SIE. O enfermeiro gestor responsabilizou-se por procurar perceber esta disparidade junto dos serviços informáticos.

Em suma, para avaliar a consecução dos objetivos propostos, foi elaborada a Tabela 1.

Tabela 1 – Avaliação da Consecução dos Objetivos Propostos

Objetivo Geral	Atingido	Não Atingido	Objetivos Específicos	Atingido	Não Atingido
Adquirir competências de Mestre em Enfermagem e competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica	☒				
Potenciar a articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com doença crónica	☒		Conhecer como se articulam as equipas de enfermagem na assistência à criança/jovem e família com doença crónica, em cada contexto da prestação de cuidados	☒	
			Colaborar na intervenção do EEESIP na articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com doença crónica entre os diferentes contextos da prestação de cuidados	☒	
			Validar a transição segura dos cuidados de enfermagem entre os diferentes contextos da prestação de cuidados	☒	
			Comparar a articulação dos cuidados entre os vários contextos de ensino clínico da mesma ULS, bem como com o contexto numa diferente ULS	☒	
			Desenvolver o projeto de intervenção nos diferentes contextos da prestação de cuidados	☒	

Fonte: Fonte Própria

3.6 DIVULGAÇÃO DE RESULTADOS

Todo o percurso efetuado culmina na divulgação de resultados, a quinta etapa da metodologia de projeto, sendo esta essencial “uma vez que é a partir desta divulgação que a população-alvo e a população em geral tomarão conhecimento sobre o que foi feito e as estratégias utilizadas, valorizando desta forma o projecto” (Ruivo *et al.*, 2010, p.32).

Existem várias formas de divulgar resultados, especialmente na área da saúde, consistindo o relatório de estágio numa importante ferramenta que concretiza o percurso das aprendizagens efetuado e sintetiza a aquisição das competências que se pretendia inicialmente adquirir. Desta forma, segundo Schiefer *et al.* (2006) citado por Ruivo *et al.* (2010, p. 32) este

relatório é imprescindível para transmitir informação, sendo um requisito obrigatório na consequência da realização de um projeto.

O presente relatório de estágio foi apresentado e discutido em provas públicas para análise e deliberação da aquisição das competências preconizadas, tendo sido reconhecidas como adquiridas, conferindo ao profissional de enfermagem a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem e EEESIP.

4. ANÁLISE REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

Com vista ao reconhecimento de Mestre em Enfermagem e Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, era imperativo corresponder ao perfil de competências de Mestre em Enfermagem, Enfermeiro Especialista e Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, promulgadas em Diário da República.

Através da experiência profissional já vivenciada, foram desenvolvidas algumas destas competências no serviço de internamento de pediatria, onde o contacto com uma equipa de enfermagem totalmente constituída por enfermeiros especialistas nesta área era uma realidade.

A frequência dos estágios programados neste ciclo de estudos visou a aquisição das competências percecionadas como não adquiridas e o reforço das competências parcialmente ou totalmente adquiridas, tendo sido realizado inicialmente um autodiagnóstico sobre as mesmas, orientando as aprendizagens a efetuar.

Sublinhámos também o percurso formativo estabelecido no plano de estudos deste curso, tendo a componente teórica especial cuidado em dotar o mestrando de ferramentas para a aquisição das referidas competências.

4.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Em 1996, pela afirmação crescente da Enfermagem como disciplina e profissão sem um documento legal que a regulamentasse, foi decretado o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996).

Como tal, surge há já trinta anos o primeiro instrumento jurídico que define o enfermeiro especialista como o profissional detentor de um curso de especialização em enfermagem, com subsequente título profissional, a quem são reconhecidas competências científicas, técnicas e humanas para prestar cuidados especializados no âmbito da sua especialidade (Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde, 1996).

Posteriormente, foi divulgado o seu perfil de competências, preservando a conceção original deste conceito, elencada nos procedimentos legais associados à atribuição de títulos pela OE (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Este documento preconiza que os enfermeiros especialistas partilham um conjunto de competências comuns, independentemente da sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019, 2019), catalogando-as em quatro domínios:

“A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746)

“B – Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4747)

“C – Domínio da gestão dos cuidados” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4748)

“D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Regulamento nº140/2019, 2019, p. 4749).

Com vista a refletir sobre as competências adquiridas inerentes a esta carreira especial, propusemos uma estruturação segundo estes domínios, facilitando a sua análise.

A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio preconiza que o enfermeiro especialista pratica o seu exercício profissional de acordo com o quadro ético-legal atual e deontologia profissional, respeitando os direitos humanos (Regulamento nº140/2019, 2019). Integra duas competências:

“A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

“A2 – Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4746).

Enquanto enfermeiros, assumimos o compromisso para com o dever de cumprir e zelar pelo cumprimento da Deontologia Profissional (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015).

Em consonância, administramos a prática clínica ao seu encontro, primando: pelo respeito e defesa dos direitos humanos, com especial destaque para o combate à discriminação contra os grupos vulneráveis; pela valorização da vida e da qualidade de vida; pela prestação de cuidados adequados às necessidades da pessoa, inserida no seu ambiente familiar e comunitário, em tempo útil, assegurando a sua continuidade e transferência para outros profissionais competentes (atuação multidisciplinar) quando extravase o escopo da intervenção do enfermeiro ou por preferência da pessoa no prestador de cuidados; por intervir junto da pessoa com o seu consentimento, informando-a sobre o seu processo de saúde/doença, salvaguardando os seus dados pessoais e o seu direito à privacidade, confidencialidade através de sigilo profissional; por preservar a intimidade da pessoa na prestação de cuidados, incluindo nas tarefas que são delegadas; pelo respeito pela pessoa em fim de vida e pelo seu corpo após a morte; pela atualização do conhecimento, revisão de práticas e adequação de normas em prole da melhoria da qualidade dos cuidados e do ambiente profissional/condições de trabalho (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015).

A esfera deontológica correlaciona-se com a linha de defesa flexível do enfermeiro, reforçando/ajustando estas barreiras para responder a situações potencialmente geradoras de *stress* no âmbito da sua atividade profissional, integrando e regulando as dimensões da condição humana: fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais (Freese, 2004). É simultaneamente uma condicionante da transição caso ocorra alguma relacionada à mesma (Guimarães & Silva, 2016).

Após o ingresso neste curso, foram reforçados e adquiridos conhecimentos acerca do quadro ético e legislação em vigor, com enfoque nas diretrizes de recursos comunitários e outras ferramentas que constituem o quotidiano profissional do enfermeiro, como é exemplo a RNCCI.

Neste âmbito teórico, enfatizámos a análise crítica de uma situação particular vivenciada na prática clínica mediante realização de um ensaio académico, na UC de “Ética e Deontologia de Enfermagem”, remetendo à necessidade de ponderação de dilemas éticos com recurso também aos princípios *prima facie* (respeito pela autonomia, beneficência, não-maleficência e justiça).

Em semelhança, na UC de “Enfermagem e Formação”, estruturámos um portfólio jurídico, responsabilizando os estudantes por comentários críticos mediante síntese de cerca de catorze documentos, no âmbito da intervenção do enfermeiro e enfermeiro especialista nas diferentes áreas, concluindo com um fórum de discussão entre os alunos acerca dos mesmos (interpretações, aplicação e discussão de situações específicas da prática clínica destes). Entre eles, faziam parte obrigatória a Lei de Bases em Saúde, a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, o Código Deontológico do Enfermeiro [CDE], o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], o Regulamento que define o ato do enfermeiro e os respetivos referenciais para a prática do exercício profissional especializado.

Esta atualização teórico-prática permitiu reforçar a linha de defesa flexível ao potenciar os recursos no sistema aberto do enfermeiro em interação com o ambiente que o envolve (Freese, 2004), contribuindo como fatores facilitadores para a vivência de transições de forma saudável (Guimarães & Silva, 2016), permitindo em simultâneo fortalecer o ambiente das crianças e famílias portadoras de doença crónica às quais prestam cuidados.

Ademais da proteção dos direitos humanos, a população em idade pediátrica exige especial atenção por se encontrar num período inquestionavelmente longo, marcado pelo crescimento e desenvolvimento, contestando a sua autonomia (Nunes, 2020). Como já referimos, trata-se de um ser vulnerável, dependente de outros para a satisfação das suas necessidades, preservando, não obstante, a sua condição digna de ser humano (Nunes, 2020).

Como tal, a abordagem a esta pessoa tem em consideração o ambiente em que se insere, a sua rede social, familiar e comunitária, bem como as suas circunstâncias decorrentes do seu desenvolvimento (Nunes, 2020).

A criança, cuja proteção da estrutura básica, linhas de resistência e linha de defesa flexível depende da parentalidade assumida pelos cuidadores (Freese, 2004), coloca esta diáde sob transições múltiplas simultâneas, a primeira de carácter desenvolvimental, a segunda de alteração dos papéis e, portanto, situacional.

A conjuntura ético-legal integrante do ambiente em interação com a pessoa garante proteção ao sistema aberto. A Declaração dos Direitos da Criança, consagrada pelas Nações Unidas, é um documento que a protege contra discriminação ou maus-tratos por terceiros, com igual acesso a serviços comunitários imprescindíveis ao seu desenvolvimento (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1959), emergindo como proteção ao seu sistema, como reforço da linha de defesa flexível na conceção de Betty Neuman (Freese, 2004) e como fator facilitador da vivência das transições, para Afaf Meleis (Guimarães & Silva, 2016).

No CDE, é explícito que o enfermeiro tem o dever de salvaguardar os direitos das crianças e protegê-las de qualquer forma de abuso (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015).

Para além disso, deve procurar responder às necessidades desta pessoa ao encontro dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (OE, 2017).

Em sequência, aquando do contacto com os locais de estágio, foi indissociável a orientação da prática de acordo com este padrão de atuação, através do seguinte exemplo prático:

Uma pré-escolar de quatro anos deu entrada na sala de tratamentos do Hospital de Dia, na companhia dos pais, para realização de penso a lesão resultante de queimadura. Explicámos o tratamento a realizar, antecipando a previsibilidade de dor associada ao mesmo, pedindo consentimento, o qual foi verbalizado e assinado (Norma 022/2012, 2017).

Antes do procedimento, questionámos os pais se haviam administrado alguma “medicação para a dor” (sic), adaptando a linguagem aos intervenientes de modo a facilitar a sua compreensão, os quais negaram. Sugerimos a administração de paracetamol, de acordo com o protocolo do serviço, os quais concordaram. Pesámos a criança em balança própria presente na sala, resultando 21,3 kg. Calculámos a dose de paracetamol a administrar segundo o peso (Norma 022/2012, 2012), preparando 320 mg em solução oral através de dupla verificação por enfermeiros, garantindo a segurança nas práticas. Sugerimos aos pais que administrassem a analgesia, por deterem maior proximidade para com a criança e ser prática

no domicílio a administração de analgesia/antipirético quando necessário (Monteiro & Cerqueira, 2020). Utilizámos ainda óculos de realidade virtual e musicoterapia para distração da criança, questionando as suas preferências, utilizando os recursos disponíveis no serviço (OE, 2013). Questionámos a criança acerca de queixas álgicas, com recurso à escala de faces de Wong-Baker, antes e durante o procedimento (Norma 014/2010, 2010).

O procedimento decorreu em sala própria, fechada, assegurando a privacidade e intimidade da pessoa (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015). Solicitámos parecer de cirurgião plástico, fundamentando o tratamento utilizado para a cicatrização da lesão (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Salvaguardámos a intimidade da criança perante a exposição a outros profissionais, nomeadamente a técnica auxiliar de saúde, verificando o fecho da porta da sala aquando da sua entrada para otimização do ambiente e materiais em redor da criança (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015).

Realizámos ensinamentos aos pais acerca de exposição solar, adequação do vestuário, produtos de higiene, alimentação (ingestão proteica), gestão do penso, fazendo marcação de novo contacto com a equipa nos dias seguintes, empoderando-os para a gestão da situação no domicílio (Ramos, 2020), pois a criança ainda não detinha autonomia para decidir acerca de adoção de comportamentos seguros.

Posteriormente, efetuámos o registo de enfermagem em SIE protegido por credenciais do profissional, assegurando a privacidade e confidencialidade (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015). Mais tarde, em semelhança a outras ocasiões, refletimos sobre a situação e os processos de tomada de decisão.

Através deste exemplo, foi possível aferir o respeito pelos direitos da pessoa nas suas especificidades exploradas, estabelecendo uma parceria de cuidados, negociando e definindo os agentes na assistência à criança, com enfoque na premissa de que os pais são os seus melhores prestadores de cuidados (Monteiro & Cerqueira, 2020; OE, 2017). Desta forma, a família fez parte da equipa de cuidados, participando na tomada de decisão esclarecida de acordo com o conhecimento mais atualizado da equipa. Privilegiámos o padrão de prestação de cuidados no domicílio e capacitámos o cuidador para a prestação de cuidados específicos associados à manutenção de sintomas, como a gestão da dor. Com esta atuação, tentámos atenuar alterações à linha de defesa normal, promovendo o uso das linhas de resistência e de defesa (Freese, 2004), potenciando padrões de resposta saudáveis a uma transição de saúde/doença (Guimarães & Silva, 2016).

Solicitámos o apoio de outras especialidades quando a intervenção ultrapassava o campo de atuação do enfermeiro, mantendo-nos como consultores na gestão e seleção de tratamentos à ferida (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Mantivemos a privacidade e confidencialidade, por exemplo, ao assegurar o fecho da sessão do profissional aquando da realização dos registos de enfermagem (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015).

Esta prática foi ampliada a todos os cuidados prestados no decurso dos estágios, informando e solicitando consentimento para os procedimentos de enfermagem de acordo com a idade do cliente pediátrico e estabelecendo a parceria de cuidados entre o enfermeiro e a criança/jovem e família.

Para além destes aspetos, justificando a aquisição destas duas competências, no decorrer da implementação do projeto solicitámos consentimento verbal para o uso de conteúdos recolhidos de forma não estruturada, tratando os dados ao abrigo do RGPD (Lei n.º 58/2019, 2019). Divulgámos resultados para melhoria da qualidade assistencial, assegurando o anonimato das instituições ou profissionais intervenientes, assim como dos beneficiários dos cuidados.

Das atividades decorrentes deste âmbito, surgiu o incentivo à reestruturação da nota de alta de acordo com o Despacho n.º 2784/2013 (2013) pelos enfermeiros, promovendo a articulação eficaz dos cuidados pela Norma 001/2017 (2017), garantindo a melhoria do percurso assistencial à criança com doença crónica e a transmissão da informação relevante à pessoa acerca da sua saúde.

Estas ações estão contempladas no CDE, nomeadamente através de:

- “Colaborar com outros profissionais em programas que respondam às necessidades da comunidade” (artigo 101º, alínea c), do Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8102);
- “Corresponsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico da doença e respetivo tratamento” (artigo 104º, alínea a), do Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8103);
- “Assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas” (artigo 104º, alínea d), do Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8103);
- “Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte” (artigo 106º, alínea a), do Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8103);

- “Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados” (artigo 106º, alínea d), do Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8103);
- “Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa” (artigo 109º, alínea b), do Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8103);
- “Trabalhar em articulação com os restantes profissionais de saúde” (artigo 112º, alínea b), do Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8104).

B – Domínio da melhoria contínua da qualidade

Este domínio ambiciona um papel ativo do enfermeiro especialista na dinamização de atividades na área da governação clínica, da melhoria contínua da qualidade, e promotoras de um ambiente de prestação de cuidados seguro (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Contempla três competências:

“B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

“B2 – Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

“B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747). Para esta competência o seu descritivo ressalva que o ambiente deve ser gerido em função da pessoa, modificando-o ao encontro do seu bem-estar, prevenindo incidentes e gerindo o risco (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Com o objetivo de assegurar a manutenção de boas práticas, com o pressuposto de que devem ser prestados cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, a Ordem dos Enfermeiros divulgou, em 2001, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (OE, 2001).

Através dos seus enunciados descritivos de qualidade, este documento orienta a prática do profissional de enfermagem em sintonia com a satisfação do cliente, promovendo a sua saúde, prevenindo complicações, potenciando o bem-estar e o autocuidado, no sentido da sua readaptação funcional, conduzindo a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2001).

Há que considerar que “bons cuidados significam coisas diferentes para diferentes pessoas e, assim, o exercício profissional dos enfermeiros requer sensibilidade para lidar com essas diferenças” (OE, 2001, p. 13).

Assim, é reconhecida a pertinência de guias orientadores de boa prática de cuidados de enfermagem, estruturados mediante evidência científica atualizada, como uma base fundamental na melhoria contínua da qualidade na área de enfermagem (OE, 2001).

Para além destes, também a Direção-Geral da Saúde pôde ver a sua regulamentação atualizada, expondo o seu campo de intervenção em vigor no que concerne a este aspeto. Portanto, por meio do Departamento da Qualidade na Saúde, destaca-se a atribuição da responsabilidade pela emissão de normas e orientações, de carácter clínico ou organizacional, o que contempla programas de promoção da segurança do doente, de saúde pública e de melhoria da prestação de cuidados de saúde; pela “implementação e avaliação de instrumentos, atividades e programas de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde” (Portaria n.º 159/2012, 2012, p.2673), analisando, certificando e divulgando a qualidade destas; gerir os sistemas de monitorização da qualidade dos serviços; “definir e monitorizar indicadores para avaliação do desempenho” (Portaria n.º 159/2012, 2012, p.2673) das equipas de saúde (Portaria n.º 159/2012, 2012).

Administrado à área pediátrica, foram divulgados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em 2017 (OE, 2017).

Este referencial adapta os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem à criança/jovem e família, reconhecendo as suas particularidades decorrentes do desenvolvimento infantil (OE, 2017). Contempla a criança como um ser indissociável do seu contexto familiar na medida em que dele é dependente para a satisfação das suas necessidades e manutenção da sua saúde (OE, 2017). Explora a intervenção de enfermagem com enfoque na maximização da saúde da criança/jovem; nos cuidados antecipatórios para a promoção do crescimento e desenvolvimento; na promoção da vinculação; na promoção da autoestima e autodeterminação do jovem; na família como importante recurso, dotada de competências para a prestação de cuidados à criança/jovem (OE, 2017). Para tal, deve estabelecer uma parceria de cuidados para com esta pessoa, procurando minimizar os *stressores* decorrentes de processos de hospitalização.

Realçámos, uma vez mais, a adequação do plano de estudos deste curso, que permitiu através da UC de “Políticas e Gestão em Saúde” analisar as atuais políticas em saúde. Nesta UC, aprofundámos as políticas aplicadas à vacinação infantil em Portugal, enquadradas no ramo geopolítico a nível nacional, europeu e mundial, elucidando acerca de desafios da atual situação migratória.

Durante a experiência de estágios, implementámos um projeto previamente delineado, no âmbito da melhoria da qualidade assistencial à criança/jovem e família com doença crónica.

Este projeto, dirigido às equipas de enfermagem dos diversos setores da prestação de cuidados, procurou melhorar a articulação destas pela otimização dos SIE disponíveis.

Deste modo, realizámos um diagnóstico de situação específico de cada local de estágio, o qual foi já evidenciado na caracterização dos referidos contextos, resultando intervenções na procura da melhoria contínua da qualidade, as quais analisamos de seguida, pela ordem de implementação:

Unidade de Cuidados na Comunidade

Pela ausência de contacto do enfermeiro de família nos SIE, constituindo uma lacuna na transição de cuidados do nível hospitalar para o comunitário, constatámos que o nome do enfermeiro de família podia ser preenchido manualmente por qualquer usuário no *Sclinico*, pelo que fomentámos esta tarefa junto dos enfermeiros.

Ainda que este campo seja preenchido, verificámos que não é transferida esta informação para a nota de alta de forma automática. Este conteúdo é imprescindível para garantir a transição intersetorial de enfermagem, devendo, na nossa opinião, constar obrigatoriamente neste documento. Contrariamente, verifica-se apenas a imposição da identificação inequívoca do médico de família e do enfermeiro que formaliza a alta hospitalar na nota de alta hospitalar/transferência (Despacho 2784/2013, 2013).

No que concerne à plataforma que possibilita o acesso a todos os profissionais de saúde, o RSE, divulgámos e incentivámos a criação e preenchimento do eBoletim, cuja parametrização contempla os campos para proceder à identificação não só da criança, como também do seu médico e enfermeiro de família, com partilha do seu contacto institucional. Quando preenchidos, poderiam ser utilizados pelas equipas de meio hospitalar para contactar o enfermeiro de família com o objetivo de encaminhar a criança para os cuidados da comunidade. Após contactarmos com elemento dos SPMS, foi-nos esclarecido que o eBoletim funcionará em pleno a partir de 2026/2027.

Para o efeito, preconiza-se que a informação possa transitar de forma estruturada e segura através de um canal de comunicação estabelecido. Esta organização de informação foi formalizada pela Norma 001/2017 (2017) para a “comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde”, pelo que foi também divulgada por nós.

Adicionalmente, sugerimos aos SPMS a parametrização de um plano individual de cuidados (Apêndice V), preferencialmente de acordo com a mnemónica ISBAR (Norma 001/2017, 2017) como campo a constar do eBoletim, divulgando a mesma às equipas de enfermagem. Esta funcionalidade possibilitaria às equipas de saúde o acesso ao plano de

cuidados atualizado da criança portadora de doença crónica, estabelecendo as suas preferências, padrão habitual de cuidados, regime terapêutico e equipas de referência, primando pelo acompanhamento de proximidade entre as equipas multidisciplinares e estreitando laços entre estas.

Estas atividades foram efetivadas através da implementação da sessão de sensibilização, com a duração de cerca de 1 hora, junto dos enfermeiros da UCC e das USF adjacentes.

Pelas limitações sugeridas pela equipa, ponderámos somente a criação do eBoletim e o preenchimento do campo referente ao nome e contacto do enfermeiro de família, protelando o restante preenchimento do eBoletim até à sua efetiva operacionalização e reestruturação.

Serviço de Urgência Pediátrica

Em continuidade ao contexto anterior, implementámos a mesma sessão de sensibilização no momento de formação em serviço dirigida aos enfermeiros constituintes da equipa do SUP, com a duração de cerca de 1 hora, para divulgação do diagnóstico de situação acerca do fenómeno em estudo até esse momento e das estratégias/ferramentas anteriormente mencionadas.

Assim, adicionámos e divulgámos os dados acerca da experiência vivenciada na UCC da mesma ULS deste serviço, reforçando as necessidades de articulação entre as equipas, sentidas a nível desta instituição, e quais as estratégias sugeridas pelas equipas dos CSP.

Foi proposta a elaboração de nota de alta de acordo com o Despacho n.º 2784/2013 (2013) e a sua entrega em formato impresso nos internamentos de curta duração (UICD), por carecerem deste referencial. Tal permitiria o acesso à informação do episódio de urgência nos cuidados de saúde primários, assim como ao cidadão através da app “MySNS”.

Em conformidade, na sessão demos ênfase ao Despacho n.º 2784/2013 (2013), bem como às funcionalidades do SClínico (nota de alta, referenciação para CSP, acesso ao RSE, incentivando à consulta do eBoletim e do campo do enfermeiro de família), estreitando/criando canais de comunicação eficazes, e propondo igualmente a parametrização do PIC da criança portadora de doença crónica no eBoletim de forma a ser acessível por todos os profissionais de saúde que lhe prestam cuidados, bem como pelos seus cuidadores.

A formação em serviço destacou-se como local privilegiado para a difusão de outras necessidades efetivas de intervenção do EEESIP na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados à população pediátrica, adequando procedimentos em conformidade.

Pela dificuldade sentida pela equipa em assegurar a nota de alta de enfermagem à família, em formato impresso, e na ótica de transmitir informações relevantes acerca da agudização da

criança portadora de doença crónica para o exterior, responsabilizámos os cuidadores como portadores das mesmas. Primeiramente, criámos um folheto informativo, transformado em póster (Apêndice VI) para eficiência de recursos materiais e otimização do controlo de infeção, de modo a incentivar os pais a estabelecer contacto com o médico e enfermeiro de família para informar da ida ao SUP, motivo, gestão e cuidados para domicílio.

Para garantir o conteúdo pertinente destes episódios, elaborámos um livro de bolso (Apêndice VII) com o objetivo de o anexar ao boletim individual de saúde infantil e juvenil, tal como o boletim de vacinas, onde constasse o PIC da criança portadora de doença crónica, o qual foi intitulado de “O meu Plano Individual de Cuidados”.

Por motivo de coerência, estruturámos o Plano Individual de Cuidados deste livro de bolso à semelhança do PIC sugerido para parametrização no eBoletim e do PIC estabelecido pela Equipa Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos da mesma ULS, para não existirem discrepâncias na informação da criança/jovem com doença crónica acompanhada por esta unidade hospitalar.

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

A sessão de sensibilização foi incorporada na formação em serviço da UCIN. Através da mesma, esclarecemos o diagnóstico de situação acerca da temática, incluindo os dados relativos aos contextos de estágio já experienciados, e a divulgação das atividades já desenvolvidas, dando continuidade neste mesmo campo de estágio.

Incluimos ainda nesta sessão a funcionalidade do registo de inoculação na plataforma RSE, por ser considerada uma necessidade de formação no serviço.

Uma vez que este serviço era usuário do *BSimple*, demonstrámos o acesso ao RSE, o qual se concretizava a partir da plataforma *SClínico*, igualmente acessível à equipa de enfermagem.

De forma a facilitar a referenciação através do SIE *BSimple*, planeámos a sua parametrização para permitir de forma intuitiva referenciar o RN às entidades de apoio à unidade, definidas como o NHACJR, o SNIPI e os CSP (Apêndice VIII). Na visualização disponível em apêndice, encontram-se dados omitidos, como contactos locais ou outros que pudessem comprometer o anonimato da UCIN/ULS.

Foi contactado o Gabinete de Qualidade da ULS, no sentido de tornar eficiente o acesso à diversidade de SIE implementados nos serviços pediátricos da instituição. Foi então revelado o portal SCUBO como futuro aliado a inserir na ULS, através de um acesso centralizado do profissional de saúde neste portal, dispondo das várias aplicações em saúde no seu conteúdo.

Divulgámos o livro de bolso “O meu Plano Individual de Cuidados”, o qual seria, numa primeira fase, entregue aos recém-nascidos prematuros ou RN de termo com diagnóstico de doença crónica (p.e. doença metabólica).

Divulgámos novamente o póster elaborado, com vista a manter a coesão entre os serviços através da partilha da mesma informação a um mesmo prestador de cuidados, a ULS. Pelo controlo de infeção na unidade, foi recusada a sua afixação.

Mantivemos então o formato em folheto, disponível para os pais, tendo sido inclusive entregue a uma família de uma criança com o diagnóstico de tetralogia de *fallot* (cardiopatía congénita) e dado a conhecer o livro de bolso para preenchimento e acompanhamento nas próximas consultas com pediatras ou outras especialidades.

Planeámos a criação de um “utente teste” que pudesse transitar entre serviços pediátricos da ULS, testando a funcionalidade de referenciação através do *SClínico*, a articulação das equipas de enfermagem e a coordenação dos cuidados. Em consonância, poderia tratar-se de um RN nascido na ULS, encaminhado do BOMI para a UCIN, onde ficaria internado por um período. Facultar-se-ia à mãe o livro de bolso “O Meu Plano Individual de Cuidados” e respetivos ensinios para o preenchimento, dando continuidade à preparação para a alta. Posteriormente, para continuidade de cuidados seria transferido para o serviço de pediatria, com a nota de alta devidamente estruturada de acordo com o Despacho n.º 2784/2013 (2013). Neste serviço, manter-se-ia a preparação da alta hospitalar, com a nota de alta estruturada segundo o mesmo despacho, e articulação com as equipas da comunidade (criação do eBoletim, por ser um primeiro internamento e ainda não ter transitado para o contexto extra-hospitalar desde o seu nascimento), fazendo um pedido de referenciação para os CSP no momento da alta clínica. Nos CSP, aceder-se-ia à notificação recebida com a referenciação desta criança e contactar-se-ia a família para consulta no centro de saúde, procedendo ao preenchimento de dados essenciais no eBoletim, como o nome e contacto do enfermeiro de família. Posteriormente, por agudização, esta criança recorria ao SUP, ficando internado na unidade de internamento de curta duração, onde o enfermeiro verificaria dados sobre evolução desde o nascimento (consulta através do RSE e do eBoletim), notificando o enfermeiro de família aquando da alta clínica da UICD. Esta atividade não foi concluída por não ser possível obter autorização do conselho de administração e formalizar pedido aos serviços informáticos em tempo útil de implementação no local de estágio.

Serviço de Pediatria

No continuum das atividades programadas e em consonância com as necessidades identificadas, implementámos a sessão de sensibilização, incidindo principalmente na referenciação através do *SClínico*, no acesso ao RSE e ao eBoletim, divulgando dados devidamente tratados relativos aos contextos de estágio anteriores, contrastando os procedimentos do local de estágio com os da anterior ULS no que respeita à referenciação.

Para enriquecer a aprendizagem e formalizar um percurso assistencial mediante referenciação, redigimos um procedimento/norma/instrução de trabalho (Apêndice IX), para concretizar a articulação existente entre as equipas e a coordenação dos cuidados de saúde na gestão da doença crónica entre o meio hospitalar e o meio comunitário, na assistência à criança/jovem diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo I.

Para além destas atividades, foi também importante o momento de auditoria externa no serviço de pediatria para validar a atuação dos profissionais de saúde de acordo com as orientações e normas em vigor que regulamentavam as unidades e cuidados de saúde. Esta prática manteve presente a importância de atualização de conhecimentos e *guidelines*, em suma numa prática baseada na evidência mais recente possível.

Nesta perspetiva, assistimos à formação da equipa previamente às auditorias, atuando em conformidade: participámos na verificação de stocks; prazos de validade de terapêutica; contabilização de estupefacientes; reposição de material clínico; manutenção do espaço físico (fecho de portas, garantindo a privacidade); fixação de pósters informativos da unidade, assegurando a sua semelhança entre o internamento e a sala de Hospital de Dia; entre outros. Estas tarefas consistiram principalmente como uma auditoria interna pela própria equipa do serviço, estando o serviço em conformidade com o preconizado.

Por fim, dando um exemplo prático do garante da segurança dos cuidados, mantivemos a dupla verificação na administração de terapêutica (Simón, 2016), independentemente de consistir em medicamentos de alerta máximo ou outros. Esta medida permitiu prevenir o erro humano e, consequentemente, risco para a pessoa, envolvendo os colaboradores na gestão do mesmo.

C – Domínio da gestão dos cuidados

No que respeita a este domínio, é sugerida uma gestão eficaz dos cuidados, recursos ao dispor, e melhor articulação entre a equipa multidisciplinar no sentido de intervir consoante as necessidades da pessoa, atendendo à qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Comporta duas competências:

“C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748), afunilando o seu descritivo para a delegação e supervisão de tarefas. (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

“C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

A qualidade dos cuidados de enfermagem deriva, inevitavelmente, da gestão dos mesmos. Desde a regulamentação da prática da profissão, este ramo não foi descurado, diferenciando as intervenções autónomas e interdependentes dos enfermeiros (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996).

Neste sentido, urge o reconhecimento de limites impostos pelas competências do enfermeiro para uma gestão eficaz dos cuidados de enfermagem, convergindo no sentido da referenciação para outros profissionais, certificando o direito do cidadão a cuidados de qualidade (artigo 104.º da Lei n.º 156/2015, 2015).

Foi também preocupação das entidades reguladoras da saúde o cálculo das dotações seguras como garante da qualidade e segurança dos cuidados (Regulamento n.º 743/2019, 2019). A partir deste documento, infere-se um número específico de profissionais com competência acrescida atendendo às especificidades da população beneficiária dos seus cuidados (Regulamento n.º 743/2019, 2019).

Em pediatria, preconiza-se ainda o método de trabalho por “enfermeiro de referência” ou “gestor de caso”, denunciando uma prática de elevado nível de complexidade, conduzindo à concretização de sistemas de monitorização da segurança e do real custo/benefício (OE, 2017).

Durante o percurso de estágio, foi evidente o método individual de trabalho, cursando a atividade com apoio da equipa multidisciplinar, em atuação para um objetivo comum, a recuperação da criança.

Todas as equipas integravam profissionais especializados, nem sempre de acordo com as recomendações (Regulamento 743/2019, 2019). Por outro lado, no que concerne a práticas de articulação de cuidados, o serviço de pediatria encontrava-se mais organizado que os restantes. Em todos os serviços, o enfermeiro gestor, ou o responsável de turno na sua ausência, distribuía o número de crianças por enfermeiro, sendo no SUP a distribuição por postos de trabalho.

Na UCC, a alocação dos especialistas à respetiva área de intervenção evidenciou uma conduta sensata e apropriada da enfermeira em funções de gestão nesse serviço. As sessões de saúde escolar estavam delineadas em articulação com a comunidade escolar, garantindo o

acesso igualitário às mesmas por todas as turmas do concelho. Os contactos estabelecidos pela IP eram antecipadamente marcados, assegurando a presença de todos os intervenientes imprescindíveis.

No internamento de pediatria, a elaboração de horários vigorando o envolvimento dos enfermeiros nos projetos de melhoria contínua no serviço foi também uma vertente presente na gestão de cuidados dessa unidade.

Designadamente na UCC, ao envolvermo-nos nos projetos na área da saúde escolar, pudemos experienciar a aplicação de verniz de flúor aos alunos dos jardins de infância, dando apoio ao higienista oral.

Especificamente no posto de triagem do SUP, fomos responsáveis por encaminhar crianças/jovens com traumatismos dos membros para a especialidade de ortopedia.

Relativamente à articulação entre o meio intra-hospitalar, tivemos intervenção ativa através da estruturação de notas clínicas, nomeadamente nota de alta/transferência (Despacho n.º 2784/2013, 2013) em formato ISBAR (Norma 001/2017, 2017).

Já no sentido intra-hospitalar para o meio extra-hospitalar, procedeu-se à semelhança do último, explorando e divulgando ainda a funcionalidade de referenciação do *SClínico*.

Para adquirir estas competências, desempenhámos ainda funções de gestão, nomeadamente reposição de armazém (material clínico e terapêutica). Esta tarefa é auxiliada por um leitor de código de barras, garantindo a transposição rápida de dados e subsequente eficácia no controlo dos *stocks*.

Foi ainda possível acompanhar a elaboração de um horário de enfermagem, com as condicionantes de elementos em *roulement*, horário fixo, redução de horário por amamentação, baixas médicas e férias, tanto no SUP como no serviço de internamento de pediatria.

Privilegiámos o gestor de caso como figura central da prática especializada à criança/jovem e família com doença crónica. Primeiramente, por constarmos no referencial para a prática de enfermagem nesta área de especialidade (OE, 2017), por outro lado por reconhecermos a sua intervenção na articulação dos cuidados entre os diferentes profissionais de saúde. Assim, o EEESIP é indubitavelmente o profissional com maior proximidade às respostas humanas da criança/jovem com doença crónica, aferindo as suas necessidades em contacto constante durante os contextos de internamento.

Exposto isto, divulgámos o projeto de sucesso implementado na ULS do Litoral Alentejano (Ordem dos Enfermeiros Sul, 2024), propondo práticas semelhantes em ambas as ULS frequentadas. A reorganização de um método de trabalho exige, acima de tudo, uma

reestruturação significativa que pressupõe planeamento, regulamentação e evidência científica de custo/benefício aos conselhos de administração, atividades que não eram concretizáveis nos limites temporais dos contextos de estágios.

D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Por fim, este domínio realça a necessidade de exercer uma prática baseada na evidência (Regulamento n.º 140/2019, 2019). É igualmente constituído por duas competências:

“D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749), evidenciando o seu descritivo as relações estabelecidas, quer terapêuticas, quer multiprofissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

“D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749), responsabilizando o enfermeiro especialista como agente ativo na investigação clínica e na sua aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Aos enfermeiros, dos quais o EEESIP não é exceção, é exigida uma formação contínua para o desenvolvimento e atualização de conhecimentos, baseando a sua prática clínica na evidência científica recente e relevante e potenciando a melhoria dos cuidados prestados (OE, 2017).

Para tal, é essencial avaliar as suas habilidades, autoconhecendo-se para identificar lacunas que careçam de mudanças de atitudes, assumindo o dever da excelência do exercício (Artigo 109º da Lei n.º 156/2015, 2015).

Deste modo, o ingresso neste curso decorreu do reconhecimento da necessidade de aquisição de competências de EEESIP. Em conformidade, no início deste percurso formativo foi realizado o autodiagnóstico das competências de Enfermeiro Especialista, EEESIP e Mestre em Enfermagem, decisivo para a orientação das aprendizagens a efetuar.

De salientar que a componente teórico-prática exercida pelo mestrado com especialização na área de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, por si só, constitui-se como uma condição *sine qua non* para o desenvolvimento de aprendizagens profissionais.

A UCIN constituiu-se como o local de estágio mais desafiante, pela sua casuística intimamente interligada à prematuridade, exigindo maior esforço na procura de conhecimentos e ajuste de comportamentos.

Não obstante, considerámos ter decorrido uma integração bem-sucedida no seio das equipas de enfermagem, recolhendo importantes contributos essenciais para o desenvolvimento profissional no atendimento à criança/jovem e família.

A implementação do projeto através da metodologia utilizada permitiu-nos diagnosticar as necessidades de cada contexto, planeando a sessão de sensibilização ao encontro das necessidades formativas dos enfermeiros, reforçando a regulamentação da prática de enfermagem no que concerne à articulação intersetorial dos enfermeiros, no caso da doença crónica por ser considerada como principal consumidora dos diversos serviços de saúde.

Para além da formação em serviço experienciada em praticamente todos os contextos de estágio, foram ainda frequentadas formações essenciais à renovação e consolidação de aspetos da prática clínica.

Primeiramente, foi concluído com sucesso o Curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico (Anexo II), crucial para o desempenho de funções do EEESIP nos diversos serviços pediátricos.

Foram igualmente assistidas formações no âmbito da criação de redes de apoio e divulgação de procedimentos formais de referenciação da população pediátrica para o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (Anexo III); dos cuidados de saúde na era digital: competências, liderança e tecnologia (Anexo IV), para fomentar o uso dos SIE e outras ferramentas tecnológicas de apoio à prática clínica; para colmatar hiatos na abordagem à criança com perturbação do espectro do autismo, a mais verificada na IP, foi frequentada a “Sessão com encanto: vamos falar sobre o autismo” (Anexo V); o “Webinar - saúde escolar: construindo futuros saudáveis” (Anexo VI), onde pudemos contactar com projetos a nível nacional no âmbito do Programa Nacional de Saúde Escolar (2015) e o Referencial de Educação para a Saúde (2017), fontes que orientam a prática também da UCC nesta valência.

No contexto da articulação intersetorial, foi frequentado um evento de formação intitulado de “Pontes em Pediatria: 1º encontro de equipas de enfermagem de prestação de cuidados pediátricos” (Anexo VII), ocorrido no Instituto Português de Oncologia de Lisboa, com o intuito de recolher contributos para implementar também nas ULS dos contextos de estágio e, concomitantemente, estreitar laços com equipas pediátricas de outras regiões do país.

Durante a experiência académica, foi ainda concluído o curso “Sistemas de Informação em Enfermagem”, cujo certificado se encontra anexo ao presente documento (Anexo VIII), que difundiu outros SIE, as suas potencialidades, diferenciou tipos de dados clínicos, introduziu a codificação dos mesmos para a interoperabilidade semântica entre sistemas, de forma a tornar universal a compreensão da informação em saúde. O objetivo seria reduzir ao mínimo indispensável os registos escritos em nota livre, privilegiando o registo de intervenções em linguagem classificada, para o caso do *SClínico*, segundo a Classificação

Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). Estas circunstâncias realçam o benefício de parametrizar informações essenciais, de acesso a todos os profissionais, ao invés de notas livres.

4.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEESIP

Em 2017, foram ratificados os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica pela OE, reafirmando o EEESIP como o profissional que “presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa.” (OE 2017, p. 3).

Visa a maximização da saúde da criança/jovem, inserida na sua família, através da parceria com estes, em qualquer contexto da prática de cuidados (OE, 2017).

Tendo por base este referencial, a OE emanou o perfil de competências do EEESIP através do Regulamento nº 422/2018 (2018), prevendo três competências:

1 – “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19192).

2 – “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193).

3 – “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19194).

Estas três competências têm subjacente várias unidades de competência e critérios de avaliação, aprofundando as suas especificidades. Para clarificar a aquisição das mesmas, será analisada cada competência individualmente, pela respetiva ordem.

À semelhança das anteriores competências exploradas, importa ressaltar a pertinência das UC para aprofundar conhecimentos acerca da prestação de cuidados de nível avançado à população pediátrica.

Na primeira abordagem à área de especialidade, a UC de “Enquadramento Conceptual de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica” apresentou os modelos que norteiam a prática de enfermagem pediátrica, interpretando situações específicas à luz das mesmas.

A partir da UC “Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica I” foi examinado o PNSIJ (Norma 010/2013, 2013), atendendo às características do desenvolvimento e crescimento infantil, parametrizando idades-chave na programação das consultas de vigilância na referida área.

Já em “Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica II” foi providenciada a resolução de problemas da prática clínica de forma criativa através da metodologia *Design-Thinking*, incorporando as expectativas do beneficiário de cuidados para ajustar resultados e modificações ao seu encontro (IXDF - Interaction Design Foundation, 2016).

Na UC de “Comunicação com a criança/jovem e família” foram atualizados conhecimentos acerca de técnicas comunicacionais específicas, aplicadas à idade pediátrica, através da partilha de artigos científicos recentes, válidos e pertinentes, numa reunião entre os alunos, recriando um *Journal Club*. Este formato permite a divulgação de evidência científica com os pares em contactos informais, de forma eficiente e relativamente rápida, através de um fórum de discussão e partilha de conhecimentos, orientando a equipa para a prática baseada na evidência (Moreira *et al.*, 2022).

Na UC de “Saúde Infantil e Pediátrica”, investiu-se não só na prática de enfermagem, mas também na colaboração com pediatras para explorar abordagens diagnósticas e terapêuticas, conferindo ao futuro EEESIP a capacidade para detetar precocemente sinais de alerta que possam comprometer a saúde da criança/jovem.

Também a UC de “Enfermagem Avançada em Pediatria” procurou capacitar o aluno para a abordagem à criança gravemente doente e/ou em risco de morte, introduzindo o TAP para avaliação inicial e o ABCDE para avaliação primária, baseando-se na premissa de “avaliar, identificar e intervir” em cada uma das suas etapas (Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2024). Esta componente envolveu a prática simulada, encenando os estudantes diferentes intervenientes em formato de *role play*/MAES© - Metodologia de autoaprendizagem em ambientes simulados (Costa *et al.*, 2019).

1 – Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Esta competência centra-se na capacidade do EEESIP de elaborar um plano de saúde em parceria e negociação com o binómio criança/família, detetando alterações ao estado de saúde desta pessoa precocemente, avaliando a estrutura familiar do mesmo, recursos que detém e os que podem ser aproveitados na comunidade para satisfazer as suas necessidades, identificando e mobilizando as redes de suporte (Regulamento n° 422/2018, 2018).

Durante o acompanhamento da atividade do EEESIP em contexto de estágio, tivemos oportunidade de colocar em prática as aprendizagens teóricas mencionadas.

A educação para a saúde no âmbito da saúde escolar proporciona um ambiente facilitador da adoção de comportamentos seguros e saudáveis, estimulando o discernimento no sentido de uma cidadania ativa, potenciando o desenvolvimento de competências que permitam à

criança/jovem experienciar o autoconceito de forma positiva, construindo projetos de vida, dotados de autonomia consciente e responsável (Direção-Geral da Educação [DGE] & DGS, 2017).

Na UCC, local privilegiado para intervir junto da comunidade, envolvemo-nos em projetos do serviço, dinamizando atividades em meio escolar, resultando um folheto informativo associado a um desses projetos (Apêndice X). Através destas atividades, maximizámos a saúde da criança/jovem através de educação para a saúde, destacando as sessões de sensibilização para a violência no namoro, *bullying* e *cyberbullying*, dependências com e sem substância, temáticas propostas nos referenciais desta prática (Norma 015/2015, 2015; DGE & DGS, 2017), captando a atenção dos estudantes e funcionários escolares presentes, bem como alguns familiares. Nestas sessões, fomentámos a partilha entre alunos acerca de situações identificadas como risco, tendo-se evidenciado a exposição física e subsequente divulgação nas redes sociais num estabelecimento escolar próximo, inserido na área de abrangência da ULS, evidenciando esta realidade como prioritária no planeamento interventivo das equipas da saúde escolar desta instituição.

Ainda neste estágio, intervimos junto de uma criança portadora de doença crónica complexa e rara, no seu domicílio, acompanhando a sua adaptação neste contexto após a alta hospitalar (colocação de gastrostomia), reforçando ensinamentos sobre manipulação deste dispositivo, primando pela parceria de cuidados e negociando os mesmos com a mãe (Monteiro & Cerqueira, 2020). Através de contactos telefónicos, mantivemos cuidados de proximidade para com esta pessoa durante o estágio na UCC. Foi impossível realizar registos nos SIE, pois a criança havia sido retirada do meio escolar por não reunir condições de permanecer neste estabelecimento, necessitando de cuidados de forma permanente prestados pela mãe no domicílio. Assim, não podendo ser integrada na ECCI local, o registo extravasava as plataformas existentes para o efeito. Verificámos, portanto, discrepâncias na assistência entre os cuidados em ambulatório prestados em idade pediátrica comparativamente à idade adulta, realidade presente em vários serviços a nível nacional.

Para combater estas desigualdades, realizámos um contacto presencial com a EGA desta ULS de forma a averiguar a referenciação das crianças para os cuidados de saúde de nível terciário, para o efeito, a RNCCI da qual a ECCI faz parte. Foi mencionado que na região desta ULS não existe resposta/instituições ao nível da RNCCI para a inserção da criança portadora de doença crónica em unidades funcionais como UCP, por exemplo, ocorrendo uma vez mais as suas agudizações para internamentos hospitalares.

Posto isto, estabelecemos um contacto telefónico com a coordenadora da UCP do mesmo local geográfico da UCC por terem já sido internadas 2 crianças na UCP no passado, tendo-se denotado terem resultado de referenciações de hospitais de outra região, tendo em consideração o local de proximidade ao domicílio. Foi reforçado que esta equipa, assim como a grande maioria da região desta ULS, não detinha formação específica em cuidados paliativos pediátricos, ou estaria desatualizada, pelo que existe um grande percurso futuro para garantir este nível de resposta à população pediátrica.

Articulámos ainda com a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos pediátricos, recentemente formada (ainda com número de vagas limitado) no sentido de perceber o seu contexto de atuação e a sua articulação com as demais entidades comunitárias. Efetivamente existe um maior esforço de coordenação entre esta equipa e as restantes, contudo ainda através de contactos informais, não existindo uma interface viável para a uniformização do PIC e estreitamento de laços entre as equipas.

Decorreu o acompanhamento de um EEESIP da USF durante um turno, experienciando as consultas de saúde infantil, tendo como referencial o PNSIJ (Norma 010/2013, 2013). Verificámos que o maior recurso a este serviço compreende crianças/famílias até aos 5 anos, sendo pouco frequente o recurso de adolescentes, principalmente do sexo masculino.

Em todos os casos que acompanhámos, quer em regime de internamento de longa ou curta duração, primámos pelo respeito das decisões da criança, na medida das suas capacidades, negociando cuidados para com esta e a sua família através da parceria de cuidados, tal como no exemplo prático supracitado aquando da análise das competências comuns do enfermeiro especialista, capacitando-os para a promoção da saúde da criança no sentido da maximização desta no domicílio (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Destacamos, por exemplo, os ensinamentos realizados ao pai de uma criança diagnosticada com asma acerca da administração de inaloterapia por câmara expansora, adotando a linguagem “bombinhas” para corresponder à compreensão da criança e do seu cuidador (Norma 012/2018, 2018; Norma 010/2017, 2017).

Numa outra situação, a nível da gestão da Diabetes Inaugural, avaliámos a rede de suporte da criança/família, aproveitando os momentos preconizados para as visitas, coincidentes com refeições (lanche e jantar), para a realização de ensinamentos acerca de contabilização de hidratos de carbono, administração de insulina, identificação de sinais de alerta de hipo/hiperglicemia e gestão dos mesmos tanto aos avós como a professores (DGS, 2019).

Relativamente à deteção precoce de sinais de doença, não pudemos descurar um momento ocorrido em meio escolar durante um projeto da UCC sobre a promoção do consumo de fruta nos intervalos escolares em que, dada a estatura de uma criança, abordámos a mesma no sentido de a incentivar a procurar os serviços de saúde na companhia da mãe, vinculando a importância de marcar consulta com o médico de família para prescrição de plano ajustado às necessidades. Foi igualmente num destes projetos, a nível da promoção do exercício físico através da dança, que detetámos alterações na marcha de uma menina de cinco anos, informando igualmente a família sobre a necessidade de avaliação por equipa médica.

Num outro exemplo, vivenciado através da intervenção precoce, identificámos alterações comportamentais sugestivas de mau estar psicológico numa criança abandonada pelos pais, a residir com a avó, com apenas três anos. Apresentava comportamentos de oposição vincados, agressões físicas para com a avó de forma constante à qual esta já não conseguia dar resposta, e em parte isolamento social nas brincadeiras na escola (Nabais & Nunes, 2020). A equipa multidisciplinar intervinha junto da criança, através de jogos e brincadeira (Nabais & Nunes, 2020), denotando-se melhoria dos seus comportamentos e relação estabelecida de forma saudável. Junto da avó, era promovida a vinculação com a criança, capacitando-a para a parentalidade (Nabais & Nunes, 2020).

No contexto de internamento, em parceria com a equipa, envolvemo-nos na proteção de uma criança vítima de maus-tratos pela família, verificando tentativas de entradas não autorizadas no serviço e desempenhando atividades com a criança, permitindo a expressão das suas emoções, culminando na sua alocação a instituição pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (Pádua *et al.*, 2020).

Através do projeto implementado, tentámos promover a articulação das equipas de enfermagem, pela otimização dos SIE em uso, e melhorar a coordenação dos cuidados com o intuito de personalizar a experiência da criança/jovem e família com doença crónica em todos os níveis da prestação de cuidados. Através da reestruturação da nota de alta (Despacho n.º 2784/2013, 2013), da transição de cuidados pela comunicação eficaz e segura (Norma 001/2017, 2017), e do plano individual de cuidados (Portaria n.º 50/2017, 2017), procurámos gerir planos de saúde não só com a família, incentivando simultaneamente junto das equipas de enfermagem a sua intervenção ativa no conteúdo de informação relativa à saúde da pessoa.

As equipas de enfermagem dos CSP estão habilitadas para avaliar a estrutura familiar através de instrumentos de avaliação válidos, especificamente pelo Modelo de Calgary de Avaliação Familiar [MCAF] (Rodrigues *et al.*, 2023), o que permite a identificação de áreas

de intervenção prioritárias e o encaminhamento de situações complexas para os devidos meios diferenciados. Desta forma, é possível garantir a equidade de recursos e a adequação da assistência às necessidades efetivas da criança. Apesar de vários instrumentos de avaliação familiar presentes nos SIE dos CSP, os mesmos não eram preenchidos.

Através do livro de bolso criado que constituía o PIC da criança portadora de doença crónica, incluímos um campo para avaliação da estrutura familiar, do contexto religioso, cultural e socioeconómico, dos vínculos existentes e da funcionalidade da família, atendendo, na medida do possível, ao Modelo de Calgary de Avaliação Familiar (Caniço *et al.*, 2010; Rodrigues *et al.*, 2023), de forma a facilitar a aplicação dos instrumentos de avaliação familiar pelos enfermeiros dos CSP.

Mediante o exposto, consideramos ter atingido esta competência.

2 – Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Esta competência incide essencialmente sobre a aptidão do EEESIP para a identificação e gestão de doenças raras, complexas, dolorosas, ou com risco de morte associado, tendo por base a recuperação e/ou manutenção e/ou adaptação da criança/jovem e família às mesmas (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193).

Relativamente a esta competência, e organizando a análise de acordo com o percurso de estágios efetuado, destacamos os momentos de avaliação da criança através do TAP (INEM, 2024) no posto de triagem, entre outros locais. Através destes, identificámos situações de doença potencialmente grave, priorizando o atendimento pela Triagem de Manchester, contudo reconhecendo situações de instabilidade das funções vitais que requeriam abordagem imediata pela equipa médica.

Vivenciámos também tais situações, em que a equipa se distribuiu de forma a assegurar a avaliação da criança através do ABCDE (INEM, 2024). Concretamente, uma situação com um *toddler*, inserido numa família de nacionalidade estrangeira, acrescendo a versatilidade da equipa na gestão de situações emergentes com a barreira linguística associada.

Ainda no SUP, os procedimentos invasivos, muitas vezes requisitos para o estabelecimento de diagnósticos, tornavam este serviço particularmente propício a estímulos dolorosos. As diligências para a gestão da dor em idade pediátrica implementadas mostraram-se eficazes, como a presença do cuidador, a sucção não nutritiva, o abraço para contenção física, a amamentação, a distração, a brincadeira, aplicação de frio, a administração de analgesia ou anestésicos locais, entre outros (Norma 022/2012, 2012; OE, 2013).

Também na prestação de cuidados de carácter ambulatorio, em regime de hospital de dia, integrámos o domínio das medidas não farmacológicas de controlo algico que estão já subjacentes à prática do enfermeiro supervisor neste posto de trabalho, tais como o uso de óculos de realidade virtual para distração, sensações táteis e térmicas mediante aplicação de calor em locais de punção, musicoterapia, a brincadeira, a sucção não nutritiva, a amamentação, a contenção, entre outros (Norma 022/2012, 2012; OE, 2013).

Na UCIN, a nível dos procedimentos de enfermagem, também eles com técnica e rigor associado à dimensão do RN, incluíram a manipulação de cateter central umbilical (arterial e venoso), bem como de cateter central epicutâneo; aspiração de secreções pelo tubo endotraqueal em circuito fechado, na VI; reanimação neonatal; entubação endotraqueal; drenagem abdominal em aspiração ativa; colheita, análise e interpretação de gasimetrias capilares, as quais eram maioritariamente realizadas por enfermeiro; alteração de modos ventilatórios e dos próprios ventiladores, com montagem e parametrização desses equipamentos, e com necessidade de insuflação manual para substituir a função respiratória no momento da troca; Colocação de sonda EDI (*electrical activity of the diaphragm*) para intervenção segundo modo ventilatório NAVA (*neurally adjusted ventilatory assist*), tanto no modo invasivo como não invasivo (NIV-NAVA); VNI com modalidades de CPAP, BiPAP (*Bilevel Positive Airway Pressure*) ou oxigenoterapia por outras interfaces como alto fluxo, óculos nasais; Preparação e administração de alimentação parentérica e outras terapêuticas minuciosamente reconstituídas e diluídas; entre outras diversas experiências enriquecedoras e particulares desta tipologia de unidade, tendo como referencial a prática especializada dos enfermeiros da UCIN, como também o compêndio de livros “Neonatologia: formação avançada” e “Neonatologia: procedimentos técnicos”, ambos coordenados por Alberto Caldas Afonso (2024).

Neste serviço, estava estipulado o protocolo da colostroterapia, colocado em prática pela equipa de enfermagem quando reunidos critérios estabelecidos pela equipa médica (RN com idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas, ou peso ao nascer inferior a 1500g). Esta substância é rica em fatores imunológicos e de crescimento, potencia a imunidade do RN e maturação do seu trato gastrointestinal (Rocha *et al.*, 2024). Deve ser administrada a cada três horas (0,1 ml em cada bochecha), com início nas primeiras 24-96h de vida do RN, durante cinco dias consecutivos (Rocha *et al.*, 2024).

A UCIN destacou-se, sem dúvida, pela sua especial complexidade e especificidade na abordagem ao RN.

Nesta unidade, destacámos uma situação de instabilidade das funções vitais com risco de morte associado a um extremo prematuro. Nesse momento, foi contactada a família para se deslocar ao serviço, permitindo que presenciasse as últimas horas de vida do neonato. Pais, avós e tios deslocaram-se à unidade. Prestámos apoio emocional através de diálogo e escuta ativa. Nesse instante, a mãe do RN solicitou o batismo de emergência (Leite, 1983). Após diligências, um enfermeiro desta UCIN que integrava simultaneamente a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos pediátricos realizou o batismo na presença da família e da restante equipa de enfermagem. Esta situação retrata o respeito pela criança em fim de vida e pelas crenças espirituais da família, conferindo um ambiente protetor, de segurança e confiança para com este binómio (Decreto-Lei n.º 156/2015, 2015; Regulamento n.º 422/2018, 2018).

No que compete à atuação em casos de doença rara, participámos nas consultas de especialidades médicas, inclusive numa primeira consulta de cuidados paliativos pediátricos, onde detetámos de imediato alterações do neurodesenvolvimento (criança que aos seis anos não falava nem deambulava), devido a uma doença rara. Em articulação com equipa médica, assistente social e família definimos objetivos, encaminhámos para outros profissionais (como fisioterapia e terapia da fala) e envolvemos a comunidade escolar no sentido da adoção de estratégias para estimular o neurodesenvolvimento (Lacerda *et al.*, 2014). Foi esquematizado um resumo da situação clínica e projetados cuidados futuros, introduzindo a existência de um plano individual de cuidados formal. Durante esta consulta ocorreram várias articulações entre outros profissionais (não enfermeiros) com elementos de referência a nível comunitário e de hospitais especializados. Todos estes se estabeleceram via telefónica (pessoal), e, portanto, sem registo associado nos SIE para acesso pela equipa, contudo notoriamente prático. Nesta consulta, presenciámos a satisfação da família ao referir ter compreendido o caso da sua filha pela primeira vez e ter concordado com a disponibilização de apoios e recursos comunitários necessários.

Considerámos estas consultas como aspeto muito preponderante do desenvolvimento de competências pela proximidade estabelecida entre a equipa multidisciplinar, e entre esta e as famílias.

Face aos exemplos e situações exploradas, esta competência foi expressa durante a experiência dos estágios, principalmente de nível hospitalar.

3 –Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

Esta competência remete para a capacidade do EEESIP para avaliar as características inerentes às várias etapas do crescimento e desenvolvimento infantil, adaptando as suas técnicas de comunicação; promover desde a vinculação do RN com os seus cuidadores até à autoestima e autonomia do adolescente; capacitar os cuidadores através dos cuidados antecipatórios para a gestão da saúde e bem-estar da criança até à idade adulta, maximizando o seu potencial de desenvolvimento (Regulamento nº 422/2018, 2018).

No que concerne a esta competência, considerámos que através dos estágios foi possível interagir com a criança e jovem num continuum desde o seu nascimento até à transição para a vida adulta.

A interação junto do RN, da criança e do adolescente formalizou-se por vezes num único turno, exigindo a plasticidade para adaptar estilos comunicacionais (OE, 2017), transitando entre a abordagem ao RN e ao adolescente, comum a todos os contextos de estágio.

Deste modo, atendendo às suas especificidades e comunicando de acordo com as mesmas, o choro do RN apelou à satisfação das suas necessidades, muitas vezes substituindo os cuidados familiares dos pais por ausência dos mesmos (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996). Aquando da presença destes, fomentámos a vinculação através de colo, troca da fralda, entre outros cuidados consoante o desejo e capacidade dos pais, promovendo simultaneamente o *empowerment* (Ramos *et al*, 2020).

Tomámos as devidas diligências para atender ao cuidado com a segurança e proteção do RN no que respeita à sua manipulação no simples ato de trocar uma fralda; ao posicionamento para otimização da capacidade ventilatória; à eviçã da luz, sendo as incubadoras cobertas com têxteis produzidos de acordo com o formato e dimensões destas, permitindo manter observação do RN pela equipa através do espaço estritamente necessário para reduzir estímulos visuais; controlando o ruído, possuindo a sala um sonómetro que indicava à equipa quando extrapolava o limite tolerável pelo RN e se tornava excessivo na sala; agrupando cuidados para evitar manipular excessiva e desnecessariamente o RN. Nas primeiras 72 horas de vida, estava patente o protocolo de manipulação mínima do RN (Ramos *et al*, 2020).

Foi também nossa preocupação providenciar o contacto pele a pele precocemente entre o RN extremo prematuro para com a mãe e o pai, através do método canguru (Ramos *et al*, 2020).

De acordo com a estrutura dos serviços, promovemos a amamentação e incentivámos o uso do cantinho da amamentação quando presente (Ramos *et al*, 2020), objetivando a

vinculação e promovendo a parentalidade, até em contextos de elevada complexidade técnica e estrutural, como a UCIN.

Ao nível das consultas de saúde infantil e juvenil, participámos através da monitorização antropométrica e correlação com os percentis propostos para determinada faixa etária, fomentando a adesão ao plano nacional de vacinação e avaliando a adaptação da criança a novos desafios da vida diária, como a sua inserção em meio escolar, a chegada de um novo irmão, entre outros, suportando as suas transições de diferentes níveis (Norma 010/2013, 2013).

Na intervenção precoce, como já explorado, fornecemos orientações antecipatórias a uma avó que detinha a guarda exclusiva do seu neto, de 3 anos, evidenciando esta criança alterações no comportamento. Em articulação com assistente social, procurámos combater desigualdades e garantir os direitos associados tanto à condição humana, como à especificidade de ser criança (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1959). Fomentámos igualmente a esperança através da verbalização de progressos atingidos, respondendo de forma calma e honesta às questões colocadas pela avó e salientando recursos facilitadores da gestão da situação no domicílio, como a rede de suporte comunitária estabelecida (Augusto *et al.*, 2020).

No que respeita ainda à intervenção precoce, incidindo sobre o projeto implementado, a parametrização do SIE permitiu a otimização da referenciação da criança com necessidades de intervenção precoce, encaminhando-a para o NHACJR, para os CSP ou diretamente para o SNIPI.

Posteriormente, a criança desenvolve já algumas competências comunicacionais e curiosidade na interação com terceiros. Estabelecemos a comunicação, muitas vezes, por intermédio de jogos, brincadeira com imitação de tarefas, desenhos e outras técnicas para promover um ambiente terapêutico confortável para o estabelecimento de relações terapêuticas com esta (Silva, 2020).

No jovem adolescente, incidimos sobretudo na promoção da sua autoestima (OE, 2017), muitas vezes afetada pela componente social e interação com os pares, através de reforço positivo e do incentivo à partilha de comportamentos de risco aquando do estabelecimento da relação. O desempenho desta tarefa foi mais evidente em meio escolar com os momentos de sessões da saúde escolar como janelas de oportunidade, bem como em regime de hospital de dia de pediatria.

4.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

Relativamente às competências de Mestre em Enfermagem, de acordo com o Capítulo III do Decreto-Lei nº 65/2018 (2018), preconiza-se ao enfermeiro, neste caso ao EEESIP, que se aprofundem conhecimentos adquiridos no curso de base, aplicando-os em contextos de investigação, em situações não familiares ou com informação limitada.

Com isto, pretende-se que detenha a capacidade de responder eficazmente às solicitações exigidas, enquadradas no panorama ético e social atual, demonstrando uma prática baseada na evidência (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018).

Por fim, deverá ainda extrair conclusões desta prática e divulgá-las de forma clara, o que permitirá a aquisição de competências para continuar a aprendizagem ao longo da vida e de forma autónoma (Decreto-Lei nº 65/2018, 2018).

A investigação em enfermagem foi o pilar para a sua valorização enquanto profissão e disciplina pela sociedade (Sousa *et al.*, 2022), permitindo resolver fenómenos pouco esclarecidos da *práxis*.

Já no REPE, os cuidados de enfermagem eram caracterizados por utilizarem metodologia científica: identificando problemas de saúde e de enfermagem na pessoa e ambiente em que esta se insere; recolhendo e apreciando dados sobre cada situação particular; formulando diagnósticos de enfermagem ao encontro das necessidades identificadas; planeando a prestação dos cuidados de enfermagem e a sua efetiva execução; e, finalmente, avaliando os cuidados prestados e reorganizando intervenções (Decreto-Lei n.º 161/96, 1996), reproduzindo o próprio processo de enfermagem.

Ao longo dos anos, o enfermeiro tem assumido cada vez mais o papel de investigador, impactando a sua produção científica nos cuidados prestados pelos seus pares nas instituições de saúde, norteando a prática clínica com base na evidência científica (Sousa *et al.*, 2022).

As atuais métricas reúnem um compêndio de orientações de várias entidades e redes de investigação em enfermagem no mundo, priorizando áreas de investigação em enfermagem (Sousa *et al.*, 2022). Das consultadas nesta mesma fonte, destacamos as linhas de investigação propostas pela *European Nursing Research Foundation*: “gestão de autocuidado, inovações nas tecnologias da saúde” (Sousa *et al.*, 2022, p. 2); pela *National Institute of Nursing Research*: “melhoria das estratégias de autogestão para pessoas com doenças crónicas” (Sousa *et al.*, 2022, p. 2); e, em 2020, pela Ordem dos Enfermeiros: “políticas, sistemas e organizações de saúde” (Sousa *et al.*, 2022, p. 2).

De facto, é irrefutável que a investigação em enfermagem tem ganho terreno, transpondo-se para a prática, intensificando o financiamento de projetos neste âmbito (Sousa *et al.*, 2022), pelo que é imprescindível apelar aos enfermeiros para o desenvolvimento das suas competências de Mestre em Enfermagem; para a partilha para com os seus colegas, levando-os na sua esteira; e para o seu empenho enquanto investigador.

No que respeita às competências de Mestre em Enfermagem, pode considerar-se que cursam com as competências preconizadas para o enfermeiro especialista no domínio D - desenvolvimento de aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019), tornando a investigação como área preponderante no percurso de aprendizagens efetuadas.

Neste sentido, não poderíamos deixar de realçar a UC de “Investigação em Enfermagem”, a qual instigou os mestrandos à realização de uma *scoping review*, com o propósito de apresentar resultados de determinada temática de investigação, em formato de póster, num evento científico. Assim, realizámos um póster (Apêndice XI), cujo título se constituiu a partir da *scoping review* desenvolvida: “Cuidados de enfermagem na gestão emocional dos pais da criança com doença aguda: *scoping review*”. O mesmo foi divulgado no evento “1^{as} jornadas internacionais de enfermagem caminhos convergentes: a enfermagem e a integração de cuidados” (Anexo IX). Este evento inspirou igualmente o estudo desta temática acerca dos percursos assistenciais em saúde.

Identificámos como uma lacuna a ausência de uma linha de investigação condutora desta temática e do percurso de aprendizagens, pelo que foi iniciada uma *scoping review* no decurso do último estágio, no contexto de pediatria.

A realização deste tipo de revisão da literatura foi integrada nos objetivos definidos para o projeto, incidindo na discrepância entre o método de trabalho preconizado, o enfermeiro de referência/gestor de caso para a prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da saúde infantil e pediátrica (OE, 2017), e o método de trabalho verificado em todos os contextos de estágio, o método de trabalho individual.

Ao assistir a uma primeira consulta de cuidados paliativos pediátricos, tornou-se clara a intenção de explorar o gestor de caso como figura central da assistência à criança com doença crónica. Neste sentido, desenvolvemos a *scoping review*, intitulada de “Promoção da autogestão familiar pelo enfermeiro, através da gestão de casos em pediatria: *Scoping Review*”, com o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem promotoras da autogestão familiar da criança, através da gestão de casos.

Ao intervir junto das famílias no sentido de capacitá-los para a gestão da doença crónica da criança, esta estará provida de autonomia para adotar percursos assistenciais adequados às

reais necessidades de cuidados apresentadas pela criança (OE, 2017). Esta tomada de decisão, aliada ao PIC estabelecido, poderá efetivamente trazer ganhos em saúde, não só para a qualidade de vida da criança que evita um internamento desnecessário fora do seu ambiente domiciliário, como também para o alívio da sobrecarga dos SUP e controlo dos encargos associados para o setor da saúde.

Dado o período compreendido para a concretização desta *Scoping Review*, a mesma ainda se encontra em fase de execução, pelo que se anexa o resumo da “Promoção da autogestão familiar pelo enfermeiro, através da gestão de casos em pediatria: Um Protocolo de *Scoping Review*”, de acordo com o Instituto Joana Briggs (Apêndice XII), protocolo que se encontra em processo de submissão (DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/VTRZF>).

Para finalizar, o presente relatório de estágio permitiu descrever experiências vivenciadas em contextos de estágio e, através do projeto de intervenção, possibilitou a identificação de problemas, explorando o trabalho de campo enquanto enfermeiro estagiário, estudando fenómenos e intervindo na sua resolução, extraindo, interpretando e divulgando resultados.

Todas as atividades mencionadas robustecem o ambiente da criança portadora de doença crónica, conferindo-lhe maior adaptação aos *stressores* que a afetam através da melhoria do seu percurso assistencial (Freese, 2004), evitando transições organizacionais (hospitalizações) desnecessárias, que são igualmente fontes importantes de *stress* (Guimarães & Silva, 2016).

Enquanto enfermeiros e estudantes, vivenciámos *stressores* diários, tais como respostas condicionadas pela gestão de tempo (forças intrapessoais), em relação a expectativas de terceiros na consecução de objetivos propostos, não só para este curso como para a restante vida profissional e pessoal (forças interpessoais); experienciámos igualmente condicionantes à efetivação deste projeto, como autorizações de entidades em tempo útil (forças extrapessoais) (Freese, 2004). Estes *stressores* foram geridos através de mecanismos de *coping* variáveis, ajustando a linha de defesa flexível em relação à linha de defesa normal (Freese, 2004).

Vivenciámos múltiplas transições situacionais e organizacionais, pelo acúmulo de papéis de estudante e profissional de saúde em simultâneo com a inserção em diferentes locais de estágio, em equipas de enfermagem e culturas organizacionais distintas (Guimarães & Silva, 2016). Por sua vez, estas últimas transições organizacionais comportaram um padrão sequencial no sentido da ordem dos contextos de estágios experienciados (Guimarães & Silva, 2016).

Durante as transições tomámos consciência da sua ocorrência, empenhando-nos para a mudança, mobilizando recursos facilitadores destas transições, tais como os EEESIP e os docentes (Guimarães & Silva, 2016).

Como indicadores de resultado, consideramos ter desenvolvido as competências inerentes à categoria de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem, pelo exposto supra, adquirindo a maestria necessária ao seu exercício, reformulando a identidade do enfermeiro em EEESIP (integração fluida da identidade) (Meleis *et al.*, 2000; Guimarães & Silva, 2016).

5. CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório de estágio constituiu o encerramento de um ciclo de estudos exigente, mas necessário à prática de enfermagem especializada à criança/jovem e família, que pela sua especificidade e singularidade merece a atenção dos enfermeiros que lhe prestam cuidados.

Através deste trabalho académico, foi realizada uma análise crítica da aquisição de competências inerentes a esta carreira especial de enfermagem enquadradas num percurso enriquecedor, desde a frequência da componente teórica até ao término da experiência em contextos de estágio.

A realização de um projeto de intervenção em enfermagem permitiu dirigir o foco das atividades durante os estágios para a obtenção das competências de mestre, enfermeiro especialista e enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica que foram autodiagnosticadas como menos desenvolvidas. Por conseguinte, emergiu o enfermeiro especialista como promotor da articulação dos cuidados à criança com doença crónica como tema a ser estudado.

A condução deste projeto pela metodologia de projeto veio reforçar a pertinência de seguir um modelo para orientar a ação e alcançar objetivos delineados. Assim, para além de pesquisa na literatura e domínio ético-legal existente para um diagnóstico do panorama atual nacional acerca da temática, foi realizado um diagnóstico específico em cada local de estágio, verificando a existência de hiatos a serem colmatados entre as equipas, nomeadamente a ausência de um canal formal de comunicação entre as equipas de enfermagem dos diferentes setores da prestação de cuidados.

Este aspeto, evidenciou a fragmentação dos cuidados existente, sendo o EEESIP o profissional de destaque na promoção da assistência intersetorial à criança/jovem e família com doença crónica, por deter um conjunto de competências específicas que lhe permitem avaliar as necessidades de intervenção multidisciplinares, encaminhando e referenciando a criança para esses recursos.

A temática foi enquadrada na Teoria dos Sistemas de Betty Neuman, que defende que a pessoa é um sistema aberto que troca dinamicamente energias com o meio que a envolve, sendo mais ou menos suscetível a desestabilizações mediante os recursos que possui. Neste sentido, a articulação de cuidados é decisiva para a identificação dos mesmos, assegurando respostas eficazes e em tempo útil aos processos de doença, reforçando a resistência do indivíduo a ameaças. Foi também explorada à luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis,

que identifica vários tipos de transições, nomeadamente de saúde-doença, como é o caso da doença crónica. Existem fatores facilitadores ou inibidores para a vivência saudável de uma transição, sendo que as equipas de enfermagem dos vários níveis de prevenção, quando bem articuladas e coordenadas, facilitam a adaptação à nova condição de saúde e a transição do nível hospitalar para o domiciliário, potenciando a qualidade de vida, diminuindo recorrências aos serviços de saúde hospitalares e, por conseguinte, custos associados aos mesmos.

Foi possível verificar no seio das equipas que alguns enfermeiros desconhecem a mnemónica ISBAR para a transição segura dos cuidados, colocando em risco a integridade da informação por possível perda na comunicação durante a transição dos cuidados. Foi ainda percecionado que nenhum preenche o eBoletim e alguns não possuem formação acerca do SIE em uso no seu serviço, nomeadamente o *SClinico*, descurando as suas funcionalidades e corrompendo o percurso assistencial que se pressupõe como integrado.

As atividades desenvolvidas incidiram principalmente sobre a otimização dos SIE, com vista não só ao incentivo do estabelecimento de um canal de comunicação através do eBoletim, como também à funcionalidade de referenciação aquando da alta clínica no SIE *SClinico* em regime de internamento. Numa perspetiva futura em que a articulação entre as equipas é uma realidade instalada, foi igualmente preocupação deste projeto a adaptação dos atuais campos do eBoletim, com o intuito de incorporar o plano individual de cuidados. Este instrumento é imprescindível na identificação inequívoca dos intervenientes, como equipas de referência, e na personalização do cuidar ao encontro das expectativas da pessoa, no respeito pelas suas preferências e na maximização da sua saúde.

Em consonância, a figura central do gestor de caso, tal como defendido no Padrão de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017), é facilitadora do acompanhamento de proximidade para com um grupo de crianças portadoras de doença crónica, objetivando a personalização dos seus cuidados e a atualização do PIC. O estabelecimento efetivo deste método de trabalho é moroso e complexo, pelo que foi considerada apenas a sua divulgação ao invés da sua efetivação, captando a atenção das equipas para os seus benefícios e instigando à sua implementação como projeto futuro.

De modo global, o projeto e as intervenções sugeridas obtiveram parecer positivo das equipas de enfermagem, contudo apontámos como principais limitações: a implementação do livro de bolso “O Meu Plano Individual de Cuidados” junto das famílias por carecer de pedido formal à ULS, extrapolando o período temporal do estágio; a reestruturação do eBoletim de forma a incorporar um separador com campos próprios, formalizando o PIC, partilhado e acessível por todas as equipas de saúde e beneficiário de cuidados; a

funcionalidade de referenciação que, inicialmente suscitou a sua difusão ao estar presente em todos os serviços, no entanto verificando-se a sua ausência no contexto de internamento de pediatria, numa diferente ULS.

Em suma, todo o projeto foi considerado um enorme desafio desde a escolha da temática, uma vez que a sua aplicabilidade à prática não dependia absolutamente de estratégias sugeridas por nós para melhorar a assistência à criança com doença crónica, já que os SIE se encontravam condicionados pela atuação dos SPMS.

Também a recente criação das ULS e falta de uniformização de protocolos poderá ter influenciado negativamente o projeto, foi, porém, uma fonte de motivação para o avanço do mesmo. Em conformidade, este projeto terá continuidade no futuro com vista à uniformização do percurso assistencial a esta população no seio de uma ULS, emergindo o estabelecimento de protocolos e normas acerca da coordenação adequada das equipas de enfermagem, culminando no estabelecimento do percurso assistencial integrado da doença crónica em idade pediátrica.

Apesar das limitações existentes, considerámos ter alcançado os objetivos propostos, adquirindo as competências preconizadas enquanto decorreu a potenciação da articulação e continuidade dos cuidados de enfermagem à criança/jovem e família com doença crónica, durante as atividades desenvolvidas já exploradas.

Já no final do último contexto de estágio vivenciado na primeira ULS (UCIN), esta instituição reestruturou o departamento da mulher e da criança, agrupando e estreitando ligações entre os serviços de urgência pediátrica, UCIN, obstetrícia, consultas externas e internamento de pediatria. A ULS pretendeu organizar-se ao encontro do Despacho n.º 9990/2025 (2025), que propõe o estabelecimento de uma rede de referenciação na especialidade de pediatria, articulada com os serviços de obstetrícia e ginecologia, tendo solicitado aos serviços a criação de um percurso assistencial integrado (PAI) em idade pediátrica, objetivo final deste projeto, justificando uma vez mais a sua pertinência.

Tendo como premissa a prática baseada na evidência, este caminho não foi descurado durante o percurso de aprendizagens efetuado, tendo sido desenvolvidas revisões da literatura, e divulgação de conhecimento mediante apresentação de póster científico num evento público no ramo da enfermagem, especificamente, da integração de cuidados.

Prezámos, de igual forma, por apelar ao combate das desigualdades sentidas neste âmbito no que concerne à criação de oportunidades e novas estruturas institucionais para dar resposta a esta população, assegurando a equidade no acesso aos cuidados de saúde.

Assim, o ingresso neste curso profissionalizante procurou não só a aquisição de competências, como também a melhoria da prática clínica, dando visibilidade às equipas de enfermagem no desenvolvimento de práticas assentes no atual modelo de governação, orientando no sentido da alteração de métodos de trabalho na promoção da assistência à criança/jovem e família com doença crónica.

REFERÊNCIAS

Administração Central do Sistema de Saúde. (2022). *Estratégia para a estratificação da população pelo risco*. Administração Central do Sistema de Saúde. [https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/Estrategia-Estratificacao-Risco-29-11-2021.pdf#:~:text=Clinical%20Risk%20Groups%20\(CRG\)%20Trata%2Dse%20de%20um,um%20dos%201.080%20grupos%20exclusivos%20entre%20si](https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/01/Estrategia-Estratificacao-Risco-29-11-2021.pdf#:~:text=Clinical%20Risk%20Groups%20(CRG)%20Trata%2Dse%20de%20um,um%20dos%201.080%20grupos%20exclusivos%20entre%20si)

Administração Central do Sistema de Saúde. (2025, janeiro 15). *Estratificação da população pelo risco: o que é a ER?* <https://www.acss.min-saude.pt/2025/01/15/estratificacao-pelo-risco-2/>

Assembleia Geral das Nações Unidas. (1959). *Declaração Universal dos Direitos da Criança*. Direção-Geral da Educação. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf

Augusto, C., Rosário, R., Silva, M., Araújo, B. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Crianças com necessidades especiais. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 248-263). Lidel.

Bastos, F. (2013). *A pessoa com doença crónica: uma teoria explicativa sobre a problemática da gestão da doença e do regime terapêutico* [Tese de doutoramento, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde do Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/7c2e3185-da91-44e0-acd7-b23cb01d6dd8>

Caníço, H., Bairrada, P., Rodríguez, E. & Carvalho, A. (2010). *Novos tipos de família - plano de cuidados*. Imprensa da Universidade de Coimbra. DOI:[10.14195/978-989-26-0196-0](https://doi.org/10.14195/978-989-26-0196-0)

Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. (2020). Cuidados centrados na família. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 28-32). Lidel.

Charepe, Z. (2020). A criança e o jovem com doença crónica ou incapacitante. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 231-237). Lidel.

Costa, C., Nicolás, A., Méndez, J., Martínez, M. & Agea, J. (2019). Enseñando con metodología de autoaprendizaje en entornos simulados (MAES[©]). Un estudio cualitativo entre profesores y alumnos de grado en enfermería. *Educación Médica*, 20 (S2), pp. 52-58. <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-pdf-S1575181318301177>

Decreto-Lei n.º 28/2008 (2008). Diário da República: 1.ª série, n.º 38. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Diário da República: I série, n.º 157. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>

Decreto-Lei n.º 102/2023 (2023). Diário da República: I série, n.º 215. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2023/11/21500/0000400020.pdf>

Decreto-Lei n.º 156/2015. (2015). Diário da República: I série, n.º 181. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I série A, n.º 76. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-241640>

Decreto-Lei n.º 207/99 (1999). Diário da República: I série A, n.º 133. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1999/06/133a00/32583265.pdf>

Decreto-Lei n.º 281/2009 (2009). Diário da República: 1.ª série, n.º 193. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>

Deodato, S. (2020). O direito aplicado no cuidado à criança, jovem e família. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 57-64). Lidel.

Despacho nº 10319/2014 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde (2014). Diário da República: 2ª série, nº 153. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2014/08/153000000/2067320678.pdf>

Despacho nº 2784/2013 do Gabinete do Secretário de Estado da Saúde (2013). Diário da República: 2ª série, nº 36. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/2784-2013-1675777>

Despacho nº 5656/2017 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Diário da República: 2ª série, nº 123. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2017/08/Despacho-n%C2%BA-5656-de-28-de-junho-de-2017.pdf>

Despacho nº 9871/2010 do Gabinete da Ministra da Saúde. (2010). Diário da República: 2ª série, nº 112. <https://files.dre.pt/2s/2010/06/112000000/3212332123.pdf>

Despacho nº 9990/2025 do Gabinete da Ministra da Saúde. (2025). Diário da República: 2ª série, nº 160. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2025/08/160000000/0016400165.pdf>

Dias, A. & Queirós, A. (2010). *Plano nacional de saúde 2011-16 - estudo “integração e continuidade de cuidados”*. Alto comissariado da saúde. pp. 1-57 https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/77495664/Plano_Nacional_de_Sade_2011-201620211228-3264-d1ykb.pdf?1738461345=&response-content-disposition=inline%3B+filename%3DPlano_Nacional_De_Saude_2011_2016.pdf&Expires=1741724921&Signature=AaFOgACg~NhJapIvXXr-yqwuGSsXeF70OrZCObpAeTdTRPCiT7FSOYV81dzmw46rTcErYi2mSFXIEcdDwq5Gelou9DqukHC~anLaDF-WvWMhoMYLW93AJMjHFfsgFr2kuFmkhed6GMvbRzTBB6kANVgyQ1b3Xkf7Eu7qWvxca66UPwrFmIAP8M9CcZ4UtoqhZvOferDV8yLjzQIylU6e35bOjGjPZ4D64CnyWPI-l0okoWRhigOb9u42AsoTjprk8qLIjenVwtM9kOYTWExV6ASP2UAZL0O8tv2n74hgVBJvUIpN~gvGul~N5L4T4j~voncf3yJj8H9esvHdt7E5g_&Key-Pair-Id=APKAJLOHF5GGSLRBV4ZA

Direção-Geral da Educação & Direção-Geral da Saúde. (2017). *Referencial de educação para a saúde*. Ministério da Educação. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_novo.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1: Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2020/01/Crianc%CC%A7as-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-Manual-de-formac%CC%A7a%CC%83o-para-apoio-aos-profissionais-de-sau%CC%81de-e-de-educac%CC%A7a%CC%83o.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2025). *Mortalidade fetal, infantil e abaixo dos 5 anos 2017-2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/em-destaque/relatorio-da-mortalidade-fetal-infantil-e-abaixo-dos-5-anos-20172021-pdf.aspx>

Ferraz, A. & Belhot, R. (2010). Taxonomia de Bloom: revisão teórica e apresentação das adequações do instrumento para definição de objetivos instrucionais. *Gestão & Produção*, 17(2), p. 421-431. <https://www.scielo.br/j/gp/a/bRkFgcJqbGCDp3HjQqFdqBm/?format=pdf&lang=pt>

Ferreira, G. (2015). Regresso ao futuro. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46 (3), pp. 177-179. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/7127/5232>

Ferreira, V & Fonseca, R. (2023). Modelos de governação clínica em Portugal: realidade hospitalar, agrupamentos de centros de saúde e unidades locais de saúde. *Brazilian Journal of Health Review*, 6(5), pp. 20520-20531. <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/62911/45245>

Freese, B. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In A., Tomey & M., Alligood (Eds.), *Teóricas de enfermagem e a sua obra*, (pp.335-376). Lusodidacta.

Guimarães, M. & Silva, L. (2016). Conhecendo a teoria das transições e sua aplicabilidade para a enfermagem. *Journal de dados PPGENFBIO*, pp. 1-6. <https://journaldedados.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/10/conhecendo-a-teoria-das-transic3a7c3b5es-e-sua-aplicabilidade.pdf>

Instituto Nacional de Emergência Médica (2024). *TAS - Emergências Pediátricas*. INEM. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1716974304.pdf>

Instituto Nacional de Estatística. (2022, novembro 23). *População residente (N.º) por Local de residência à data dos Censos [2021] (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário (Por ciclos de vida)*. Censos 2021. <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011609>

IxDF - Interaction Design Foundation. (2016, maio 25). *What is Design Thinking?* <https://ixdf.org/literature/topics/design-thinking>

Lacerda, A., Dinis, A., Romão, A., Menezes, B., Pinto, C., Calado, E., Ferreira, F., Luz, F., Oliveira, G., Jardim, H., Salazar, H., Mendes, J., Oliveira, J., Paiva, M., Guerra, P., Ramos, S., Corte-Real, S. & Franco, T. (2014). *Cuidados paliativos pediátricos: Relatório do Grupo de Trabalho do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/RelatOrio%20do%20GdT%20de%20CPP.pdf

Lei n.º 58/2019 (2019). *Diário da República: 1.ª série, n.º 151*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>

Leite, A. (1983). *Código de direito canónico*. (4ª ed.). Editorial apostolado da oração. https://www.vatican.va/archive/cod-iuris-canonici/portuguese/codex-iuris-canonici_po.pdf

Lemos, O., Moreira, I. & Veríssimo, C. (2023). Estratégias preventivas da utilização do serviço de urgência: perspetiva dos enfermeiros de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(2), pp. 1-8. <https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/29215/23461>

Marques, C. (2019). *Gestão de caso e envelhecimento: contributos para a prática gerontológica* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2258/1/Celia_Marques.pdf

Martins, C. (2012). *Transição dos cuidados médicos pediátricos para a medicina de adultos* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/66541/2/30809.pdf>

Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D. & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Advances in nursing science*, 23(1), pp. 12-28. <https://research.ebsco.com/c/xyo2ah/viewer/pdf/v2ivt2p65j?route=details>

Ministério da Saúde. (2016a, julho 17). *RNCCI*. Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/rncci/>

Ministério da Saúde. (2016b, julho 22). *Referenciação*. Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/07/22/referenciacao/>

Monteiro, A. & Cerqueira, C. (2020). Modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 33-38). Lidel.

Moreira, I., Lobão, C., Carrageta, M. & Gonçalves, R. (2022). Avaliação do journal club como estratégia pedagógica na formação em enfermagem: perspetiva dos estudantes. *Revista de enfermagem Referência*, VI (1), pp. 1-8. <https://www.semanticscholar.org/reader/36453584c30a70279cdaeb576b96c90262abb31e>

Moura, R. & Correia-Pinto, J. (2024). Embriologia e fisiologia pulmonar. In A. Afonso, C. Carvalho, E. Proença & L. Costa (Coords), *Neonatologia: Formação avançada* (pp. 321-326). Lidel.

Nabais, A. & Nunes, L. (2020). A criança e o jovem com problemas de saúde mental. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 264-272). Lidel.

Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Prezado, M. & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência e saúde*

coletiva, 26(2), pp.505-510. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/f81b9c04-0224-4cd7-86d7-0a9832318b54>

Norma 001/2017 (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Norma 010/2013 (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Norma 010/2017 (2017). *Ensino e Avaliação da Técnica Inalatória na Asma*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n0102017-de-26072017-pdf.aspx>

Norma 012/2018. (2018). *Processo Assistencial Integrado da Asma na Criança e no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://platform.who.int/docs/default-source/mca-documents/policy-documents/guideline/PRT-CH-41-01-GUIDELINE-2018-prt-asma.pdf>

Norma 014/2010 (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/orientacao%20dgs_014.2010%20de%20dez.2010.pdf

Norma 015/2015 da Direção-Geral da Saúde (2017). *Programa nacional de saúde escolar*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>

Norma n.º 022/2012. (2017). *Abordagem Hospitalar das Queimaduras em Idade Pediátrica e no Adulto*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/abordagem-hospitalar-das-queimaduras-em-idade-pediatria-e-no-adulto.pdf>

Norma 022/2012 (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_022.2012%20DE%20DEZ.2012.pdf

Nunes, L. (2020). Ética no cuidado à criança, jovem e família. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 65-79). Lidel.

Oliveira, F. (2020). *Fatores que contribuem para a afluência de casos não urgentes nos serviços de urgência: um estudo no hospital da senhora da oliveira, Guimarães, E.P.E.* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho]. Repositório da Universidade do Minho. <https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/69643/1/Dissertacao%20Flávia%20Cristina%20Dias%20Oliveira.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual – enunciados descritivos*. (1ª). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. (1ª ed). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordocrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros Sul (2024, abril 29). *"Gestão de Caso", o programa premiado da ULS do Litoral Alentejano*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/sul/noticias/conteudos/gest%C3%A3o-de-caso-o-programa-premiado-da-uls-do-litoral-alentejano/>

Pádua, A., Silva, J. & Contreiras, S. (2020). A criança e o jovem vítimas de maus-tratos. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 273-281). Lidel.

Portaria n.º50/2017 do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social e Saúde (2017). Diário da República: 1.ª série, n.º 24. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/02/02400/0060800629.pdf>

Portaria n.º 159/2012. (2012). Diário da República: 1.ª série, n.º 99. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/05/09900/0267202674.pdf>

Ramos, A. (2020). A criança e o jovem como foco de cuidado: empoderamento da criança, jovem e família. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 12-24). Lidel.

Ramos, M., Vilaça, S. & Mendes, G. (2020). O recém-nascido pré-termo. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 118-134). Lidel.

Regulamento n.º 140 /2019 (2019). Diário da República: II série, n.º 26. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II série, n.º 133. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>

Regulamento n.º 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). Diário da República: II série, n.º 184. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Ribeiro, P. (2012). *Cuidados continuados em pediatria: capacitar a família da criança com traqueostomia e/ou submetida a VNI para a alta hospitalar* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/f84e96db-14a0-42ff-9082-b80cb6068ff9>

Rocha, C., Malveira, A., Bico, I., Goes, M. & Dias, A. (2024). Benefícios da colostroterapia para bebés prematuros internados em unidades neonatais: uma revisão integrativa da literatura. *Revista ibero-americana de saúde e envelhecimento*, 10 (2), pp. 135-149.

https://www.revistas.uevora.pt/index.php/saude_envelhecimento/article/download/679/1164

Rodrigues, F., Joventino, M., Brandão, E., Santos, B., Soares, A. & Fernandes, M. (2023, dezembro 20). *Modelo Calgary para avaliação de famílias de pacientes com câncer em fase terminal: relato descritivo* [Comunicação Oral]. Anais do X Congresso Internacional do Envelhecimento Humano, Campina Grande. <https://editorarealize.com.br/artigo/visualizar/102150>

Ross, S., Curry, N. & Goodwin, N. (2011, novembro). *Case management: What it is and how it can best be implemented*. TheKing'sFund. https://assets.kingsfund.org.uk/f/256914/x/9374b758f1/case_management_2011.pdf

Ruivo, M., Ferrito, C. & Nunes, L. (2010). Metodologia de projecto: colectânea descritiva de etapas. *Revista Percursos*, (15), pp. 1-37. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Silva, G. (2020). A criança do 1 aos 3 anos. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 148-158). Lidel.

Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável: melhoria da qualidade* [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/entities/publication/eb645a4b-92f7-4619-8841-17a5897a724d>

Simón, A. (2016, outubro 10). *Medicamentos em pediatria (II): conselhos para um uso seguro*. Ordem dos farmacêuticos. https://www.ordemfarmaceuticos.pt/fotos/publicacoes/e_pub_medicamentos_ii_7604286559412acabfc5a.pdf

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2020a). *Critérios de elegibilidade*. <https://snipi.gov.pt/apresentacao/criterios-de-elegibilidade#no-back>

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2020b). *O que é o Plano Individual de Intervenção Precoce na Infância (PIIP)?* <https://snipi.gov.pt/familias#no-back>

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2020c). *Onde se deve dirigir se necessitar de IPI?* <https://snipi.gov.pt/familias#no-back>

Sousa, L., José, H. & Novo, A. (2022). Investigação em enfermagem: das prioridades aos reptos. In M., Néné & C., Sequeira (Eds.), *Investigação em enfermagem: teoria e prática*, (pp. 1-13). Lidel.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). *Norma técnica para a disponibilização de notas de alta estruturadas no registo de saúde eletrónico a partir dos sistemas hospitalares de registo clínico*. Lisboa: Serviços Partilhados do Ministério da Saúde.

Unidade de Missão para os Cuidados Continuados Integrados. (2009). *Glossário – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Cuidados_Continuados/Gloss%C3%A1rio%20RNCCI.pdf

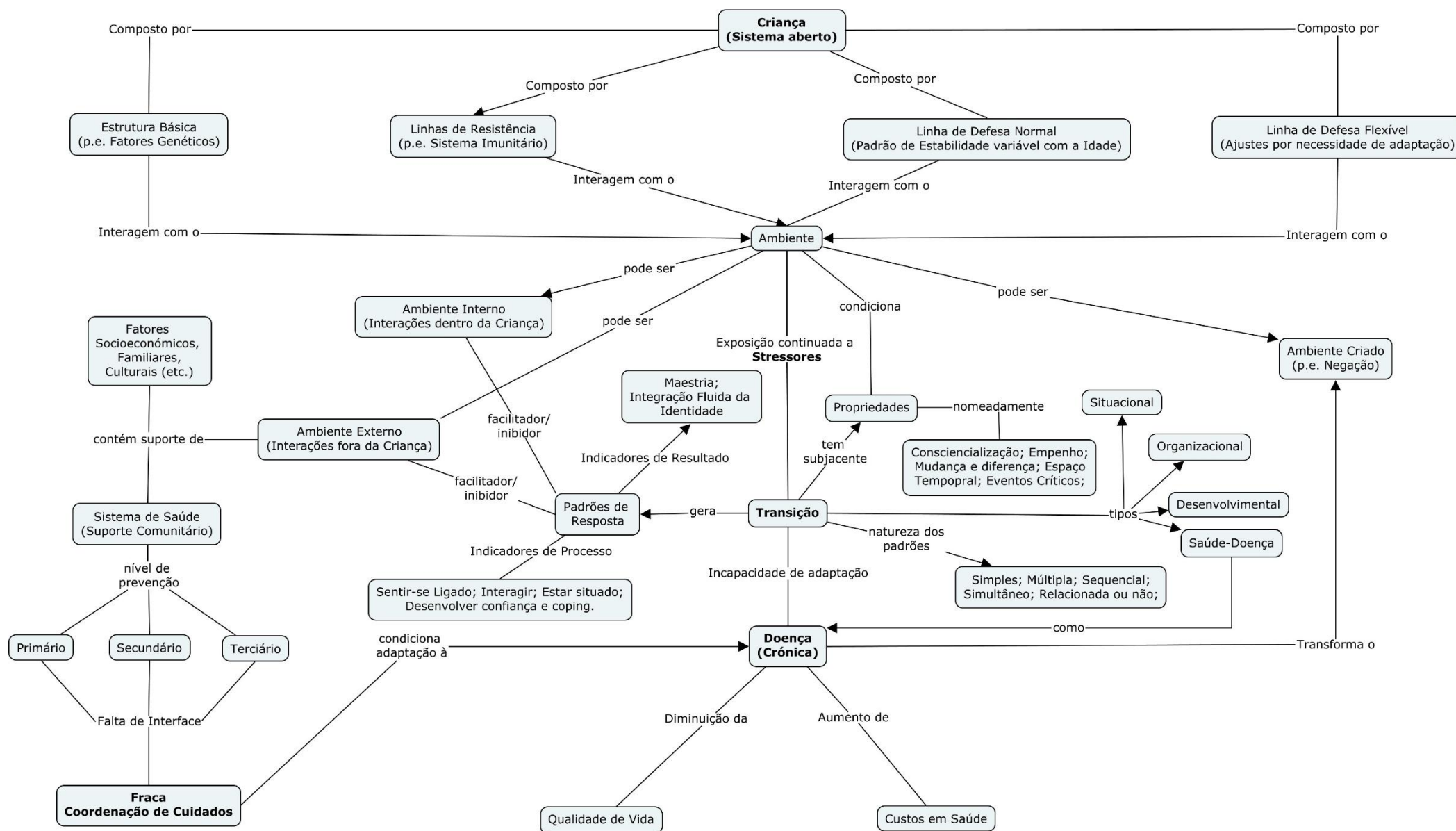
Universidade Aberta. (2024). *APA 7th – Diretrizes para a realização de citações em texto e referências bibliográficas*. <https://repositorioaberto.uab.pt/entities/publication/73f209d7-a283-46f2-b165-1314483f9d63>

Universidade de Évora. (2023). *Normas para realização de trabalhos académicos e científicos escritos na UEESESJD*. <https://gdoc.uevora.pt/820802>

Vilaça, S. & Ramos, M. (2020). O recém-nascido. In A., Ramos & M., Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*, (pp. 106-115). Lidel.

APÊNDICES

APÊNDICE I – Mapa Conceptual



APÊNDICE II – Cronograma

Metodologia de Projeto	2025					2026							
	Março	Abril	Maio	Jun	Pausa letiva	Set	Out	Nov	Dez	Jan	Fev	Março	Abril
Diagnóstico de Situação (pesquisa bibliográfica, entrevistas não-estruturadas)													
Definição de Objetivos (ajuste dos objetivos nos primeiros contactos com os locais de estágio)													
Planeamento de Atividades (ajuste das atividades nos primeiros contactos com os locais de estágio)													
Execução e Avaliação (implementação do projeto nos estágios)													
Divulgação de Resultados (elaboração de Relatório de Estágio e Apresentação do mesmo)													

APÊNDICE III – Sessão de Sensibilização para a Temática

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM

UAig

Projeto em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O Enfermeiro Especialista como promotor da articulação dos cuidados à criança com doença crónica

Unidade Curricular:
Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com Relatório

Docente Orientador:
Prof.^a Dr.^a Maria Antónia Chora

Enfermeiro Supervisor:
Enfermeira Especialista Vanda Borges

Discente:
Diana Relvas nº 60999



APÊNDICE IV – Questionário de Satisfação acerca da Sessão de Sensibilização

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



**Questionário de Satisfação Formação - “O enfermeiro como promotor
da transição dos cuidados à criança/jovem e família à Diabetes
Mellitus tipo I”**

1. Relativamente ao ***formando***, como se avalia?
 - 1.1. Categoria Profissional:
 - ☐ Enfermeiro de Cuidados Gerais;
 - ☐ Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
 - ☐ Enfermeiro Especialista em outra área;
 - 1.2. Conhece o Registo de Saúde Eletrónico (RSE)?
 - ☐ Sim ☐ Não
 - 1.3. Conhece o eBoletim?
 - ☐ Sim ☐ Não
 - 1.4. Conhece a funcionalidade do Sclinico para a referenciação para os cuidados de saúde primários?
 - ☐ Sim ☐ Não
 - 1.5. Já referenciou alguma criança/jovem com doença crónica para os cuidados de saúde primários por meio formal, através do Sclinico?
 - ☐ Sim ☐ Não
 - 1.6. Considera a articulação entre os enfermeiros do meio intra-hospitalar e do meio extra-hospitalar eficaz?
 - ☐ Sim ☐ Não

1. Relativamente aos conteúdos, como avalia esta sessão de formação?

1.1. Interesse nos conteúdos apresentados:

☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom

1.2. Adequação dos conteúdos programáticos aos objetivos definidos:

☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom

1.3. Utilidade dos conteúdos apresentados no contexto da prática clínica

☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom

1.4. Articulação do conhecimento com a prática clínica:

☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom

1.5. Foram apresentadas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos
(referências bibliográficas, sites, entre outros):

☐ Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom

APÊNDICE V – Plano Individual de Cuidados

The screenshot displays the MedMGF web application interface. At the top, a dark grey navigation bar contains the 'HOSPITAL' logo and icons for email and user profile. Below this, a light grey bar lists menu items: CRONOGRAMA, MAPA, ÁREA PESSOAL, DGS, CERTIFICADOS, RESUMO SAÚDE, LIVE, and VACINAS. The main content area features the RSE (Área do Profissional) logo and a user icon. A breadcrumb trail shows the path: Home > DGS > BOLETIM DE SAÚDE INFANTIL E JUVENIL > SNIPI. A horizontal menu below the breadcrumb includes tabs for Identificação, Registos, Desenvolvimento, Parametros, Temas de conversa, SNIPI, and Plano Individual de Cuidados. The 'Plano Individual de Cuidados' tab is selected and highlighted in blue. To the right of the menu is a vertical navigation bar with a diamond-shaped icon containing the letters 'I S B A R'. Below the main menu, five grey rounded rectangular boxes contain the following text: 1. 'Identificação da Criança/Jovem, Cuidador e Equipa de Saúde (Personalizado)'; 2. 'Diagnósticos clínicos (doença, sintomatologia, tratamentos, terapêutica; objetivos a curto, médio e longo prazo)'; 3. 'Antecedentes de saúde pessoais e familiares; contexto socioeconómico, cultural e religioso; apoios;'; 4. 'Percurso Assistenciais em caso de agudização de sintomatologia'; 5. 'Hospitalizações/Consultas/ Exames (registos e agendamentos)'.

APÊNDICE VI – Póster “Vamos ter alta, e agora?”



Vamos ter alta, e agora?

Recomendações para os pais na gestão da **doença crónica** dos seus filhos

A criança portadora de **Doença Crónica**



Tem necessidades de cuidados de saúde diferenciados e **acompanhamento de proximidade** com os serviços da comunidade (centro de saúde, escola, apoio social, entre outros) para gestão eficaz do regime terapêutico no domicílio, diminuição do número de hospitalizações e aumento da qualidade de vida!

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos!
(Anne Casey, 1998)



Sinta-se seguro no regresso a casa!

- Informe o seu médico e enfermeiro de família aquando da alta hospitalar
- Esclareça dúvidas com a equipa de saúde de referência sempre que considerar necessário
- Atualize o Plano Individual de Cuidados em cada hospitalização/consulta

Plano Individual de Cuidados

É um instrumento que permite a gestão dos cuidados de saúde de que a criança necessita.
Deve conter: (SNS 24, 16-05-2025)

- 1. Identificação da criança, cuidador e equipa de saúde
- 2. Diagnósticos clínicos (doença, sintomas, tratamentos e medicação, objetivos a atingir e em que prazo)
- 3. Antecedentes de saúde da criança, antecedentes de saúde da família, contexto socioeconómico, religioso e cultural, apoios
- 4. Percursos assistenciais em caso de agudização de sintomas
- 5. Hospitalizações e Consultas/Exames (registos e agendamentos)



Como se atualiza o Plano Individual de Cuidados?

- 1 Deve ser **preenchido pelo cuidador** da criança, preferencialmente em parceria com a equipa de saúde
- 2 Deve ser incentivada a partilha destas informações via eletrónica entre as equipas de saúde, através de **sistemas informáticos** que privilegiem a confidencialidade, sendo acessíveis ao utente através da **app MySNS**.
- 3 Deve ser transportado junto do **Boletim de Saúde Infantil e Juvenil** e o **Boletim de Vacinas**, à responsabilidade do cuidador

WETTRADO EM ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE DE ÉVORA

Contactos



APÊNDICE VII – Livro de Bolso “O Meu Plano Individual de Cuidados”

O MEU PLANO INDIVIDUAL DE CUIDADOS



APÊNDICE VIII – Parametrização do SIE *BSimple* para Referenciação do RN

Parametrização Sistema de Informação em Enfermagem BSimple

1. Criar campo/icone de "Referenciação".
2. Preencher critérios para identificar adequação da referenciação para as diferentes entidades competentes.
3. Articular com equipa médica para dar conhecimento acerca da referenciação efetuada.

Entidade	Critérios		Condições de Referência	Contactos da equipa
Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR)	Situação de Maus-Tratos	Abuso Sexual	→ neonato ou mãe/pai menor de idade que cumpra pelo menos UM (1) critério	Endereço eletrónico: Ou abrir diretamente: Página Intranet → Serviços de Apoio Clínico → NHACJR → Referência
		Maus-Tratos Físicos		
		Maus-Tratos Psicológicos		
		Negligência		
		Comportamentos de perigo na infância e juventude (gravidez na adolescência, saúde mental, adições e dependências)		
	Situações Específicas	Abandono/Absentismo Escolar		
		Bullying/Cyberbullying		
		Discriminação (racial, étnica, identidade de género, orientação sexual)		
		Exposição a comportamentos de risco dos cuidadores/as		
		Mutilação Genital Feminina		
		Síndrome de Munchausen por Procuração		
		Violência Doméstica: relações familiares/namoro		
		Violência Laboral (Mobbing)		
		Tráfico de Crianças		

Entidade	Critérios		Condições de Referenciação	Contactos da equipa
Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI)	Grupo 1 – Crianças que apresentam alterações nas funções ou estruturas do corpo, que limitam o desenvolvimento e participação nas atividades típicas para a idade:		→ Crianças dos [0-6] anos de idade que se insiram: → No 1º grupo	De acordo com a área de abrangência, remeter automaticamente para endereço eletrónico parametrizado com base em: https://snipi.gov.pt/sites/default/files/2021-06/Contacto-ELI.pdf
	1.1. Atraso de desenvolvimento de etiologia desconhecida	1. Motora		
		2. Física		
		3. Cognitiva		
		4. Linguagem/Comunicação		
		5. Emocional		
		6. Social		
		7. Adaptativa		
	1.2. Condições Específicas	1. Anomalia Cromossómica (trissomia 21 ou 18, síndrome de X-frágil)		
		2. Perturbação Neurológica (paralisia cerebral, neurofibromatose)		
		3. Malformações Congénitas (síndrome polimalformativa)		
		4. Doença Metabólica (mucopolisacaridoses, glicogenoses)		
		5. Défice Sensorial (baixa visão ou cegueira/surdez)		
		6. Exposição pré-natal a agentes teratogénicos, narcóticos, cocaína ou outras drogas (síndrome fetal alcoólico)		
		7. Infecções severas congénitas (meningite, grupo TORCH)		
		8. Doença Crónica grave (tumores do SNC, D. Renal, D. Hematológica)		
		9. Desenvolvimento atípico c/ alterações na relação (PEA)		
		10. Perturbações graves de vinculação ou outras perturbações emocionais		

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPi)	Grupo 2 – Crianças que apresentam risco grave de atraso no desenvolvimento por condições que lhe conferem alta probabilidade dessa ocorrência:				
	Exposição a Fatores Biológicos	2.1.	1. História familiar de anomalias genéticas associadas a perturbações do desenvolvimento	→ Crianças dos [0-6] anos de idade que se insiram: → No 2º grupo e que acumulem quatro ou mais (≥ 4) fatores de risco biológico e/ou ambiental	De acordo com a área de abrangência, remeter automaticamente para endereço eletrónico parametrizado com base em: https://snipi.gov.pt/sites/default/files/2021-06/Contacto-ELI.pdf
			2. Exposição intrauterina a tóxicos (álcool, drogas)		
3. Complicações pré-natais severas (hipertensão, toxemia, infeções, hemorragias, ...)					
4. Prematuridade < 33 semanas					
5. Muito baixo peso à nascença (< 1,5 kg)					
6. Atraso de crescimento intrauterino (peso de nascimento < percentil 10 para a idade gestacional)					
7. Asfíxia perinatal grave (Apgar ao 5º min <4 ou pH do sangue do cordão <7,2 ou manifestações neurológicas ou orgânicas sistémicas neonatais)					
8. Complicações neonatais graves (sépsis, meningite, alterações metabólicas ou hidroelectrolíticas, convulsões)					
9. Hemorragia intraventricular					
10. Infeções congénitas (Grupo TORCH)					
11. HIV positiva (não congénita)					
12. Infeções graves do SNC (meningite bacteriana, meningoencefalite)					
13. Traumatismos cranianos graves					
14. Otite média crónica com risco de défice auditivo					
Exposição a Fatores Ambientais	2.2.	Parentais	1. Mães adolescentes (<18 anos)		
			2. Abuso de álcool ou outras substâncias		
			3. Maus-tratos ativos (físicos, emocionais, abuso sexual) ou passivos (negligência nos cuidados básicos à criança)		
			4. Doença do foro psiquiátrico		
			5. Doença física incapacitante ou limitativa		
		Contextuais	1. Isolamento (quer geográfico com dificuldade no acesso a recursos, como discriminação racial ou religiosa) ou pobreza (apoio de banco alimentar ou social, subsídio de desemprego, RSI ou outros)		
		2. Desorganização familiar (conflitos, negligência habitacional)			
		3. Preocupações acentuadas acerca do desenvolvimento da criança ou interação pais/criança, expressas por um dos pais, cuidador ou profissional de saúde.			
Centro de Saúde da Área de Residência	Todos os neonatos internados neste serviço		→ Deve ocorrer a interoperabilidade entre o <i>BSimple</i> e o <i>SClinico</i> , de modo a permitir notificação direta para os contactos inseridos pelo administrativo. → Em última instância, deverá formalizar-se a alta clínica do neonato no <i>SClinico</i> , garantindo a funcionalidade de notificação diretamente para o enfermeiro de família/centro de saúde em que está inscrita a família.	Envio automático de notificação a partir dos dados inseridos por administrativos no <i>SClinico</i>	

Considerações:

1. Não foi contemplada a referenciação para a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) por estar associada à atividade do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR).
2. Não foi contemplada a referenciação para a Equipa Intra-Hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos desta ULS, por utilizar como critérios de referenciação a escala de PaPaS, de acordo com o respetivo grupo de trabalho consultado. No que respeita a esta escala, recém-nascidos e lactentes foram excluídos, pois apesar de compreenderem uma proporção importante de necessidades paliativas, as suas trajetórias de doença são normalmente muito curtas, sendo que 2/3 morrem nas primeiras semanas de vida ainda em contexto da UCIN (Simões, 2021).
3. Os critérios de referenciação para o NHACJR foram apurados junto desta entidade na ULS.
4. Para obter orientações sobre a funcionalidade de referenciação no sistema *SClinico*, o enfermeiro deve registar-se na plataforma eStudo, dos SPMS, como “Profissional SNS/MS”. Já na área reservada terá acesso a “Manuais Digitais” (coluna lateral que se encontra à esquerda) >> “RSE SIGA: Manual Digital” >> “Entrar”, sendo redirecionado para a página de Documentação do RSE SIGA. Posteriormente, deverá ser selecionada a pasta “CSH >> CSP” >> “Manuais de apoio ao utilizador”, encontrando-se o manual acima referenciado no módulo “Enfermeiro_CSH”.

Outras Referências de Apoio:

Palaré, M., Tavares, F. & Machado, M. (2023). Validação da Versão Portuguesa de um Instrumento de Avaliação de Necessidades Paliativas Pediátricas: A Pediatric Palliative Screening Scale. *Acta Médica Portuguesa*, 36 (5), pp. 326-335. <https://doi.org/10.20344/amp.18071>

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2020). *Crítérios de elegibilidade*. <https://snipi.gov.pt/apresentacao/criterios-de-elegibilidade#no-back>

**APÊNDICE IX – Norma de Referenciação da Criança/Jovem com Diabetes Mellitus
tipo 1**

	REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES TIPO I PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/CONSULTA EXTERNA	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

1. Objetivo

Estabelecer o procedimento de referenciação da criança/jovem diagnosticada com Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1), do Serviço de Internamento de Pediatria da Unidade Local de Saúde [REDACTED] para os Cuidados de Saúde Primários (CSP)/Consulta Externa, assegurando a continuidade, segurança e qualidade dos cuidados de saúde prestados a esta população.

2. Campo de aplicação

Esta norma aplica-se a todos os elementos da equipa de enfermagem do Serviço de Internamento de Pediatria da ULS [REDACTED]

3. Siglas e acrónimos, abreviaturas e definições

- CSP – Cuidados de Saúde Primários
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- RSE – Registo de Saúde Eletrónico
- SIE – Sistemas de Informação em Enfermagem
- SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde
- ULS [REDACTED] – [REDACTED]

4. Referências

- Decreto-Lei n.º161/96 do Ministério da Saúde (1996). Diário da República: I série, nº 205. <https://files.dre.pt/1s/1999/03/076a00/17741790.pdf>
- Decreto-Lei n.º190/2015 da Ordem dos Enfermeiros (2015). Diário da República: 2ª série, nº 79. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>
- Despacho n.º3390/2025 do Gabinete da Secretária de Estado da Saúde (2025). Diário da República: 2ª série, nº 53. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2025/03/053000000/0015700164.pdf>

	REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES TIPO I PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/CONSULTA EXTERNA	Data de entrada em vigor:	--/--/--
		Revisão X	--/--/--
		Próxima revisão:	--/--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

- Despacho n.º8297-C/2019 dos Gabinetes do Ministro da Educação e da Ministra da Saúde (2019). Diário da República: 2ª série, nº 179.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/179000001/0000500007.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

- Programa Nacional para a Diabetes. (2019). *Crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo 1: Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação*. Direção-Geral da Saúde. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2020/01/Crianc%CC%A7as-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-Manual-de-formac%CC%A7a%CC%83o-para-apoio-aos-profissionais-de-sau%CC%81de-e-de-educac%CC%A7a%CC%83o.pdf>

- Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (2018). Diário da República: II série, n.º 133. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>

- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2017). *RSE SIGA: Manual do Utilizador – Profissional Enfermeiro*. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (Acedido com credenciais na área reservada do enfermeiro na plataforma eStudo).

	REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES TIPO I PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/CONSULTA EXTERNA	Data de entrada em vigor:	--/----
		Revisão X	--/----
		Próxima revisão:	--/----
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

5. Responsabilidades

Na divulgação e implementação:

- Enfermeira Coordenadora do Serviço de Pediatria – Internamento;

Na implementação e execução:

- Equipa de enfermagem do Serviço de Pediatria da [REDACTED]

6. Procedimento

A DM1 é uma doença crónica caracterizada por deficiência de insulina devido à perda de células beta-pancreáticas, com consequente hiperglicemia (Programa Nacional para a Diabetes, 2019).

Em Portugal, os dados do Registo Nacional-DOCE indicam que a incidência global de DM1 tem vindo a acentuar, com um aumento anual estimado entre 3-4%, sendo este crescimento mais evidente nas crianças mais jovens (Programa Nacional para a Diabetes, 2019). A saúde e qualidade de vida destas crianças/jovens requerem de um equilíbrio entre três pilares essenciais: a administração de insulina, uma alimentação adequada e uma prática regular de atividade física (Despacho n.º8297-C/2019, 2019). As necessidades metabólicas da criança variam consoante a idade, o nível de atividade física e a velocidade de crescimento, por isso é essencial monitorizar regularmente a altura, o peso, o IMC para o ajuste do plano terapêutico (Programa Nacional para a Diabetes, 2019).

Aquando do diagnóstico de DM1 inaugural, em meio hospitalar, e consequente internamento para capacitação dos pais/cuidadores e/ou crianças portadoras de DM1, deve dar-se início, desde a admissão, ao planeamento da alta hospitalar em parceria com a família, estabelecendo atempadamente contactos com as equipas de saúde da comunidade onde este cliente pediátrico (binómio criança/jovem e família) se encontra inserido (a Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

No planeamento da alta hospitalar, assume-se que a continuidade dos cuidados à criança/jovem com DM1 requer a articulação entre os profissionais do serviço de Internamento de Pediatria e as equipas de saúde de outros serviços, nomeadamente da

	REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES TIPO I PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/CONSULTA EXTERNA	Data de entrada em vigor:	--/----
		Revisão X	--/----
		Próxima revisão:	--/----
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

consulta externa, dos centros de saúde e saúde escolar da área de residência dessa população, formando redes colaborativas e corresponsáveis por todo este processo.

Assim, para que esta articulação se estabeleça de forma efetiva, contínua e dinâmica é necessário que o processo de comunicação entre os diversos níveis de cuidados de saúde esteja bem estruturado, com os circuitos de informação bem definidos e utilizando uma linguagem comum, preferencialmente através de Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) disponíveis.

Os SIE, particularmente o SClinico e o Registo de Saúde Eletrónico (RSE), destacam-se por permitirem a referenciação da criança/jovem para outros níveis de cuidados, garantindo uma transição de informação de forma segura e eficaz, acessível a todos os profissionais de saúde, quando otimizada a sua utilização.

6.1. Critérios de Referenciação para os CSP/Consulta Externa

Devem ser referenciadas para os CSP/Consulta Externa todas as crianças/adolescentes que apresentem estabilidade clínica e metabólica e que tenham alta hospitalar após internamento por diabetes inaugural, descompensação aguda da diabetes (ex.: cetoacidose diabética) ou ajuste terapêutico significativo, que já não requerem vigilância hospitalar contínua.

6.2. Momento da Referenciação

A referenciação deve ser efetuada no decurso do internamento como parte integrante do processo de alta hospitalar, que se inicia desde a admissão, assegurando o envio de informação clínica estruturada, via endereço eletrónico e/ou contato telefónico com a equipa de enfermagem dos CSP/consulta externa/saúde escolar e, finalmente através da referenciação formal por notificação no sistema SClinico aquando da alta clínica/alta de enfermagem.

Deste modo:

1. Durante o internamento:

- a) Deve ser estabelecido contacto com a equipa de saúde escolar e enfermeira responsável pela diabetes da consulta externa via endereço eletrónico e/ou telefónico, para envio da informação clínica da criança/jovem com DM1 devidamente estruturada.

	REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES TIPO I PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/CONSULTA EXTERNA	Data de entrada em vigor:	--/--
		Revisão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

Para o efeito, encontra-se disponível um documento padrão em formato *word* na [REDACTED] o qual deve ser editado contemplando os dados clínicos atualizados da criança/jovem com DM1 a ser referenciada.

Na mesma pasta, encontra-se ainda uma lista de contactos da saúde escolar da área de abrangência da [REDACTED], intitulada de [REDACTED] para onde deve ser encaminhado o referido email, com conhecimento (Cc) para a enfermeira responsável pela diabetes do serviço de internamento de Pediatria da [REDACTED]

- b) Deve ainda ser atualizado outro documento *word* na referida pasta, permitindo ao serviço a colheita de dados sobre a incidência da DM1 no serviço de pediatria da [REDACTED], com o título "[REDACTED]".

2. No momento da alta de enfermagem no Sclínico:

- a) Deverá ser estruturada a nota de alta com informação resumida do internamento da criança/jovem com diagnóstico de DM1, a qual será visível através do RSE nas instituições de saúde da comunidade, pela consulta do processo da criança.
- b) Quando se salva a alta de enfermagem, a página questiona se pretende prosseguir, dando termo ao plano de cuidados instituído para aquela criança no processo de internamento, o qual deve ser respondido "Sim".
- c) Irá surgir a página de referenciação da criança para consulta nos cuidados de saúde primários, onde se deve clicar em "Consulta de Enfermagem >> Sim" e, se pertinente, "Consulta Médica >> Sim", podendo agendar o intervalo de tempo em que essa criança/jovem deverá ter consulta nos CSP.

A imagem seguinte ilustra o formulário do pedido de referenciação:

	REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM COM DIABETES TIPO I PARA OS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS/CONSULTA EXTERNA	Data de entrada em vigor:	--/--
		Revisão X	--/--
		Próxima revisão:	--/--
		Cód. Documento:	XXX.00.YYYY.00

Figura 1 - Formulário do pedido de referenciação

7. Nota Geral

Para aceder ao manual de referenciação no *Scínico*, o enfermeiro deve registar-se na plataforma eStudo, dos SPMS, como “Profissional SNS/MS”.

Na área reservada, na coluna lateral que se encontra à esquerda, terá acesso a “Manuais Digitais” >> “RSE SIGA: Manual Digital” >> “Entrar”, sendo redirecionado para a página de Documentação do RSE SIGA.

Posteriormente, deverá ser selecionada a pasta “CSH >> CSP” >> “Manuais de apoio ao utilizador”, encontrando-se o manual acima referenciado no módulo “Enfermeiro_CSH”.

Elaboração	Revisão	Ratificação
------------	---------	-------------

APÊNDICE X – Folheto sobre a Profissão de Enfermagem

Sabias que...

++ Saúde não é apenas ausência de doença?

Saúde é um completo **bem-estar físico, mental e social!**



Organização
Mundial da Saúde

Torna-te um de nós!



Exames necessários (UÉvora):

02 **Biologia e Geologia** + um dos seguintes:

06 Filosofia

07 Física e Química

09 Geografia

16 Matemática

18 Português



“Os enfermeiros oferecem conforto, compaixão e carinho, mesmo sem receita médica”

– Val Saintsbury



12 DE MAIO

Dia da Enfermagem e
Dia Mundial do Enfermeiro

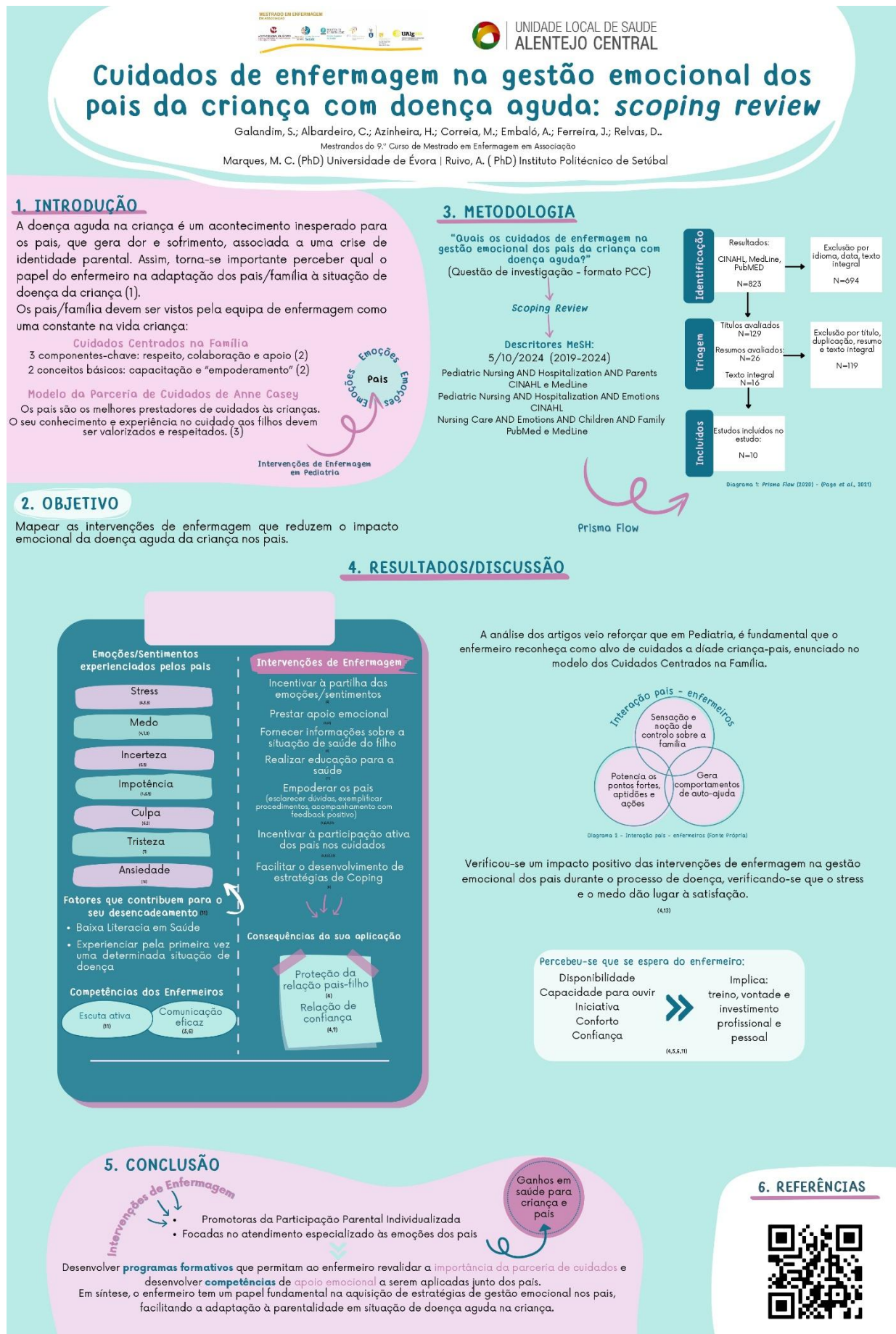


Enfermagem





APÊNDICE XI – Póster “Cuidados de Enfermagem na Gestão Emocional dos Pais da
Criança com Doença Aguda: *Scoping Review*”



APÊNDICE XII – Protocolo da *Scoping Review* “Promoção da autogestão familiar pelo enfermeiro, através da gestão de casos em pediatria: *Scoping Review*”
(DOI: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/VTRZF>)

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO



Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Ano letivo 2025/2026

**PROMOÇÃO DA AUTOGESTÃO FAMILIAR PELO ENFERMEIRO, ATRAVÉS
DA GESTÃO DE CASOS: UM PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW***

Por

Diana Relvas, n.º 60999

Sónia Galandim, n.º 61667

Protocolo elaborado sob orientação da Professora Marta Sofia Inácio Catarino e
Professora Doutora Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora

Informação dos Autores

1. Diana Cristina da Silva Relvas. Enfermeira no Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. Mestranda da 9ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na Área de Saúde Infantil e Pediátrica.

2. Sónia Mendes Galandim. Enfermeira no Serviço de Pediatria da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central. Mestranda da 9ª edição do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização na Área de Saúde Infantil e Pediátrica.

3. Marta Sofia Inácio Catarino. Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora. Doutoranda em Enfermagem na Universidade Católica Portuguesa.

4. Maria Antónia Fernandes Caeiro Chora. Professora Doutora na Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus da Universidade de Évora.

Resumo

Objetivo: Mapear as intervenções de enfermagem promotoras da autogestão familiar da criança, através da gestão de casos.

Enquadramento: O aumento da sobrevivência de crianças/jovens portadores de doença crónica pressupõe uma elevada utilização dos serviços de saúde, com consequente aumento da despesa pública associada a este setor. Sendo a criança/jovem dependente dos seus cuidadores, a autogestão familiar é determinante para o correto uso destes serviços e otimização de ganhos em saúde destas crianças/jovens. Através da gestão de casos, o enfermeiro surge como facilitador deste processo, potenciando a manutenção de percursos assistenciais integrados adequados às necessidades efetivas desta população.

Crítérios de Inclusão: A revisão considerará estudos que incluam crianças/jovens portadores de doença crónica e respetivas famílias, inseridos em programas de gestão de casos que contemplem o enfermeiro como interveniente. Foi tido como referencial a Convenção sobre os Direitos da Criança, que posiciona a sua idade inferiormente aos 18 anos, fixando-a inevitavelmente nos serviços pediátricos.

Metodologia: A revisão é conduzida pelo método do Joanna Briggs Institute (JBI). A inclusão dos artigos tem por base a questão de revisão previamente formulada em formato População, Conceito, Contexto (PCC): descrever as características das intervenções de enfermagem promotoras da autogestão familiar, enquadradas na gestão de casos (conceito), dirigidas à família da criança/jovem portadora de doença crónica (população) nas instituições de saúde (contexto). Após a estruturação da estratégia de pesquisa, será aplicada nas bases de dados: Medline (via EBSCO), Medline (via PubMed), CINAHL e Scopus, selecionando estudos em português, inglês e espanhol. A triagem dos artigos e posterior análise será realizada por dois revisores.

Análise de Resultados: A análise dos dados será evidenciada em forma narrativa e com recurso a tabelas.

Conclusões: Contribuirá para a atualização e divulgação de estratégias integradas centradas na autogestão familiar, desempenhadas por enfermeiros, e poderá apoiar a prática de enfermagem pediátrica baseada na evidência, com impacto na eficiência dos cuidados de saúde.

Palavras-Chave: Autogestão; Criança; Enfermagem; Família; Gestão de Casos.

Abstract

Objective: To map nursing interventions that promote family self-management of children, through case management.

Background: The increased survival rate of children/young people with chronic diseases implies high utilization of health services, with a consequent increase in public expenditure associated with this sector. Child/young person are dependent on their caregivers, therefore family self-management is crucial for the correct use of these services and optimization of health gains for these children/young people. Through case management, the nurse emerges as a facilitator of this process, enhancing the maintenance of integrated care pathways that are adequate to the effective needs of this population.

Inclusion Criteria: The review will consider studies that include children/young people with chronic diseases and their families, enrolled in case management programs that include the nurse as an intervener. The Convention on the Rights of the Child was taken as a reference, which sets the age of the child below 18 years, inevitably placing them in pediatric services.

Methodology: The review is conducted using the Joanna Briggs Institute (JBI) method. The inclusion of articles is based on the previously formulated review question in Population, Concept, Context (PCC) format: to describe the characteristics of nursing interventions that promote family self-management, framed within case management (concept), directed to the family of the child/young person with chronic disease (population) in health institutions (context). After structuring the search strategy, it will be applied to the following databases: Medline (via EBSCO), Medline (via PubMed), CINAHL, and Scopus, selecting studies in Portuguese, English, and Spanish. The screening of articles and subsequent analysis will be carried out by two reviewers.

Results Analysis: Data analysis will be presented in narrative form and using tables.

Conclusions: This will contribute to the updating and dissemination of integrated strategies focused on family self-management, performed by nurses, and may support evidence-based pediatric nursing practice, impacting the efficiency of health care.

Keywords: Self-management; Child; Nursing; Family; Case Management.

ANEXOS

ANEXO I – Certificado “*Digital Learning* SClinico Hospitalar – Módulo Internamento –
Perfil de Enfermagem”



Academia
Qualificação & Inovação

DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos, declara-se que o(a) Diana Relvas concluiu com sucesso o percurso formativo Digital Learning SClínico Hospitalar - Módulo Internamento - Perfil Enfermagem, com a duração estimada de 2 horas, desenvolvido pela SPMS - Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E..

Lisboa, 12 de fevereiro de 2025



SPMS
EPE
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, E.P.E.
Av.ª da República, n.º 61 - 1050-189 Lisboa | Portugal

ANEXO II – Certificado do Curso “Suporte Avançado de Vida Pediátrico”



Certifica-se que **Diana Cristina da Silva Relvas**, nascido(a) em 01/03/1999, com o número de identificação civil ****7266, concluiu com aproveitamento o curso de formação profissional

// SUPORTE AVANÇADO DE VIDA PEDIÁTRICO

PEDIATRIC ADVANCED LIFE SUPPORT (PALS)

da *American Heart Association*, que decorreu de 08/05/2025 a 09/05/2025, com a duração de 16 horas e 2 anos de validade.

Porto Salvo, 9 de maio de 2025

O coordenador pedagógico

Pedro Caldeira



Certificado nº 25109807

Verifique autenticidade em www.ocean-medical.com/certificado ou digitalize o código QR

ÁREA DE FORMAÇÃO: 729 - Saúde

MODALIDADE DE FORMAÇÃO: Formação contínua



COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS

// Estabelecer prioridades nos cuidados de SBV, entre a aplicação de compressões e a integração do DAE; reconhecer e iniciar o tratamento de imediato nas situações de peri-paragem que possam resultar em paragem cardíaca ou complicar a evolução da reanimação; atuar em situações de bradicardia ou taquicardia; reconhecer uma situação de paragem cardíaca e atuar até ao retorno da circulação espontânea, transferência para o próximo nível de cuidados ou cessação da reanimação; aplicar o algoritmo de SAVP, como executante e como líder de equipa; identificar a criança em choque e agilizar os cuidados; reconhecer outras situações clínicas potencialmente fatais, tais como as emergências respiratórias e aplicar os cuidados iniciais necessários; demonstrar boa comunicação como membro ou líder de uma equipa de reanimação e reconhecer o impacto da dinâmica da equipa sobre o seu desempenho.



ESTRUTURA CURRICULAR

UNIDADES DE FORMAÇÃO	Nº MINUTOS
// Abordagem primária da criança	60 min.
// Avaliação secundária do SAVP	20 min.
// Principais ritmos em SAVP	20 min.
// Normas de segurança na desfibrilhação	20 min.
// Algoritmos do SAVP (paragem cardiorrespiratória em FV/TV sem pulso/assistolia/AESP)	180 min.
// Emergências respiratórias	60 min.
// A criança em estado crítico: casos de choque	60 min.
// Equipa de reanimação	30 min.
// Aspetos éticos legais	30 min.
// Casos clínicos	240 min.
// Avaliação teórica e de competências	240 min.
Total:	16 horas

Blue Ocean Medical, Lda.
Taguspark, Edifício Qualidade C1, Piso 0 | 2740-296 Porto Salvo | Portugal
Capital Social 50.000 Euros | NIPC 512 106 088 CRC Ponta Delgada
✉ info@ocean-medical.com www.ocean-medical.com

OM-046-21/MA21

**ANEXO III – Certificado “Sessão de Esclarecimento sobre o Funcionamento e
Articulação Institucional”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
ALENTEJO CENTRAL

Certificado

Certifica-se que

Participou na Sessão de Esclarecimento sobre o Funcionamento e Articulação Institucional, organizado pelo Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco da Unidade Local de Saúde do Alentejo Central, que decorreu no dia 23 de abril de 2025, na Sala de Formação 1, no Edifício do Espírito Santo, com a duração de 2 horas.

Dra. Sandra Carriço

(Coordenadora do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco)



ANEXO IV – Certificado “Cuidados de Saúde na Era Digital: Competências, Liderança e Tecnologia”



CERTIFICATE OF COMPLETION

This is to certify that

Diana Relvas

has successfully completed

**Cuidados de saúde na era digital: competências,
liderança e tecnologia (12h)**

Hanne Westhovens, Isabel Kortleven, Christo Mitskou, João Ferreira; 05.05.2025,
06.05.2025; Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC)

Prepared/delivered by

Unidade Local de Saúde do Alentejo Central (ULSAC)



Funded by the European Union. Views and opinions expressed are however those of the author(s) only and do not necessarily reflect those of the European Union or the Health and Digital Executive Agency (HaDEA). Neither the European Union nor the granting authority can be held responsible for them. Copyright © 2023 e-Hospital4Future. All Rights Reserved. Project: 101101190 - e-Hospital4Future - EU4H-2022-PJ

ANEXO V – Certificado “Sessão com Encanto – Vamos Falar sobre o Autismo”



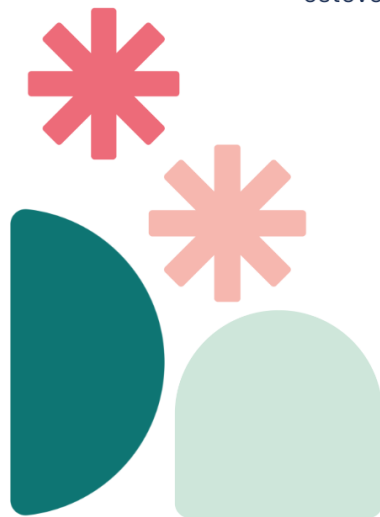
Encanto

CLÍNICA DE SAÚDE FAMILIAR
E BEM-ESTAR

Certifica-se que

Diana Relvas

esteve presente na ação de sensibilização - **Sessão com Encanto: Vamos falar sobre o Autismo**, com a Pedopsiquiatra, Dr^a Filipa Cordeiro, que decorreu no dia 24 de abril de 2025, das 19h às 19:30h.



Ana Sofia Fernandes

Diretora Clínica
CP 23455

ANEXO VI – Certificado “*Webinar*: Saúde Escolar – Construindo Futuros Saudáveis”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DIANA CRISTINA DA SILVA RELVAS

membro nº **102194** desta Ordem, participou no(a) **"Webinar - Saúde Escolar: Construindo futuros saudáveis"**, realizado no(s) dia(s) **no dia 20 de Maio de 2025**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Lisboa, 20 de Maio de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

Webinar "SAÚDE ESCOLAR CONSTRUINDO FUTUROS SAUDÁVEIS"

20 de maio

 Ordem dos
Enfermeiros
SUL

 0,35 CDP



PROGRAMA

21h00 | Boas-vindas

Ângelo Marinho | Secretário do Conselho Diretivo da Secção Regional do Sul

Sérgio Branco | Presidente do Conselho de Enfermagem da OE

Moderadora

Ermelinda Caldeira | Vogal do Conselho Diretivo da Secção Regional do Sul

Preletores

21h10 | Perspetivas futuras para a Saúde Escolar

Leonel Lusquinhos Oliveira | Presidente da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Escolar

21h40 | Planeamento de Intervenções de Enfermagem em Saúde Escolar

Claúdia Martins | UCC LUMIR MAIS, Unidade Local de Saúde de Santa Maria, E.P.E.

22h10 | Intervenções à criança com necessidades de saúde especiais em contexto de saúde escolar

Sílvia Matias | UCC NOSTRA PONTINHA, Unidade Local de Saúde de Loures / Odivelas, E.P.E.

22h40 | Discussão

23h00 | Encerramento

Tânia Soares | Presidente do Conselho Enfermagem da Secção Regional do Sul

**ANEXO VII – Certificado “Pontes em Pediatria: 1º Encontro de Equipas de Enfermagem
de Prestação de Cuidados Pediátricos**

PONTES EM PEDIATRIA

1º ENCONTRO DE EQUIPAS DE ENFERMAGEM
DE PRESTAÇÃO DE CUIDADOS PEDIÁTRICOS

26 novembro 2025

IPO LISBOA

CERTIFICADO

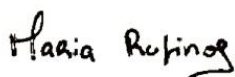
O Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia de Lisboa
Francisco Gentil certifica que,

Diana Cristina da Silva Relvas

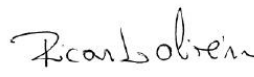
esteve presente no 1.º Encontro de Equipas de Enfermagem de Prestação
de Cuidados Pediátricos, sob o mote “Pontes em Pediatria”, que teve lugar
no anfiteatro do Instituto, em **26 de novembro de 2025**, correspondendo a
uma carga horária total de **7,5 horas**.

Lisboa, 26 de novembro de 2025

Pel' A Organização



Maria Rufino
Enfermeira, Serviço de Pediatria
IPO Lisboa



Ricardo Oliveira
Enfermeiro, Serviço de Pediatria
IPO Lisboa

ANEXO VIII – Certificado “Sistemas de Informação em Enfermagem”



DECLARAÇÃO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que o/a Senhor/a Enfermeiro/a **DIANA CRISTINA DA SILVA RELVAS**, membro nº **102194** desta Ordem, concluiu com aproveitamento, de **14 de Novembro de 2025 a 12 de Dezembro de 2025**, o curso **"Sistemas de Informação em Enfermagem - 2ª Edição [E-learning] | 2025"** (1), com duração de **15 horas**, realizado através da Plataforma **Plataforma EnForma**.

Lisboa, 12 de Dezembro de 2025

Pl'O Bastonário

Ana Fonseca
Vice-Presidente do Concelho Diretivo (2)

(1) Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **3,25** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

(2) Conforme Despacho de Delegação de Competências de 11 de janeiro de 2024 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redação da Lei nº 8/2024, de 19 de janeiro

ANEXO IX – Certificado de Póster nas “1^{as} Jornadas Internacionais de Enfermagem
Caminhos Convergentes: a Enfermagem e a Integração de Cuidados”

