

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

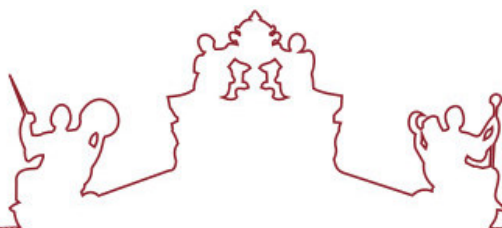
Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família

Ana Margarida Gomes Chagas Vieira

Orientador(es) | Maria Eduarda Fortes Correia

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

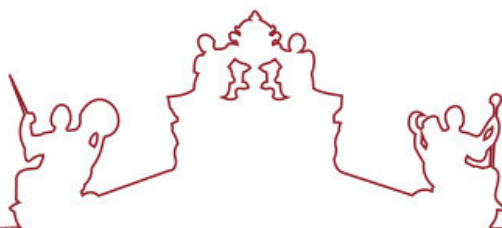
Relatório de Estágio

Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família

Ana Margarida Gomes Chagas Vieira

Orientador(es) | Maria Eduarda Fortes Correia

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	Maria Eduarda Fortes Correia (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador) Marta Sofia Inácio Catarino (Instituto Politécnico de Beja - Escola Superior de Saúde) (Arguente) Paula Cristina Campos Joaquim (Instituto Politécnico de Setúbal)

AGRADECIMENTOS

A realização deste Mestrado constituiu um percurso exigente, marcado por desafios, momentos de superação e inúmeras aprendizagens. Apesar das dificuldades encontradas ao longo desta caminhada, foi também um percurso repleto de gratidão, crescimento pessoal e profissional, cuja concretização apenas foi possível graças ao apoio de várias pessoas.

Em primeiro lugar, quero expressar o meu profundo agradecimento aos meus pais, pelo apoio incondicional e pela confiança que sempre depositaram em mim. Um agradecimento muito especial ao meu marido, sem o qual este percurso não teria sido possível. Obrigada por me ter incentivado a embarcar nesta aventura, por me apoiar incondicionalmente nos momentos de maior exigência e de maior dúvida, cuidando das nossas duas filhas e permitindo-me dedicar o tempo necessário à concretização deste objetivo.

Agradeço igualmente a todos os meus colegas pelo apoio, compreensão, disponibilidade e tolerância demonstrados ao longo deste percurso. A colaboração e o incentivo que sempre recebi foram determinantes para conseguir conciliar a atividade profissional com as exigências do mestrado. Às amizades construídas durante este percurso, deixo um sincero agradecimento pela ajuda, pelas partilhas de conhecimento e experiências vividas.

Expresso também o meu reconhecimento à Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora, bem como a todos os docentes e orientadores dos diferentes contextos de estágio, pelo conhecimento transmitido, pelo acompanhamento e pela disponibilidade demonstrados ao longo desta formação.

Dirijo um agradecimento muito especial à minha orientadora, pela orientação científica, pela disponibilidade constante, pela dedicação, pela clareza das suas orientações e pela forma empática com que sempre esclareceu as minhas dúvidas, contribuindo de forma decisiva para a realização deste trabalho.

A todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para a concretização deste percurso académico e pessoal, deixo o meu mais profundo e sincero agradecimento.

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA

RESUMO

A Esperança é uma força dinâmica e multidimensional que permite à criança e família, perante situações de incerteza e vulnerabilidade, projetar um futuro alcançável.

Este relatório centra-se na implementação de intervenções baseadas na Esperança, com o objetivo de promovê-la nos Cuidados de Saúde à Criança e Família, reconhecendo a complexidade dos processos de saúde-doença ao longo do desenvolvimento. A Esperança assume um papel essencial, sobretudo em contextos de doença aguda, crónica ou hospitalização, com impacto emocional e na adaptação.

As intervenções conduzidas por enfermeiros especialistas basearam-se na empatia, confiança e relação terapêutica, sustentadas na Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson e no Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. A Metodologia de Projeto orientou todo o processo.

Os resultados obtidos evidenciaram a concretização dos objetivos definidos, traduzida na implementação de estratégias promotoras de Esperança, na capacitação dos profissionais de saúde e no desenvolvimento de competências especializadas e de mestre, reforçando a importância da Esperança na prestação de cuidados à criança e à família.

Palavras-chave: Esperança; Enfermagem; Criança; Família; Cuidados de Saúde

PROMOTION OF HOPE IN CHILD AND FAMILY HEALTH CARE

ABSTRACT

Hope is a dynamic and multidimensional force that enables the child and family, in situations of uncertainty and vulnerability, to envision an attainable future.

This report focuses on the implementation of hope-based interventions aimed at promoting hope in Child and Family Health Care, acknowledging the complexity of health–illness processes throughout development. Hope plays an essential role, particularly in contexts of acute or chronic illness or hospitalization, with emotional and adaptive impacts.

The interventions carried out by specialist nurses, were grounded in empathy, trust, and the therapeutic relationship, supported by Jean Watson’s Theory of Human Caring and Anne Casey’s Partnership in Care Model. The Project Methodology guided the entire process.

The results demonstrated the achievement of the defined objectives through the implementation of hope-promoting strategies, the education of healthcare professionals, and the development of specialist nursing and master's-level competencies, reinforcing the importance of hope in the delivery of child- and family-centred care.

Keywords: Hope; Nursing; Child; Family; Health Care.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA – *American Psychological Association*

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

CCEE – Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

CIPE – Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

CPCJ – Comissão de Proteção de Criança e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DM1 – Diabetes *Mellitus* Tipo 1

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI – Equipa Local de Intervenção

GAAF – Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família

GASMI – Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil

GHAF – Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia

IPI – Intervenção Precoce na Infância

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

NACJR – Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco;

NIDCAP – *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCC – Processo Clinical Caritas

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNP – Preparação para o Nascimento e Parentalidade

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

SGSII – *Schedule of Growing Skills II*

SIP – Serviço de Internamento de Pediatria

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TAP – Triângulo de Avaliação Pediátrico

TIP – Transporte Inter-Hospitalar

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCEN – Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

ULS – Unidade Local de Saúde

URAP – Recursos Assistenciais Partilhados

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	12
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	15
1.1 A ESPERANÇA COMO DIMENSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA	15
1.2 A ESPERANÇA COMO PILAR NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA	20
2. REFERENCIAIS TEÓRICOS ORIENTADORES DO CUIDAR EM ENFERMAGEM	23
3. METODOLOGIA DE PROJETO	27
4. A ESSÊNCIA DO PERCURSO: ESPERANÇA, HUMANIZAÇÃO E COMPETÊNCIAS	29
4.1 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS	30
4.1.1 Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP no contexto da UCC	32
4.1.2 Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP no contexto da UCC	36
4.2 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS EM NEONATOLOGIA	42
4.2.1 Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP na UCEN	44
4.2.2 Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP na UCEN	47

4.3	PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	53
4.3.1	Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP no SIP	54
4.3.2	Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP no SIP	57
4.4	PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	60
4.4.1	Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP no SUP	62
4.4.2	Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP no SUP	66
5.	ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM	70
5.1	COMPETÊNCIAS DO EEESIP COM GRAU DE MESTRE	70
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
	APÊNDICES	82
	APÊNDICE I - Sessão de formação “Promoção da Esperança nos Cuidados à Criança e Família em contexto da IPI”	83
	APÊNDICE II - Plano de sessão de formação	94
	APÊNDICE III - <i>Flyer</i> informativo “Atividades Promotoras de Esperança”	96
	APÊNDICE IV - Instrumento de avaliação de sessão de formação	99
	APÊNDICE V - Projeto “Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da IPI”	101
	APÊNDICE VI - Documento informativo “Eu sou uma longa história...”	123
	APÊNDICE VII - <i>QR CODE</i> “Eu sou uma longa história...”	127
	APÊNDICE VIII - <i>QR CODE</i> “Uma aventura com a... Diabetes”	129

APÊNDICE IX - <i>QR CODE</i> “Um guia para pais, Diabetes tipo 1”	132
APÊNDICE X - Poster “Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem”	134
APÊNDICE XI - Instrumento de avaliação do poster “Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem”	136
APÊNDICE XII - Folhetos informativos	138
APÊNDICE XIII - <i>QR CODE</i> de folhetos informativos	143
ANEXOS	148
ANEXO I - Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil (SGSII)	149
ANEXO II - Certificado de formação profissional	154

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Avaliação de sessão de formação “Promoção da Esperança nos Cuidados à Criança e Família em contexto da IPI”	35
Gráfico 2 – Avaliação do Poster “Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem”	65

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge no contexto do 9º Curso do Mestrado em Enfermagem em Associação, na Universidade de Évora, no ano letivo de 2025/2026, proposto na Unidade Curricular Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com relatório. Esta associação engloba a Escola Superior de Saúde de Setúbal do Instituto Politécnico de Setúbal, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Castelo Branco, a Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre e Escola Superior de Saúde da Universidade do Algarve e a de acolhimento desta edição, a Escola Superior de Enfermagem São João de Deus da Universidade de Évora.

O mestrado assegura um nível aprofundado de conhecimento científico teórico-prático com principal finalidade o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem, promovendo a capacitação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica [EEESIP], para tomada de decisão e julgamento clínico, valorizando a prática baseada em evidência, sustentada na investigação científica e enquadrando os princípios deontológicos e éticos, garantindo segurança, respeito e dignidade com o objetivo fundamental na promoção de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Visando o contributo no avanço da Enfermagem, através de conhecimento e aprimoramento da formação em competências especializadas, promovendo a evolução e mudança contínua do EEESIP com compromisso científico (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, 2022).

Este relatório é um documento técnico-científico que visa descrever e refletir criticamente, bem como fundamentar de forma sistemática e aprofundada as intervenções especializadas realizadas ao longo dos contextos de estágio. Pretende-se evidenciar a consolidação e aplicação das competências adquiridas, tanto a nível das competências comuns do enfermeiro especialista [CCEE] como as específicas do EEESIP bem como as competências do grau de mestre (Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde, 2022). Para nortear a prática clínica nos vários contextos de estágio, inicialmente foi construído um projeto de intervenção em que a temática surgiu por interesse pessoal.

Ao longo do percurso profissional sempre nos tocou e impactou a fragilidade das

crianças/famílias em circunstâncias associadas a problemas de saúde e incertezas, revelando uma notável resiliência e força de espírito e sentimento de Esperança nas adversidades. A influência da Esperança apresenta um papel protetor na regulação emocional enquanto componente essencial na promoção, preservação e continuidade da vida, atenuando a ansiedade e o sofrimento. Essa influência está diretamente relacionada ao fortalecimento das expectativas parentais e à promoção do seu bem-estar psicológico, contribuindo para a sua adaptação e resiliência diante das adversidades (Carvalho et al., 2022). Desta forma, evidencia-se a relevância e a pertinência da realização de pesquisas que conduzam à identificação de estratégias do EEESIP na promoção de Esperança à criança e família.

O objetivo geral deste relatório é adquirir e desenvolver competências específicas, comuns do EEESIP e de Mestre na **Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família** como temática do projeto para implementação nos vários contextos.

Definiram-se como objetivos específicos do projeto de intervenção:

- Desenvolver competências específicas, comuns do EEESIP e de Mestre na promoção da Esperança à criança e família;
- Capacitar os profissionais de saúde para a promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e família;
- Desenvolver atividades/estratégias de enfermagem centradas na promoção da Esperança, ajustadas às necessidades específicas da criança e família.

Para a elaboração do presente relatório foi utilizada a metodologia descritiva, analítica e crítica, visando promover o desenvolvimento e a consolidação de CCEE, e as competências inerentes ao grau de mestre baseada em evidência científica.

No que respeita à estrutura do relatório, inicialmente será apresentada a introdução, em seguida um enquadramento teórico para contextualização e pertinência da Esperança como pilar nos cuidados de saúde à criança e família, abordando as teorias e modelos de enfermagem que sustentam o percurso desenvolvido.

Seguidamente, são apresentados e aprofundados a essência do percurso realizado e a implementação do projeto de intervenção nos vários contextos de estágio e as atividades desenvolvidas segundo a Metodologia de Projeto. Paralelamente, é efetuada uma análise reflexiva das competências e das aprendizagens adquiridas ao longo deste percurso, estabelecendo a articulação com as competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre desenvolvidas e consolidadas.

O relatório termina com as considerações finais, nas quais se destacam os contributos mais relevantes para a consolidação das competências adquiridas e para o desenvolvimento profissional futuro enquanto EEESIP.

Para a elaboração do presente relatório foram utilizadas as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde S. João de Deus - Universidade de Évora, bem como as Normas da *American Psychological Association* [APA], sétima edição.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A análise dos fundamentos teóricos e conceituais que alicerçam os cuidados de enfermagem revela-se imprescindível para a compreensão aprofundada do papel da Esperança na prática clínica. Antes de se abordar especificamente a importância deste conceito nos cuidados dirigidos à criança e família, torna-se pertinente contextualizar o seu enquadramento no âmbito da enfermagem pediátrica especializada. Esta fundamentação teórica oferece o suporte para a intervenção do enfermeiro especialista, promovendo uma atuação consciente, fundamentada e centrada nas necessidades da pessoa em contexto de saúde-doença.

1.1 A ESPERANÇA COMO DIMENSÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA

O cuidar em enfermagem baseia-se numa relação interpessoal que permite a troca de emoções, tornando essencial a gestão consciente desses sentimentos pelo enfermeiro, a fim de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados (Martinho & Diogo, 2020).

Os cuidados voltados para a promoção da Esperança tornam-se especialmente importantes, considerando a natureza das adversidades, as limitações e os desafios diários relacionados com a gestão dos problemas, o cumprimento de tratamentos e a disponibilidade de cuidados de saúde e recursos.

A Esperança tem vindo a gerar interesse progressivo por vários autores, sendo reconhecida como um fator psicológico protetor que favorece o conforto e a capacitação da pessoa em momentos críticos, contribuindo para a promoção de saúde e alcance de objetivos reais (Maravilha et al., 2021).

De acordo com Querido e Charepe (2023), a Esperança é considerada uma dimensão da

espiritualidade, fundamental para enfrentar desafios de saúde. É vista como multidimensional e dinâmica, comparada a uma força vital, essencial à vida, personalizada e orientada para o futuro. Além disso, constitui um elemento promotor de empoderamento psicossocial, correlacionado com o suporte externo, sendo essencial no processo de saúde e doença (Henriques et al., 2023).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2019), descreve a Esperança como “emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros ou no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e vontade de viver, paz interior e otimismo, associados ao estabelecimento de objetivos e mobilizar energia”.

A Esperança é considerada única para cada indivíduo e, por isso, pode ser influenciada por fatores externos. É vista como uma força em constante movimento, voltada para o futuro, marcada por uma expectativa confiante, embora incerta de alcançar um objetivo positivo que a pessoa considere realista e significativo, tem vindo a tornar-se cada vez mais reconhecida na prestação de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde e famílias, destacando-se a importância de intervenções que promovam a Esperança diante das dificuldades enfrentadas pelos pais (Carvalho et al., 2022).

A sociedade espera que os pais desempenhem um papel ativo no cuidado dos filhos ao longo de uma fase importante da vida, proporcionando-lhes condições que favoreçam um crescimento equilibrado e um desenvolvimento cognitivo saudável. Este conjunto de comportamentos pode contribuir para a saúde e o bem-estar das crianças, evitando que o seu desenvolvimento físico e emocional gere dificuldades futuras, tanto na saúde quanto na vida social (OE, 2011).

A parentalidade representa um processo de crescimento emocional que implica uma reorganização psicológica e afetiva dos pais, orientada para responder às necessidades físicas, emocionais e mentais da criança (Amaral, 2023). Este processo traduz-se num conjunto de comportamentos e responsabilidades inerentes ao papel parental, com o objetivo de promover o desenvolvimento saudável e o bem-estar da criança, assumindo os cuidados próprios de ser mãe ou pai (Amaral, 2023). A família é a principal responsável por garantir o cuidado contínuo

e integral da criança, atendendo às suas necessidades. O incremento dos níveis de Esperança ajuda os pais a lidar com a tensão entre a possibilidade de perda e a sobrevivência da criança, permitindo-lhes aceitar a incerteza, reencontrar um sentido de normalidade e dar um novo significado às suas experiências (Carvalho et al., 2022).

Segundo a evidência científica, a Esperança tem ganho significativo reconhecimento em enfermagem pelo seu potencial numa variedade de domínios entre os quais a influência no *coping* [processos de enfrentamento] especificamente em tempos de incerteza, sofrimento e perda (Magão, 2000). As estratégias de *coping* adotadas pelos pais são fundamentais, não só porque influenciam a sua forma de reagir e de resolução de problemas bem como servem de exemplo de apoio e segurança para os filhos (Magão, 2000).

O estudo de Henriques et al. (2023), identifica vários fatores promotores e ameaçadores da Esperança nos cuidados à criança, evidenciando a importância do enfermeiro, no reconhecimento e intervenção nesta dimensão durante a hospitalização. Os fatores promotores da Esperança evidenciados segundo Henriques et al. (2023), referem o apoio social e emocional de amigos, familiares e profissionais de saúde que transmitem segurança e encorajamento; a espiritualidade e fé que sustentam o otimismo e permitem reinterpretar o sofrimento; a melhoria do estado de saúde que reforça a perceção do progresso e a orientação para o futuro, associada ao potencial de autonomia e qualidade de vida.

Como obstáculos à Esperança, destacam-se fatores que ameaçam, nomeadamente relações familiares conflituosas que geram sofrimento e impotência, a descrença dos familiares e profissionais quanto à evolução da criança, a incerteza e o medo do futuro associado à gravidade da doença e à possibilidade de perda, bem como dúvidas quanto à capacidade de autonomia, agravadas pela sobrecarga emocional, física e económica (Henriques et al., 2023).

O enfermeiro deve considerar a criança de forma integral, reconhecendo que ela está num ambiente muitas vezes desconhecido. Por isso, é essencial que a sua intervenção inclua estratégias para reduzir fatores de stress e proporcionar um ambiente mais acolhedor e seguro (Martinho & Diogo, 2020). A intervenção do enfermeiro deve ir além das necessidades clínicas, integrando as dimensões emocionais e relacionais da criança. Reconhecer que a criança está

profundamente ligada ao seu contexto familiar torna essencial a adoção de abordagens que valorizem a participação ativa da família no processo de cuidar.

Entre os modelos contemporâneos de enfermagem, destacam-se o Cuidado Centrado na Família, que considera a criança como parte integrante do seu núcleo familiar, bem como o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, no qual os profissionais de saúde incentivam a participação ativa dos pais nos cuidados à criança. A organização dos cuidados é efetuada em função das habilidades e o nível de envolvimento desejado pelos pais. Neste modelo, pais e profissionais trabalham juntos de forma equilibrada, compartilhando responsabilidades, negociando cuidados e tomando decisões em conjunto (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Segundo a OE (2017), o Modelo de Parceria de Cuidados representa uma estrutura de prestação de cuidados de enfermagem pediátrica, na qual os pais são reconhecidos como parceiros ativos e se lhe atribui competências no cuidado da criança. Para Mendes e Martins (2012), a parceria constitui um processo dinâmico de colaboração entre profissionais de saúde e família, baseado na confiança, no respeito mútuo, na partilha de conhecimentos, responsabilidades e poder, com vista à prossecução de objetivos comuns e à participação ativa de todos os intervenientes. Tendo importância relevante, a negociação da parceria de cuidados e o respeito pela tomada de decisão dos pais, reconhecendo e valorizando as suas habilidades e competências, considerando-os como os melhores prestadores de cuidados dos filhos (Mendes & Martins, 2012).

A Esperança como conceito multidimensional e individualizado procura que os cuidados de saúde prestados à criança e família sejam desenvolvidos a partir de uma abordagem holística e humanizada. Neste sentido, a Teoria do Cuidado Humano surge como referencial pertinente, ao propor uma perspetiva de cuidado que integra as dimensões biológica, psicológica, social e espiritual, permitindo uma atuação que vai além dos aspetos meramente físicos da condição da saúde. Desta forma, contribui para a promoção da integralidade entre mente, corpo e espírito, evidenciando a sua relevância significativa para a prática da enfermagem (Dias, T. et al., 2023).

A Enfermagem, enquanto profissão integrante do sistema de saúde, assume uma posição fundamental, uma vez que mantém um contacto direto de proximidade com a criança e família

ou com outro acompanhante significativo para a criança. Numa procura contínua de melhor qualidade de cuidados prestados, a OE definiu Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem que regulam os enfermeiros, tendo como foco de intervenção os cuidados de enfermagem promotores da qualidade, atendendo à satisfação da criança e família, promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado, a adaptação às condições de saúde e a máxima eficácia na organização dos cuidados (OE, 2017).

No que respeita ao EEESIP, este detém competências para prestar cuidados especializados, seguros e de elevada qualidade à criança saudável ou doente, bem como promover a educação para a saúde e mobilizar recursos de suporte necessários à família/pessoa significativa. O trabalho em parceria com a criança/família é fundamental em qualquer contexto em que ela se encontre (OE, 2017).

Os cuidados de enfermagem em pediatria, pela sua especificidade, exigem que o enfermeiro desenvolva competências que lhe permitam responder, de forma segura e diferenciada, às necessidades e particularidades da criança, estabelecendo uma parceria efetiva com os pais e a família. Na parceria, destaca-se não apenas o papel fundamental dos pais no desenvolvimento integral da criança, mas também na evolução do próprio cuidado prestado. Assim, a parentalidade é valorizada como parte essencial desse processo (Mendes & Martins, 2012).

Neste sentido, o enfermeiro especialista [EE] é um profissional reconhecido pela sua competência científica, técnica e humana, capacitado para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem. De acordo com o regulamento das competências comuns do EE, este assume competências comuns que são inerentes a todos os EE, independentemente da sua área de especialidade, evidenciadas pela capacidade avançada de gestão, supervisão e planeamento dos cuidados, bem como um suporte ao exercício profissional através de formações, investigação e assessoria. As competências específicas do EE encontram-se relacionadas com a resposta humana diante dos processos de vida e dos problemas de saúde, dentro do campo de atuação específico de cada especialidade. Demonstrando um elevado grau de capacidade de adaptação dos cuidados de forma precisa às necessidades de saúde de cada pessoa (OE, 2019).

1.2 A ESPERANÇA COMO PILAR NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA

Segundo a OE (2017), o EEESIP tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e fundamentados em evidência científica, garantindo a segurança, competência e qualidade nos cuidados à criança, seja saudável ou doente, independentemente do contexto em que se encontrem, seja em hospitais, unidades de cuidados primários, escolas, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados ou domicílio.

Na área de Saúde Infantil e Pediátrica, como referido no Regulamento de Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem (OE, 2017), o EE depara-se com grandes desafios de forma crescente e com cuidados de grande complexidade, entre os quais o aumento da prevalência de crianças com doenças crónicas. Esta realidade requer por parte do enfermeiro uma abordagem ampla e diferenciada dirigidos à criança e família com foco na promoção da saúde, melhoria do bem-estar e autocuidado e na prevenção de eventuais complicações.

A OE (2011), caracteriza a Esperança como multidimensional, central à vida, empoderadora, dinâmica, cuidada, personalizada e com foco futuro. Torna-se relevante compreender de que modo o EEESIP pode contribuir para a promoção da Esperança nos cuidados prestados à criança e família nos diferentes contextos de saúde, quer em situações de saúde quer em situações de doença e maior complexidade. Os pais, perante circunstâncias novas e desconhecidas, experienciam sentimentos de vulnerabilidade, decorrentes do desconhecimento, da incerteza e da insegurança face às exigências impostas pela nova situação (OE, 2011).

Num contexto de hospitalização e/ou doença, a parentalidade pode enfrentar desafios significativos, manifestados através de sofrimento, dor, ansiedade e medo, que são reações naturais a circunstâncias aversivas. No contexto de hospitalização infantil, os pais podem experienciar uma crise de identidade parental, decorrente da incerteza quanto ao seu papel e às expectativas dos profissionais de saúde relativamente a eles (OE, 2011). Os processos de saúde-doença vivenciados por estas famílias acarretam necessidades de ajustes na sua vida quotidiana

(Amaral, 2023).

A hospitalização de uma criança pode fragilizar a família no desempenho dos seus papéis parentais, uma vez que os enfermeiros assumem muitas das funções que antes eram realizadas pelos pais. Isso pode causar sentimentos de tristeza e frustração, tornando essencial que os pais sejam envolvidos no processo de hospitalização. A sua participação nos cuidados da criança ajuda a reduzir a ansiedade e contribui para o bem-estar durante esse período de transição (Pedroso, 2017).

Magão (2000) afirma que, embora as diferenças entre as doenças sejam importantes, é possível adotar uma abordagem psicossocial que englobe um conceito geral de doença crónica, entendida como uma condição de longa duração que exige um processo contínuo de adaptação da criança e da família às alterações impostas pela doença e pelo seu tratamento. Isso ocorre porque as condições partilham características que têm um impacto significativo na experiência subjetiva da criança e dos seus familiares, como, o ser indesejável, incontroável, com consequências imprevisíveis, afastamento temporário da família, amigos, casa, escola, perdas permanentes e/ou temporárias de funcionalidades e perigo ou risco de vida.

A intervenção da promoção da Esperança parental de maneira realista, personalizada e significativa é pertinente, tendo em consideração as expectativas de cada pai e mãe, não se limitando somente ao controlo clínico da doença. É essencial uma abordagem integrada, multidisciplinar, em que a criança e família são considerados parte integrante da equipa de saúde (Magão, 2000). Perante o inesperado diagnóstico/prognóstico verifica-se que os pais experienciam diversos sentimentos e desafios de adaptação a uma nova realidade, e somos nós profissionais de saúde que melhor podemos intervir e apoiar estes pais na incerteza do amanhã, que, por conseguinte, anda de mão dada com a Esperança, que se constrói diariamente (Magão, 2017).

A hospitalização da criança é marcada por mudanças físicas, emocionais e sociais de elevada complexidade, que afetam tanto a criança como a família. Neste contexto, a Esperança assume-se como um recurso de proteção e terapêutico, essencial quando se deparam com a doença e na manutenção do equilíbrio psicológico. A promoção da Esperança deve ser

considerada uma intervenção de enfermagem integrada no cuidado holístico à criança e família. O fortalecimento deste sentimento permite transformar a dor em resiliência, o medo em confiança e a incerteza em possibilidade, suportando o processo de recuperação e adaptação perante a doença (Henriques et al., 2023).

Na ocorrência de hospitalização, observa-se a manifestação de respostas emocionais e comportamentos distintos daqueles apresentados em ambiente domiciliar, influenciadas pelas restrições e normativas inerentes à rotina hospitalar. Tais condições tendem a reduzir a autonomia dos familiares, podendo gerar sentimentos de impotência, perda de identidade e limitação na capacidade de tomada de decisão. Essa situação pode agravar-se pela resistência por parte de profissionais em partilhar o cuidado, restringindo-o ao indivíduo acometido por doença, o que compromete a integralidade e a humanização do processo dos cuidados de saúde (Mendes et al., 2022).

No exercício dos cuidados de enfermagem, o EEESIP deve estabelecer uma comunicação efetiva que promova a saúde da criança e família, visando à maximização do bem-estar e satisfação das suas necessidades ao longo das diferentes fases do desenvolvimento. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e sujeito a variações ao longo do tempo (OE, 2017). Tornando-se essencial a otimização do bem-estar nas várias dimensões, física, psicológica, intelectual, social e espiritual, possibilitando que a criança alcance plenamente o seu potencial, considerando a interdependência com os pais e a família (OE, 2017).

2. REFERENCIAIS TEÓRICOS ORIENTADORES DO CUIDAR EM ENFERMAGEM

Considerando a perspetiva do ser humano como um ser multidimensional no processo de Cuidar, a Teoria dos Cuidados Humanos de Jean Watson tem sido amplamente adotada como referencial teórico em diversas investigações, revelando-se benéfica para a prática clínica, produção científica e a formação profissional. Apesar de sua complexidade e elevado nível de abstração, esta contribui significativamente para o aprofundamento do conhecimento em saúde (Watson, 2012).

A Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson assume particular relevância na promoção da Esperança nos cuidados de saúde dirigidos à criança e família, esta é uma teoria de enfermagem amplamente reconhecida, destacando a interação terapêutica entre o enfermeiro e o doente, reforçando o cuidado como fundamental e central na prática de enfermagem (Tomey, 2004). A Teoria do Cuidado Humano alicerça-se no princípio do cuidado como elemento essencial da enfermagem, considerando a integralidade do ser humano ao integrar dimensões cognitivas, físicas e espirituais (Watson, 2012). Além disso, constitui um referencial que promove o fortalecimento da relação interpessoal e contribui para a criação de um ambiente de cuidado e de cura, sustentado nas relações transpessoais estabelecidas entre o enfermeiro e a pessoa (Watson, 2012). Desta forma, esta teoria permite ao enfermeiro proporcionar um cuidado holístico e humanizado, centrado nas necessidades da pessoa. A literatura aponta que a aplicação do referencial teórico de Watson promove uma prática pautada na dignidade e humanização (Watson, 2012).

No ano de 2005, a autora Jean Watson integrou à sua estrutura teórica o Processo Clinical Caritas [PCC], consolidando uma abordagem que articula a formação em enfermagem com valores éticos e humanísticos fundamentais no cuidado (Konzen et al., 2024).

Segundo Riegel et al. (2018), Watson desenvolveu dez fatores caritativos que refletem

necessidades específicas inerentes à experiência humana, devendo ser reconhecidos e operacionalizados na prática profissional de enfermagem:

- Acolher com amor, gentileza e serenidade, fundamentada na consciência do cuidado;
- A presença autêntica do profissional, com fortalecimento e sustentação do sistema de crenças e do mundo subjetivo do indivíduo cuidado;
- A cultura de práticas espirituais e do “eu transpessoal”, promovendo a superação do ego e a abertura ao outro com sensibilidade e compaixão;
- O desenvolvimento e manutenção de relações de ajuda e confiança, baseadas na autenticidade do cuidado;
- A presença ativa no apoio à expressão de sentimentos positivos e negativos, favorecendo uma conexão profunda entre o profissional e o indivíduo cuidado;
- Cocriar diferentes formas de conhecimento do saber-fazer, integradas no processo do cuidado como expressão da arte de cuidar;
- O envolvimento em experiências que promovam aprendizagem, respeitando a unidade do ser e os seus significados, com foco na perspectiva do outro;
- A criação de um ambiente de cuidado em diferentes níveis — físico, energético e de consciência — que promova totalidade, beleza, conforto, dignidade e paz;
- O apoio nas necessidades básicas com intencionalidade e consciência de cuidado, favorecendo o alinhamento entre corpo, mente, espírito e a unidade do ser;
- A atenção à dimensão espiritual e existencial da vida e da morte.

A mobilização dos princípios da Teoria do Cuidado Humano na prática clínica constitui um referencial orientador da intervenção do enfermeiro, sustentando uma abordagem centrada na pessoa e na relação terapêutica. A aplicação desta teoria favorece o desenvolvimento de competências fundamentais para o cuidar, nomeadamente a sensibilidade, o compromisso, a interação, a compaixão e a empatia. Evidencia-se que a espiritualidade integra, de forma disciplinar e multidimensional, a ligação entre o físico e o espiritual, promovendo a fé. Estes aspetos contribuem para o fortalecimento do respeito pelo doente e evidenciam a relevância de uma presença autêntica no processo de cuidado (Afonso et al., 2025).

Os cuidados prestados pelo EEESIP baseiam-se na filosofia de cuidados da enfermagem pediátrica, centrados nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar, demonstrando a importância dos cuidados centrados na família. A filosofia da Parceria de Cuidados de Anne Casey constitui-se como um referencial relevante na enfermagem, ao sustentar a construção de uma colaboração eficaz entre os pais e os enfermeiros, visando garantir cuidados à criança que sejam prestados com elevada qualidade e centrados na humanização (OE, 2017).

O Modelo de Parceria de Cuidados, aplicado ao contexto da enfermagem pediátrica, remontam a 1988. Neste período, Anne Casey introduziu o conceito de participação parental nos cuidados à criança hospitalizada, contribuindo para o desenvolvimento de uma abordagem estruturada com implicações na prática clínica, ensino e na investigação em enfermagem (Sousa et al., 2023). Este Modelo emergiu, assim, na tentativa de conceptualizar e sistematizar a prática, com base no processo de negociação e no respeito pelas necessidades, valores e preferências da família (Sousa et al., 2023).

É um modelo de enfermagem pediátrica que enfatiza a participação ativa dos pais no cuidado à criança, promovida pelos profissionais de saúde. O planeamento dos cuidados é estruturado considerando as competências e o nível de envolvimento desejado pelos pais. Este Modelo alicerça-se em princípios e valores que reconhecem os pais como cuidadores primários, valoriza a sua experiência e participação ativa no processo de cuidados, promovendo uma abordagem colaborativa e centrada na criança (Mendes & Martins, 2012). O modelo promove uma relação colaborativa e equitativa entre profissionais de saúde e familiares, na qual ambos compartilham responsabilidades, negociam intervenções e tomam decisões de forma conjunta, visando um cuidado centrado na família e na criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Pelo que, a relação de parceria de cuidados afirmar-se como equitativa, dinâmica e flexível, permitindo que a criança e a família sejam integradas na prestação de cuidados de forma individualizada ou numa perspetiva multidimensional. A operacionalização deste processo ocorre por meio da relação estabelecida/terapêutica entre a díade criança-cuidador e a equipa de enfermagem, possibilitando, ainda, a participação de outros membros da família na assistência prestada (OE, 2017).

A hospitalização da criança constitui um evento crítico no contexto da transição para a parentalidade, podendo comprometer o exercício das competências parentais. Neste contexto, compreender a condição clínica da criança e as suas especificidades exige dos pais a capacidade de gerir a incerteza, adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências que lhes permitam adaptar-se às exigências da nova realidade. Em determinadas situações, este processo implica ainda a reconstrução de significados atribuídos à própria experiência de vida (Sousa et al., 2023).

A evidência científica aponta que a parceria de cuidados entre enfermeiros e pais, em contexto hospitalar pediátrico, constitui uma estratégia fundamental para a otimização dos resultados na saúde da criança. Atualmente, este modelo colaborativo é amplamente reconhecido e valorizado por ambos os intervenientes, sendo crescentemente exigido na prática clínica, em virtude dos múltiplos benefícios já documentados na literatura (Sousa et al., 2023).

Enquanto futura EEESIP, pretendo manter um compromisso contínuo com excelência no exercício profissional, promovendo cuidados de enfermagem especializados, humanizados e centrados na criança e na família. Este compromisso visa contribuir para a capacitação da criança e da família na gestão das situações identificadas, promovendo o seu bem-estar e a sua participação ativa no processo de cuidados. Este propósito encontra suporte no Regulamento das Competências Específicas do EEESIP, que preconiza a prestação de cuidados orientados para elevados níveis de satisfação da criança e da família, valorizando a parceria com os pais, cuidadores informais ou pessoas significativas como elemento essencial do processo de cuidar (OE, 2017).

3. METODOLOGIA DE PROJETO

Como suporte metodológico consideramos a Metodologia de Projeto para a implementação do projeto. Esta metodologia, segundo Ruivo et al. (2010) recorre a um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar aspetos reais, permitindo identificar, orientar e delinear o trajeto dos intervenientes durante a elaboração do projeto. Este tem como base a investigação focada num problema identificado em contexto real e na implementação de intervenções e estratégias com o objetivo de contribuir para a sua resolução. É transversal a esta metodologia a reflexão na pesquisa científica para a promoção da prática baseada em evidência científica, juntamente com as capacidades e competências desenvolvidas, desenvolvendo-se um suporte teórico para se aplicar na prática. Esta prevê uma mudança no seu processo final, neste sentido os projetos encontram-se ligados a grandes metas que se pretende atingir (Ruivo et al., 2010).

Esta metodologia encontra-se estruturada de forma a dar resposta a uma necessidade previamente identificada, considerado pertinente ou preocupante pelo interveniente, promovendo o envolvimento ativo do sujeito no processo. Tem como finalidade central a resolução de problemas, sendo entendida, segundo Guerra (1994), como uma abordagem metodológica de natureza investigativa, orientada para a identificação e solução de problemáticas. A metodologia apresenta cinco fases: diagnóstico de situação, em que se faz o levantamento de problemas, a definição de objetivos, a planificação de atividades e estratégias, em que é realizado um plano detalhado de atividades e estratégias por forma a atingir o objetivo delineado, a execução do planeamento e a avaliação e a divulgação de resultados (Ruivo et al., 2010).

A fase de Diagnóstico de Situação, esta etapa inicial do projeto, centra-se na recolha e análise sistemática de informação importante no contexto específico, de forma a identificar problemas reais e necessidades. Esta remete para a observação e avaliação de necessidades ou problemas identificados com objetivo na sua resolução. É caracterizada por se encontrar em permanente atualização, portanto um processo dinâmico e contínuo, desta forma é imprescindível que esta fase seja célebre de forma a possibilitar uma intervenção rápida e aprofundada para uma implementação em tempo útil (Ruivo et al., 2010). Para a Identificação

e Definição de problemas é necessário a utilização de instrumentos para o seu diagnóstico, entre os métodos frequentemente utilizados existem, questionário, entrevista, análise *SWOT*, Cadeia de Valores e *Stream Analysis* (Ruivo et al., 2010).

A Definição dos Objetivos, esta fase do processo inclui o trajeto para os resultados pretendidos. Estes são metas antecipadoras com foco na determinação de objetivos gerais ou específicos por forma a se obter uma complexidade maior diminuindo a subjetividade. A definição dos objetivos deve seguir critérios importantes, tais como clareza, em número reduzido, mensuráveis e de linguagem concisa e explícita (Ruivo et al., 2010).

A Execução do Planeamento é a fase em que é elaborado um plano do projeto, sendo verificados os recursos existentes e necessários, inteiramente relacionados com os objetivos inicialmente definidos. É realizada a ideação e elaboração de estratégias e/ou atividades inovadoras a desenvolver num período, sendo alguns exemplos como realização de sessões, protocolos, normas, folhetos informativos, atividades em grupo educativas, entre outras, definindo meios para a elaboração de um cronograma (Ruivo et al., 2010). A fase da execução consiste em concretizar, na prática, o que foi previamente planeado (Ruivo et al., 2010).

Por fim a última fase, a Avaliação que é realizada em simultâneo com a fase de Execução. Esta etapa permite monitorizar a implementação do projeto, analisar os resultados obtidos e verificar o grau de concretização dos objetivos inicialmente definidos. Para que a avaliação seja rigorosa, é fundamental recorrer a instrumentos de avaliação adequados aos objetivos e aos indicadores estabelecidos, possibilitando a recolha de informação pertinente e fiável para a análise dos resultados. A seleção dos instrumentos deve atender à natureza da informação que se pretende obter, podendo recorrer-se a métodos quantitativos, qualitativos ou à sua complementaridade, de acordo com as necessidades do projeto (Ruivo et al., 2010).

Assim, esta metodologia irá possibilitar compreender a realidade experienciada pela criança/família em cada contexto de estágio, permitindo uma planificação mais eficaz para a implementação de intervenções/atividades direcionadas, visando a transformação e a melhoria da saúde através da promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e família.

4. A ESSÊNCIA DO PERCURSO: ESPERANÇA, HUMANIZAÇÃO E COMPETÊNCIAS

O presente percurso, vivenciado no âmbito do Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [ESIP] foi marcado por experiências desafiantes, conhecimento e desenvolvimento de competências. O motor do cuidado prestado foi fundamentado na Esperança, na competência científica e na humanização como essência da relação terapêutica. Cada criança e família que contactámos contribuiu para a consolidação da visão sobre o que é ser EEESIP, ou seja, alguém que presta cuidados de saúde pediátricos com empatia, escuta e presença.

O percurso da prática clínica foi realizado em diferentes contextos, com o objetivo de promover a Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família ao implementar o projeto de intervenção. Abordaremos sumariamente a metodologia de trabalho de projeto, descrevendo os diferentes contextos de estágio, os objetivos específicos de cada contexto, os diagnósticos de situação e as atividades desenvolvidas, bem como a análise reflexiva das competências comuns e específicas do EEESIP e de mestre em enfermagem.

Serão evidenciados, transversalmente a todos os contextos de estágio, os seguintes objetivos:

- Adquirir e desenvolver competências específicas, comuns do EEESIP e de Mestre na promoção da Esperança à criança e família;
- Capacitar os profissionais de saúde para a promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e família;
- Desenvolver atividades/estratégias de enfermagem centradas na promoção da Esperança, ajustadas às necessidades específicas da criança e família;

4.1 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

Os Cuidados de Saúde Primários [CSP] constituem a resposta na primeira linha para a população ao Serviço Nacional de Saúde. Este é um contexto onde se desempenham funções cruciais na prestação dos cuidados de saúde e de ligação e articulação com outros serviços para garantir a continuidade de cuidados ao longo do ciclo vital, desde o nascimento até à morte, bem como na promoção da saúde e prevenção da doença (OE, 2008).

Os Agrupamentos de Centros de Saúde [ACES] constituem serviços de saúde compostos por várias unidades funcionais: Unidade de Saúde Familiar [USF], Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP], Unidade de Cuidados à Comunidade [UCC], Unidade de Saúde Pública [USP], Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP] tendo como missão garantir os cuidados de saúde primários à população de uma determinada área geográfica (Administração Regional de Saúde do Algarve, s.d.).

A escolha do contexto da prática clínica na UCC foi motivada pela necessidade e pela oportunidade de conhecimento da realidade de intervenção de enfermagem no âmbito comunitário.

A prática clínica na UCC foi realizada num período de oito semanas, de 22 de abril de 2025 a 20 de junho de 2025, com a supervisão de um EEESIP, com pausa letiva de 26 de maio a 30 de maio. No seguimento, é apresentado o diagnóstico de situação deste contexto, os objetivos perspetivados e as atividades realizadas.

A UCC, unidade funcional constituinte da reforma dos CSP iniciada em 2006, tem como missão:

“Contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde (...) presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente

às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde (...)" (Despacho n. °10143, p.15438)

A UCC concentra a sua atuação prioritária em diversas áreas de intervenção, nomeadamente: a identificação das necessidades de saúde da comunidade; a promoção da saúde e a prevenção da doença, através do desenvolvimento de programas como o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE]; o apoio a pessoas, famílias e grupos em situação de maior vulnerabilidade ou expostos a fatores de exclusão social, pobreza, violência ou negligência, incluindo a intervenção precoce na infância e a articulação com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ]; e a prestação de cuidados no domicílio, no âmbito da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados [RNCCI] (Ministério da Saúde, 2009).

Os cuidados prestados de forma integrada e proximidade às necessidades de saúde da população na UCC são realizados por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas, educadores entre outros profissionais de acordo com as necessidades e a disponibilidade de recursos. A UCC articula-se frequentemente com instituições públicas: câmaras municipais, agrupamento de escolas do concelho, da Segurança social, hospitais, instituições particulares de solidariedade social [IPSS] Guarda Nacional Republicana e corporação de bombeiros (OE, 2008).

Relativamente à promoção da saúde, a UCC desenvolve diversos projetos e atividades, destacando-se a Equipa Local de Intervenção [ELI] integrada no Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI], a Saúde Escolar, através do Gabinete de Apoio ao Aluno e à Família [GAAF], o programa de Preparação para o Nascimento e Parentalidade [PNP], o Cantinho de Amamentação e o Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil [GASMI] (Regulamento interno da ULS).

No âmbito da proteção da criança e do jovem em risco, foi identificado o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco [NACJR] que articula diretamente com a CPCJ.

O EEESIP desempenha um papel determinante na garantia de cuidados de saúde de qualidade à criança e à família, detentor de conhecimentos e competências especializadas para intervir em situações de maior complexidade, bem como na consulta de enfermagem de vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil. Para tal, mobiliza competências técnicas, científicas e relacionais que lhe permitem prestar cuidados individualizados e adequados à criança e à família, quer em situações de saúde, quer em situações de doença (OE, 2017). A equipa de enfermagem da UCC é composta por dois enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediatria e por um enfermeiro especialista em saúde materna e obstetrícia e oito enfermeiros generalistas.

4.1.1 Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP no contexto da UCC

No âmbito do estágio, procedemos inicialmente ao diagnóstico de situação através da realização de uma reunião com a enfermeira gestora do serviço e a enfermeira especialista orientadora. Foram apresentados os objetivos de estágio propostos para o contexto da UCC e foram discutidos com as mesmas.

Complementarmente, recorremos à observação direta e à entrevista informal, o que permitiu a identificação das necessidades do serviço, nomeadamente aquelas expressas pela enfermeira gestora.

Após o levantamento das necessidades e em articulação com os profissionais envolvidos, foi definida como área de intervenção prioritária a promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e família, no âmbito do programa de Intervenção Precoce na Infância [IPI].

Esta decisão fundamentou-se, igualmente, no facto de a enfermeira especialista orientadora integrar a ELI do SNIPI.

A IPI caracteriza-se por uma equipa transdisciplinar de profissionais (educadores, enfermeiros, assistentes sociais, terapeuta da fala e ocupacional, psicólogos e fisioterapeutas)

com objetivo de providenciar suporte e recursos às famílias de crianças entre os 0 e 6 anos de idade que apresentam atraso no desenvolvimento, incapacidades ou risco grave de atraso de desenvolvimento decorrente de fatores biológicos e/ou ambientais (Diário da República, 2009).

Foram definidos os seguintes objetivos específicos no contexto da UCC:

- Desenvolver competências do EEESIP na promoção da Esperança à criança e família em contexto da IPI;
- Desenvolver atividades/estratégia que promovam a Esperança da criança e família no contexto da IPI;
- Promover parceria ativa com a criança e família, reforçando as suas competências e tomada de decisão partilhada;

Para atingir os objetivos delineados anteriormente e dar resposta às etapas da metodologia de projeto planeamos a execução das seguintes atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica para expor informação com evidência científica no desenvolvimento do relatório.
- Realizar um plano de sessão de formação e divulgar no serviço;
- Realizar sessão de formação com o tema “Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da IPI” dirigido à ELI;
- Realizar um *flyer* informativo sobre a “Atividades Promotoras de Esperança” para ser entregue à ELI;
- Elaborar um instrumento de avaliação da sessão de formação para ser entregue à ELI no final da sessão;
- Elaborar um projeto para o serviço com o tema “Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da IPI”;

Com o propósito de desenvolvimento de competências e implementação do projeto de intervenção foi iniciada a atividade da sessão de formação com o tema “Promoção da Esperança nos Cuidados à Criança e família em contexto da IPI”, que teve como objetivos:

- Demonstrar o contributo da promoção da Esperança na IPI;
- Explorar estratégias práticas e atividades para fomentar a Esperança no contexto da IPI, de forma à maximização do desenvolvimento infantil;

A sessão foi apresentada no final da reunião semanal da equipa, realizada na UCC, contando com a presença de dez profissionais de saúde (Apêndice I).

Na fase de planeamento e implementação, recorremos ao método expositivo e interativo, com recurso a suporte informático, nomeadamente computador, diapositivos, projetor. O plano da sessão foi elaborado e a sua divulgação no serviço foi assegurada (Apêndice II).

Como complemento à sessão, foi desenvolvido e distribuído um *flyer* informativo, contendo estratégias promotoras de esperança, com o objetivo de apoiar os profissionais de saúde da ELI na sua prática junto das crianças e famílias (Apêndice III).

Paralelamente, tivemos a oportunidade de desenvolver estratégias para a promoção de Esperança nos cuidados à criança e família em contexto da ELI, durante as consultas de intervenção de enfermagem, através do estabelecimento e/ou reforço da relação terapêutica, do empoderamento familiar e da utilização de uma comunicação baseada na escuta ativa e na positividade, incluindo a orientação para estratégias a aplicar no domicílio.

A fase de avaliação da sessão de formação foi conseguida através da aplicação de um questionário pós-sessão, constituído por 9 questões, em formato online [*Google Forms*] disponibilizado à equipa da ELI (Apêndice IV).

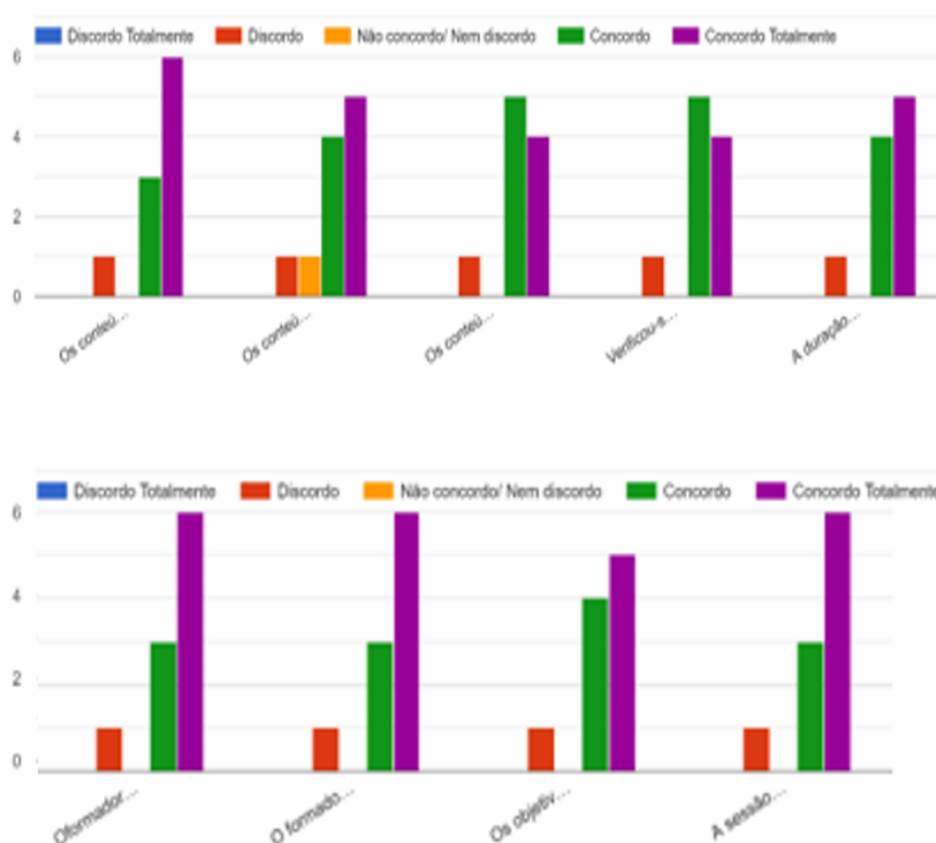
No término da sessão de formação, promoveu-se um momento de discussão em grupo, sob a forma de debate, no qual os participantes evidenciaram abertura à implementação das estratégias promotoras de esperança apresentadas. A enfermeira orientadora destacou a forma clara e assertiva de transmissão do tema e a pertinência e sua importância no contexto da IPI.

Após procedermos à análise das respostas ao questionário de avaliação da sessão, evidenciou-se uma avaliação global bastante positiva dos 12 profissionais inquiridos. Os participantes demonstraram concordância total relativamente à relevância e clareza dos

conteúdos apresentados. O conteúdo foi considerado pertinente, útil para a prática profissional e fundamentado em evidência científica, com predominância de respostas de concordância.

Relativamente aos métodos utilizados, os participantes concordaram. No que concerne à duração da sessão, à forma de apresentação, ao domínio e clareza na exposição dos conteúdos, bem como o relacionamento estabelecido por parte do formador, registou-se o n= 6 concordância total. Concordaram totalmente quanto à concretização dos objetivos e à aquisição e consolidação de conhecimentos sobre o tema o n= 5 inquiridos.

Gráfico 1: Avaliação de sessão de formação “Promoção da Esperança nos Cuidados à Criança e Família em contexto da IPI”



Na sequência do trabalho desenvolvido, e a pedido da enfermeira coordenadora da UCC, foi elaborado um projeto integrado no contexto da UCC. Foi realizado um projeto com o tema: “Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da IPI” com vista à sua futura implementação na IPI da UCC (Apêndice V).

4.1.2 Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP no contexto da UCC

Para este contexto clínico, estabeleceram-se objetivos e análise reflexiva das competências do EEESIP na referida área de intervenção. Pretendeu-se conhecer os mecanismos de articulação entre a comunidade e a UCC, bem como a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e competências para uma atuação enquanto EEESIP nos diferentes projetos da UCC.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2018), estão definidas as competências específicas do EEESIP:

- a) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”;
- b) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”;
- c) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”.

Sendo a criança naturalmente dependente e progressivamente autónoma, o foco do cuidado do EEESIP é na relação da criança/família, tendo como objetivo a parceria de cuidados promotores de saúde. Essa parceria visa apoiar o exercício da parentalidade e a gestão do regime diário da criança.

No âmbito do programa da IPI, foi-nos proporcionada a oportunidade de participar e realizar consultas de acolhimento à criança e à família. Esta consulta constitui o primeiro contacto da família com a equipa de intervenção e é realizada pelo EEESIP, em articulação com a educadora de infância. O objetivo consiste em estabelecer uma relação de colaboração entre os profissionais e a família, adotando uma abordagem centrada na família desde o início do processo de acompanhamento.

Nesta primeira etapa é realizada a referenciação da criança que pode ser feita por qualquer indivíduo da rede da criança, desde médico, pais, enfermeiros, educadores, entre outros. No

seguimento, a família é informada acerca do programa e quais os objetivos para que a família possa tomar decisões informadas e conscientes. Iniciamos com a consulta de acolhimento procurando a avaliação das características do contexto familiar, de estrutura de apoio, necessidades sociais, prioridades e expectativas familiares, crenças, competências e capacidades e prioridades da criança e família. A avaliação da intervenção precoce deve ser planeada de forma individual por diferentes profissionais. Entre eles, é realizada pelo EEESIP e/ou educador/a de infância, observando o comportamento da criança de forma natural (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

Na consulta de avaliação da criança, através da observação foi aplicada a Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil, a *Schedule of Growing Skills II* [SGSII], instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil, aplicada dos zero aos 60 meses de idade e que pode ser utilizada por qualquer profissional de saúde infantil, que visa identificar o nível de desenvolvimento em nove áreas de competências: controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social e autonomia pessoal (Anexo I) (Bica & Marinho, 2024). Permitindo uma avaliação funcional do comportamento relativo às competências e necessidades da criança (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016). A comunicação adaptada ao estadio de desenvolvimento da criança, demonstrando técnicas de comunicação e cultura e crenças familiares (OE, 2018).

Em seguida se a criança apresentar critérios de elegibilidade, o processo é levado a reunião da ELI onde apresentam o caso e é atribuído um mediador para realização de um plano individual de intervenção precoce [PIIP]. Crianças que não sejam elegíveis para o programa são encaminhadas para os recursos comunitários existentes, de acordo com as necessidades avaliadas, no sentido de melhoria de acessibilidade da criança aos cuidados de saúde (OE, 2018).

A enfermeira orientadora possui alguns casos, o que nos permitiu aplicar o PIIP de acordo com as necessidades identificadas e recursos disponíveis, realizando ainda avaliações periódicas da criança e família ao longo do estágio. O PIIP representa a implementação de

práticas centradas na família, visando um empoderamento da família com o objetivo de desenvolver competências para a capacitação no cuidado adequado às necessidades da criança (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

Este processo do programa de IPI proporcionou a divulgação de estratégias promotoras de Esperança, utilizando comunicação e técnicas apropriadas ao estadio de desenvolvimento da criança, aplicação de conhecimentos e implementação de habilidades e estratégias especializadas, individuais com intuito de comportamentos potenciadores de saúde, visando uma negociação entre a família e criança em todo o processo específico de saúde/doença visando a independência e bem-estar (OE, 2018).

A capacitação da família para situações complexas, na promoção de estratégias de Esperança, atendendo às necessidades de criança elegíveis, foi mais uma aquisição através do grupo de intervenção “Crescemos Juntos”. Este grupo é constituído por EEESIP e psicóloga com o intuito de partilha de experiências de pais, por forma a lidarem com as dificuldades do dia a dia dos seus filhos, tendo uma abordagem facilitadora de gestão de stress que possam surgir no seu desenvolvimento, adotando estratégias de *coping* eficazes em situações especiais e complexas.

O PNSE tem o objetivo principal de promover a saúde e prevenir a doença da comunidade escolar, promovendo o bem-estar e reduzindo o impacto negativo no desempenho escolar. Além disso, procura garantir que todas as crianças, incluindo aquelas com necessidades especiais, tenham apoio adequado para se integrarem no meio escolar. O programa também se dedica a melhorar a segurança e o ambiente escolar, promovendo comportamentos de vida saudáveis contribuindo para melhor qualidade de saúde escolar. Por fim, contribui para que as escolas adotem práticas que favoreçam a promoção contínua da saúde e aumento do nível de literacia em saúde entre os alunos, professores e toda a comunidade educativa (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Para a adoção de comportamentos saudáveis são desenvolvidas ações de formação em várias áreas de intervenção para a capacitação da comunidade educativa: Saúde mental e competências socioemocionais; Educação para os afetos e a sexualidade; Alimentação saudável

e atividade física; Higiene corporal e saúde oral; Hábitos de sono e repouso; Educação postural; Prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Tivemos a oportunidade de participar e realizar de forma autónoma em várias ações, sobretudo nas áreas de intervenção que a EEESIP orientadora integra, nomeadamente nas áreas: Saúde mental e competências socioemocionais, realizando a ação “A saúde das palavras” e “O agridoce da adolescência – Transformações físicas, psíquicas e emocionais”; Educação para os afetos e sexualidade: “Prevenção da gravidez na adolescência – Planeamento familiar e métodos contraceptivos” e “Infeções sexualmente transmissíveis”; Hábitos de sono e repouso: “O sono” e Prevenção de comportamentos aditivos: “Comportamentos aditivos com e sem substância”.

Estivemos presentes no GASMI que é uma iniciativa regional com funcionamento desde 2001 mediante protocolo com a pedopsiquiatria. O objetivo deste projeto é a prevenção e intervenção precoce comunitária na saúde mental de criança dos 3 aos 12 anos que manifestem alterações comportamentais, emocionais e/ou sociais clinicamente significativas e com comprometimento da saúde mental.

O GASMI é constituído por uma equipa multidisciplinar, enfermeiros, psicólogos, terapeutas ocupacionais, médico de medicina geral e familiar, assistente social, tendo um pedopsiquiatra em parceria com cada equipa da região, de forma a desenvolver cuidados seguros e contínuos com ligação a serviços hospitalares. Assistimos e participámos a reuniões de equipa do GASMI, onde por reflexão e decisão conjunta de todos os elementos da equipa, encaminham-se crianças para um projeto inovador do concelho desde 2021, que se destina a reduzir o insucesso e abandono escolar precoce denominado “Projeto *Squills*”.

O projeto destina-se a crianças e jovens, desenvolvendo ações individualizadas que visam potenciar as suas competências pessoais e sociais e maximizar o seu potencial de desenvolvimento. Estas intervenções contribuem igualmente para a promoção do bem-estar físico, espiritual e psicossocial, favorecendo um desenvolvimento saudável e integral (OE, 2018).

Durante o período neste contexto tivemos a possibilidade de estar presente numa visita domiciliária através do NACJR, composto por uma equipa multidisciplinar que trabalha para e com as famílias na comunidade, na proteção e promoção do desenvolvimento saudável das crianças entre os zero e dezoito anos de idade. Os profissionais do núcleo encontram-se nos centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico, pela sua proximidade colaboram com as entidades parceiras da comunidade para a prevenção de situações de risco ou perigo para a saúde de crianças e jovens (Diário da República, 1999).

Foi uma realidade particularmente enriquecedora, desafiante e sensível pois desta avaliação domiciliária dependia a alta do recém-nascido [RN] que se encontrava internado no hospital. A intervenção é essencial para situações de risco e que possam afetar negativamente a saúde e/ou a qualidade de vida da criança. Esta situação em particular, foi uma intervenção de identificação de situação de risco para a criança pelos comportamentos dos pais, com o intuito de sensibilização dos mesmos para os riscos e consequências.

Por fim, foi-nos concedido a permanência na consulta de vigilância da saúde infantil da UCSP, onde realizámos consultas de saúde infantil, nas quais foram prestados cuidados específicos em relação às necessidades verificadas quanto à fase do ciclo de vida e desenvolvimento da criança ou jovem (OE, 2018).

Foram realizadas consultas na faixa etária dos 6 meses onde foi realizada a vacinação segundo o Plano Nacional de Vacinação [PNV], que foi aplicado conforme a evidência científica mais recente do Parecer nº8/2018 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Para a avaliação do desenvolvimento infantil foi aplicada a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada, exigindo uma avaliação por parte do EEESIP rigorosa e completa do desenvolvimento da criança, com o objetivo de identificar precocemente perturbações psicomotoras e preocupações parentais, bem como capacitar os pais, intervenções para a promoção do desenvolvimento e crescimento saudável da criança (Bica & Marinho, 2024).

Tornou-se possível promover a capacitação dos pais, através da avaliação do desenvolvimento parental e da disponibilização de informação individualizada, recorrendo a

uma comunicação clara e simples e à escuta ativa, de forma a estabelecer uma relação terapêutica de confiança e a esclarecer todas as dúvidas manifestadas. Paralelamente, foram transmitidas orientações antecipatórias e sugeridas atividades promotoras do desenvolvimento infantil, com o objetivo de reforçar as competências parentais, complementadas pela entrega dos folhetos informativos como “Menos ecrãs mais brincadeiras” e “A magia do brincar” elaborados pela EEESIP.

No término do estágio, consideramos que foi possível consolidar e aprofundar o conhecimento acerca da organização funcional dos programas dinâmicos inerentes nos CSP, bem como à metodologia do trabalho de equipa enfermagem. Destacou-se, igualmente, a relevância da intervenção do EEESIP cujas competências técnico-científicas e relacionais assumem um papel determinante na promoção da saúde, na prevenção da doença e na otimização dos cuidados prestados à criança e à família, em articulação com os recursos da comunidade.

Ao longo do estágio, foi valorizada a defesa da liberdade, da dignidade e dos direitos da criança, da família e dos profissionais, orientando a prática pelos princípios éticos e deontológicos da profissão. A intervenção desenvolvida pautou-se pela promoção de uma relação terapêutica baseada na confiança e no respeito mútuo. É um dever do enfermeiro a transmissão e confidencialidade de informação e a responsabilidade pelo o indivíduo e da respetiva família sobre os cuidados de enfermagem prestados no cumprimento do dever de sigilo profissional, em conformidade com os princípios éticos e deontológicos da profissão (Diário da república, 2024).

Os profissionais de saúde envolvidos nos programas dirigidos à comunidade devem assegurar a atualização contínua dos seus conhecimentos, de forma a responder às necessidades da população (Diário da República, 2024). Em consonância com este princípio, a prática desenvolvida ao longo do estágio pautou-se pela procura da excelência no exercício profissional, orientada pelos padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com vista à melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança, ao jovem e à família (OE, 2017). O EEESIP intervém de forma diferenciada

sempre que identifique limitações nas competências parentais ou na capacidade da família em assegurar respostas eficazes às necessidades da criança/jovem, através da mobilização de competências técnico-científicas e relacionais avançadas (OE, 2017).

Essa responsabilidade reforça a capacidade de resposta da equipa de enfermagem, refletindo um estilo de liderança que se adapta de forma eficaz aos recursos disponíveis e exigências da prática clínica, com vista a desenvolvimento de aprendizagens profissionais e melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

4.2 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NA UNIDADE DE CUIDADOS ESPECIAIS EM NEONATOLOGIA

A prática clínica do primeiro contexto foi realizada num período de seis semanas, de 15 de setembro a 24 de outubro de 2025, sob supervisão de um EEESIP, na Unidade de Cuidados Especiais Neonatais [UCEN], integrado numa Unidade Local de Saúde.

A UCEN presta cuidados neonatais específicos na região a Sul, encontra-se direcionada para garantir cuidados de saúde a RN desde o nascimento, a partir das 33 semanas de gestação até aos 28 dias de vida, ou que após essa idade necessitem de cuidados neonatais de especial complexidade. Segundo a Organização Mundial de Saúde [OMS] (2015), os prematuros são classificados em três subcategorias, de acordo com a idade gestacional ao nascimento: prematuros extremos, quando nascem até às 28 semanas; muito prematuros, quando nascidos entre as 28 e as 32 semanas e prematuros moderados ou tardios, quando o parto ocorre entre as 32 e as 37 semanas de gestação. Alguns exemplos de diagnósticos que podem surgir são: síndromes poli-malformativos, malformações congénitas (hérnia diafragmática, malformações cardíacas), patologias adquiridas (infecções urinárias, síndrome de dificuldade respiratória), prematuridade entre outras, mas todas as situações de grande complexidade e que necessitem de unidade de cuidados intensivos são transferidos para outras instituições através de transporte inter-hospitalar pediátrico [TIP].

Relativamente ao espaço físico da UCEN é contíguo ao Internamento de Pediatria e também ao Bloco de Partos. Constituído por um *open space*, com berços e incubadoras, dotado para cinco RN's, dispondo de uma sala separada por estrutura vítrea reservada para RN em isolamento ou com outras necessidades específicas. Dispõe de um espaço de apoio à mãe/RN internado, um quarto para alojamento conjunto com capacidade para alojar duas mães 24 horas.

Os cuidados são prestados por uma equipa multidisciplinar, enfermeiros generalistas, EEESIP, médicos pediatras, assistentes operacionais e assistentes administrativos bem como várias especialidades e outros profissionais de saúde, tendo o foco na recuperação em tempo útil do RN, assegurando a continuidade de cuidados com outras instituições de saúde de acordo com as necessidades.

Na UCEN, a organização dos cuidados de enfermagem baseia-se no método de trabalho individual. Neste modelo, cada enfermeiro assume, durante o seu turno, a responsabilidade pela prestação de cuidados integrais aos RN's que lhes são atribuídos e às respetivas famílias. A prática de enfermagem é orientada pelos princípios dos Cuidados Atraumáticos, da filosofia dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento e dos Cuidados Centrados na Família. Esta abordagem assenta numa filosofia que integra a interação dinâmica entre o RN, a família e o ambiente, durante o período neonatal, com o objetivo de otimizar os fatores externos (ruídos, luminosidade, entre outros) como os fatores diretos (postura, manipulações, estímulos dolorosos, etc.) em que o RN se desenvolve. Esta abordagem promove igualmente a participação ativa e contínua da família, valorizando o seu papel de cuidador do RN prematuro (Harillo et al., 2017).

Relativamente aos registos de enfermagem são realizados no SClínico, utilizando a CIPE.

O EEESIP tem uma importância significativa e determinante na garantia dos cuidados de saúde de qualidade, contribuindo diretamente para a minimização de stress, favorecendo a organização comportamental e fisiológica do RN.

4.2.1 Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP na UCEN

Nos primeiros dias de estágio através da observação direta e os contributos da enfermeira gestora e da orientadora permitiram definir o diagnóstico da situação.

Identificou-se a necessidade de desenvolver intervenções de enfermagem no âmbito da promoção da Esperança aos pais de RN com foco na prematuridade, sendo a maior causa de internamentos na UCEN, de forma a promover melhor adaptação a todo o processo.

Durante a transição para a parentalidade é natural que os pais idealizem um nascimento de um bebé saudável, robusto e pronto para permanecer junto do seio familiar. No entanto quando o parto ocorre de forma prematura, inesperada e com complicações o RN requer intervenção de equipa de saúde especializada em neonatologia para garantir a sua sobrevivência (Cunha, 2017). Nesta situação, o internamento na unidade de neonatologia torna-se inevitável.

A prematuridade continua a ser um desafio significativo para a saúde infantil, contribuindo de forma expressiva para a mortalidade em crianças com menos de cinco anos, com cerca de uma em cada cinco mortes relacionada com as suas complicações. (Organização Mundial da Saúde, 2023).

Na implementação do projeto de intervenção definimos para UCEN os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências de EEESIP na promoção da Esperança nos cuidados de saúde aos pais na UCEN;
- Desenvolver atividades/estratégia de promoção da Esperança nos cuidados de saúde aos pais na UCEN;
- Prestar cuidados especializados e de complexidade ao RN e família.

Para atingir os objetivos delineados anteriormente e dar resposta às etapas da metodologia de projeto planeada procedemos à execução das seguintes atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica para expor informação com evidência científica na área da Neonatologia.
- Realizar uma reunião com enfermeira coordenadora e enfermeira especialista orientador para apresentar a temática e discutir a sua aplicação no contexto;
- Identificar o papel do EEESIP na equipa multidisciplinar;
- Promover o envolvimento dos pais/cuidadores na prestação de cuidados ao RN;
- Realizar um documento informativo em formato digital para os pais/família;

O nascimento de um RN com complicações ou de um prematuro extremamente pequeno e vulnerável quebra qualquer expectativa idealizada pelos pais. Neste contexto, os pais vivenciam um processo de luto pelo bebé sonhado, sendo confrontados com uma realidade marcada por amplos sentimentos e emoções, tais como confusão, impotência, angústia, revolta, frustração, negação, dor, tristeza, medo da perda, bem como incerteza e preocupação face ao futuro do seu filho (Pacheco et al., 2022). Esta vivência impacta significativamente a capacidade de adaptação parental e de envolvimento nos cuidados ao RN. De forma a aprofundar o conhecimento e desenvolvimento de competências enquanto EEESIP e promover a Esperança nos cuidados de saúde aos pais de prematuros, assim emergiu a necessidade de desenvolver uma intervenção estruturada que promovesse a literacia em saúde e a Esperança nos pais.

De acordo com as recomendações internacionais, a promoção da leitura constitui um requisito essencial para o desenvolvimento da literacia em saúde. A investigação científica evidencia que esta prática deve ser articulada com as estratégias de promoção e educação para a saúde no contexto familiar. A literacia em saúde dos pais representa, portanto, um fator central na otimização dos resultados de saúde dos RN's, contribuindo para um desenvolvimento mais saudável e sustentado (Resende & Figueiredo, 2018).

Numa primeira fase, o diagnóstico da situação, baseado na observação clínica e na interação com os pais e equipa de enfermagem, permitiu identificar necessidades ao nível da informação, suporte emocional e estratégias de *coping* parental. Durante a prestação de cuidados, verificou-se que muitos pais verbalizavam sentimentos de ansiedade e incerteza face ao estado clínico do seu filho, evidenciando necessidade de esclarecimento, apoio emocional e

acompanhamento contínuo.

Assim, com base neste diagnóstico, definiu-se como objetivo geral a promoção da esperança e a redução da ansiedade parental. Como estratégia de intervenção foi desenvolvido um documento informativo em formato digital, sustentado em evidência científica, abordando a importância do papel dos pais e dos profissionais de saúde no contexto da prematuridade (Apêndice VI).

Na fase de planeamento e implementação, optamos pela criação de um *QR CODE* que permitisse acesso rápido e facilitado ao documento informativo. Este *QR CODE*, materializado, foi estrategicamente afixado na entrada da UCEN, bem como à entrada do espaço de isolamento, com uma apresentação visual atrativa e de fácil compreensão, garantindo visibilidade e acessibilidade a todos os pais de RN (Apêndice VII).

Paralelamente, todo o material e conteúdo elaborado foi apresentado e disponibilizado à equipa de enfermagem, promovendo o envolvimento dos profissionais no processo e assegurando a continuidade da intervenção. A validação da enfermeira gestora de serviço e o feedback positivo da equipa reforçam a pertinência e utilidade do projeto no contexto clínico.

Na fase de avaliação, foi possível constatar uma elevada adesão por parte dos pais, que estiveram presentes na UCEN e acederam ao documento informativo e, em alguns casos, promoveram momentos de partilha e reflexão sobre o seu conteúdo. Estes momentos de interação contribuíram para a clarificação de dúvidas, redução da ansiedade e fortalecimento da Esperança, evidenciando o impacto positivo da intervenção.

Assim, o projeto revelou-se uma estratégia eficaz na promoção de cuidados centrados na família, reforçando o papel do EE enquanto facilitador de processos de adaptação e suporte emocional. Desta forma o processo contribuiu, também, para o desenvolvimento de competências essenciais do EEESIP, nomeadamente ao nível da promoção da Esperança, da educação para a saúde e da implementação de intervenções baseadas na evidência científica.

4.2.2 Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP na UCEN

À semelhança do contexto de estágio anterior, iremos proceder à análise reflexiva das competências específicas do EEESIP:

- a) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”;
- b) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”;
- c) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018). Foram também analisadas as competências comuns e as competências de mestre.

Quanto maior o grau de prematuridade do RN, maiores são as suas necessidades de saúde e o risco de complicações, o que leva a uma frequência de hospitalizações em unidade de cuidados neonatais (Ramos et al., 2020). Segundo a Sociedade Portuguesa de Pediatria (2023), em Portugal, por cada 100 nados-vivos 7,51 são prematuros, ou seja, a prematuridade ronda os 7,51 %. Estas unidades têm apresentado evolução ao longo dos anos, na procura e oferta de cuidados centrados na família e desenvolvimento do RN, não se focando apenas na recuperação física do RN, mas também na promoção do vínculo bebé-pais e interação entre profissionais e família, bem como as necessidades neurobiológicas do RN (Ramos et al., 2020).

A intervenção de enfermagem desempenha um papel crucial neste contexto na educação para a saúde promovendo o processo de vinculação, transição para a parentalidade e participação ativa dos pais/família nos cuidados ao RN, pois estes acompanham o RN e família 24h por dia durante as primeiras semanas de vida (Ramos et al., 2020).

Ao ocorrer uma doença e a consequente hospitalização da criança de forma imprevisível geram sofrimento e dificuldades na família, no processo de adaptação à parentalidade (Ramos Caballero & Flores Chura, 2023). Devido à hospitalização da criança, a identidade parental sofre alterações pelas incertezas futuras relativamente o papel dos pais quanto às suas responsabilidades e expectativas pelos profissionais de saúde (OE, 2015). Num ambiente onde

predomina a incerteza, a Esperança emerge como um suporte complementar, edificando-se dia após dia em expectativas e pequenas conquistas (Magão, 2017).

O contexto permitiu-nos o desenvolvimento de competências especializadas e comuns do EEESIP na promoção da Esperança na UCEN; a implementação de atividades e estratégias direcionadas à promoção de cuidados especializados e de elevada complexidade ao RN e sua família.

Com o propósito de refletir sobre o conceito de Esperança e a sua relevância nos cuidados de enfermagem ao RN e família, foi realizada uma reunião com a enfermeira coordenadora de serviço e enfermeira orientadora, permitindo identificar e alinhar oportunidades de intervenção em Esperança. Reconhecendo a importância da atuação do EEESIP na prestação de cuidados ao RN. Neste contexto, identificámos oportunidades ao nível da coordenação dos cuidados, comunicação interprofissional, humanização das práticas e da articulação com a equipa multidisciplinar como dimensões fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade na UCEN.

A participação ativa nos cuidados diários centrados no RN e família, permitiu-nos aprofundar e mobilizar conhecimentos adquiridos na prestação de cuidados de complexidade ao RN, aliados à capacidade de tomada de decisão de elevada complexidade e imprevisibilidade. Estudos realizados por Coyne (1995) e Hallström et al. (2002) evidenciam que a comunicação pautada pela assertividade e colaborativa entre a equipa de enfermagem e pais tem um impacto significativamente positivo, favorecendo uma participação saudável e confiante no processo do cuidado ao RN (OE, 2015).

Compete ao EEESIP planear e implementar, em parceria com a família, intervenções que promovam a adaptação à parentalidade progressiva das necessidades do RN, permitindo a sua autonomia nos cuidados inerentes ao ambiente, posicionamento e manipulação do RN, minimização do stress e da dor, proteção da pele e do sono, otimização da nutrição e segurança do RN. Ao longo da prática clínica na UCEN a implementação de estratégia de apoio à transição e adaptação à parentalidade foi crucial nos cuidados prestados, no qual o EEESIP através do estabelecimento de relação terapêutica, desempenha um papel fundamental ao demonstrar,

esclarecer e informar acerca de várias temáticas ao longo do internamento, contribuindo para o desenvolvimento do papel parental, vínculo e a promoção da Esperança nos cuidados.

Com o objetivo de desenvolvimento de competências de EEESIP colaboramos para a capacitação dos pais em direção à sua autonomia. Nos cuidados de higiene e proteção da pele foi promovida a participação ativa dos pais, capacitando-os para a sequência adequada do banho, o suporte do RN, a temperatura da água, cuidados ao coto umbilical, uso de produtos, proporcionar o vestuário adequado e preparação do ambiente. Relativamente ao sono e ao posicionamento, demonstrou-se a importância do decúbito dorsal como prevenção do Síndrome de Morte Súbita.

A nutrição do RN, sendo um dos focos dos cuidados neonatais, pela sua importância para o crescimento e desenvolvimento. O EEESIP tem um papel fundamental na orientação e no apoio aos pais, promovendo o esclarecimento de dúvidas e a desconstrução de mitos relacionados com a alimentação do RN. Através da demonstração das técnicas adequadas a cada método de alimentação e do incentivo ao aleitamento materno, contribui para a aquisição progressiva de competências parentais e para a promoção da autonomia alimentar do RN.

Foi-nos possível, prestar cuidados especiais na avaliação do desenvolvimento das competências alimentares do RN e desenvolver o treino das estratégias para transição segura para a alimentação oral, tivemos a oportunidade de executar a alimentação por sonda nasogástrica (gavagem ou débito), copo e tetina. Colaboramos na promoção do aleitamento materno atendendo às especificidades do RN, bem como as necessidades específicas de cada mãe em relação à nutrição do RN. A promoção da amamentação emergiu como uma necessidade das mães percebida ao longo da prática clínica, alinhada com as competências de EEESIP. Foi-nos possível desenvolver intervenções promotoras da amamentação em situações de necessidades especiais, nomeadamente em casos de separação temporária entre o RN e a mãe, bem como em situações de prematuridade, nas quais a amamentação direta não é exequível.

Neste contexto, quando ocorre uma interrupção abrupta da amamentação devido à impossibilidade do RN mamar diretamente da mama, as mães que demonstram interesse de

amamentar futuramente e oferecer o leite materno ao RN são incentivadas e apoiadas a fazer extração exclusiva de leite materno, também denominado por *exclusive pumping*. Esta estratégia recente, consiste na extração de leite materno através de bomba extratora, sendo posteriormente administrado ao RN por biberão ou sonda, assegurando os benefícios do leite materno e a manutenção da produção de leite (Rosenbaum, 2022).

Na impossibilidade de o RN ser colocado na mama e a mãe apresentar desejo em amamentar, foi proporcionado apoio, demonstração e ensino para a extração de leite materno várias vezes ao dia, sendo acondicionado no frigorífico próprio da UCEN, para quando necessário o RN ser alimentado com leite materno exclusivo. Existe paralelamente à UCEN o serviço de obstetrícia com apoio do Cantinho de Amamentação para mães que ficam internadas ou que se encontram em alojamento conjunto e que demonstram necessidade de apoio à amamentação.

O desenvolvimento das competências permitiu consolidar o papel do EEESIP como profissional integrante na dimensão técnica, científica e humanista dos cuidados ao RN, sendo a Esperança entendida como uma competência terapêutica promotora de saúde e resiliência nos cuidados.

O EEESIP tem um papel essencial na promoção do neurodesenvolvimento na prestação de cuidados individualizados ao RN prematuro através do método *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* [NIDCAP], dando resposta às necessidades comportamentais neonatais observáveis, promovendo a autorregulação neurológica e fisiológica, vínculo parental e desenvolvimento saudável do RN (Harillo et al., 2017).

Neste contexto a gestão da dor e minimização do stress são fundamentais na prevenção da neurotoxicidade provocada pelos procedimentos invasivos, dolorosos e inesperados, neste sentido foram utilizadas estratégias não farmacológicas (sucção não nutritiva, amamentação, posicionamento, Método canguru, contenção do RN) e medidas não farmacológicas (sacarose via oral).

Realizámos procedimentos invasivos e não invasivos atendendo às normas e princípios

institucionais, integrando as estratégias de minimização da dor e stress aprimorando as competências de EEESIP. Os RN prematuros apresentam particularidades fisiológicas e neurológicas com resposta dolorosa mais intensa, difusa e prolongada do que os RN de termo (Harillo et al., 2017). As exposições repetidas a estímulos dolorosos podem originar desequilíbrios hemodinâmicos, respiratórios e desenvolvimento cerebral (Harillo et al., 2017). Em razão dessa vulnerabilidade fisiológica, a preservação da homeostase da integridade orgânica exige suporte tecnológico de alta complexidade, monitorização hemodinâmica e respiratória contínua, bem como intervenções terapêuticas complexas, caracterizando o RN prematuro como um doente crítico (Cunha, 2017).

A instabilidade respiratória transitória, constituiu uma das situações mais frequentemente experienciadas durante a prática clínica. Embora não tendo ocorrido necessidade de recurso a manobras de suporte avançado de vida, houve a hipótese de desenvolver competências e manuseamento do Sistema de alto fluxo de oxigénio, um sistema de alto fluxo nasal humidificado e aquecido, não invasivo.

Constatamos, ao longo do percurso clínico, que o internamento do RN na UCEN exerce um impacto significativo sobre a parentalidade, sobretudo pela separação física e emocional inerente ao contexto hospitalar, conduzindo à interrupção ou fragilização do vínculo entre mãe-RN. Neste enquadramento o EEESIP assume um papel determinante nos cuidados ao binómio na hospitalização, criando um ambiente de confiança, empatia e parceria de cuidados, no qual os pais são reconhecidos como elementos centrais na recuperação e no desenvolvimento do RN, promovendo a vinculação e preparação para a alta.

4.3 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O segundo contexto da unidade curricular estágio decorreu no Serviço de Internamento de Pediatria [SIP], integrado numa Unidade Local de Saúde. A prática clínica foi realizada num período de 6 semanas, de 27 de outubro a 5 de dezembro de 2025, sob supervisão de um

EEESIP. No seguimento será apresentado o diagnóstico de situação, os objetivos perspetivados e as atividades realizadas para o contexto.

O SIP consiste numa unidade de internamento médica e cirúrgica, que garante cuidados de saúde a crianças/jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias e em casos de doença crónica, incapacitante até aos 21 anos, ou 25 anos e/ou até que a adaptação à vida adulta esteja efetivamente alcançada (OE, 2018).

O serviço tem como missão a prestação de cuidados de saúde de elevada qualidade, com segurança e competência a todas as crianças procedentes, sobretudo, do Serviço de Urgência Pediátrica [SUP], Hospital de Dia de Pediatria, Consulta Externa de Pediatria, de outras especialidades, ou diretamente de outras Unidades Hospitalares, sendo a intervenção emanada na Convenção dos Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada.

Estruturalmente este é composto por 11 salas, das quais 6 são enfermarias com lotação de 14 camas, existindo assim enfermarias partilhadas e uma individual. Detém ainda uma casa de banho exclusiva para as crianças internadas e outra para uso dos pais/acompanhantes da criança. Num espaço aberto, existe uma copa destinada aos pais e crianças, para além dos espaços de trabalho de enfermagem, sala de tratamentos, armazém de material de consumo clínico, sala de sujos e gabinete do enfermeiro gestor.

No que respeita à equipa multidisciplinar, esta é constituída por médicos pediatras, enfermeiros de cuidados generalistas e EEESIP, educadora de infância, assistentes operacionais, assistentes administrativos, contando com o apoio direto de várias especialidades, como ortopedia, cirurgia, otorrinolaringologista e sempre que necessário existe também articulação com outros profissionais, nomeadamente assistente social, nutricionista e fisioterapia.

A metodologia de trabalho de enfermagem utilizada é o método de trabalho individual, em que cada turno o enfermeiro fica responsável pela prestação de cuidados globais ao binómio criança/família, favorecendo o conhecimento acerca do binómio e trabalhando em parceria. A distribuição do doente por enfermeiro é da responsabilidade do enfermeiro gestor ou substituto,

através do Sistema de Classificação dos Doentes.

Relativamente ao processo de enfermagem os registos de são realizados no *SClínico*, utilizando a CIPE e outra plataforma informática Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia [GHAF], onde têm o acesso à prescrição médica de terapêutica farmacológica, prescrições de atitudes terapêuticas e dietas.

4.3.1 Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP no SIP

Em concordância com a metodologia de projeto, a definição de diagnóstico de situação foi realizada nos primeiros dias de estágio através da observação direta e contributos da enfermeira gestora de serviço, do orientador e da equipa de enfermagem. Assim para dar resposta à temática do projeto “Promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e famílias foram identificadas, neste contexto, dificuldades vivenciadas pela criança e pela família no processo de adaptação a um diagnóstico inaugural, evidenciando a necessidade de intervenções promotoras da Esperança.

Compreendemos que a criança e a família apresentavam necessidades de capacitação para o processo de adaptação às exigências da doença. Neste contexto, a intervenção incidiu particularmente nos cuidados prestados a crianças com idade igual ou superior a 7 anos por ser uma faixa etária com capacidade de leitura e com Diabetes Mellitus Tipo 1 [DM1]. Desta forma, é fundamental o EEESIP apoiar e orientar a criança e a família perante um diagnóstico inaugural, promovendo a sua capacitação para o processo de adaptação e para a gestão das incertezas que lhe são inerentes.

O papel do enfermeiro na promoção de Esperança nas crianças com doença crónica e família é fundamental, pois são profissionais mais capacitados para apoiar as necessidades das famílias, favorecendo o processo saudavelmente, promovendo confiança, controlo e competência diminuindo as incertezas (Martins, 2021).

Na implementação do projeto de intervenção definimos para o SIP os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências de EEESIP na promoção da Esperança nos cuidados de saúde no SIP;
- Desenvolver atividades/estratégia de promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e família;
- Prestar cuidados à criança e família em situações de especial complexidade.

Para atingir os objetivos delineados anteriormente e dar resposta às etapas da metodologia de projeto planeada procedemos à execução das seguintes atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica para expor informação com evidência científica na área da DM1.
- Realizar uma reunião com enfermeira gestora do serviço e enfermeiro especialista orientador para apresentar a temática e discutir a aplicação no contexto;
- Identificar o papel do EEESIP no cuidado à criança/família com doença crónica;
- Promover o envolvimento da família na prestação de cuidados à criança com doença crónica;
- Facilitar o acesso a um documento informativo em formato digital para a capacitação da família na doença crónica;
- Realizar intervenções de enfermagem para a capacitação e adaptação da criança com doença crónica;

A DM1 é uma patologia crónica, poligénica e de natureza autoimune, caracterizada pela destruição das células beta do pâncreas promotoras de insulina, o que conduz a uma produção insuficiente de insulina e, consequentemente, à instalação de um quadro de hiperglicemia. O diagnóstico ocorre predominantemente durante a infância, com maior incidência antes dos cinco anos de idade, podendo, contudo, manifestar-se também na adolescência ou, em menor proporção, no início da idade adulta. A ocorrência é transversal aos sexos, não se verificando predominância significativa entre indivíduos do sexo feminino ou masculino (Alves et al.,

2024).

Neste contexto, a literacia em saúde assume um papel determinante, uma vez que o controlo metabólico eficaz depende em grande medida, da capacidade dos pais/cuidadores e da própria criança em compreender, interpretar e aplicar a informação relativa à doença no quotidiano.

A DM1 é frequentemente entendida como uma condição que envolve não apenas a criança, mas todo o sistema familiar pois, a criança em idade escolar encontra-se no estágio operativo-concreto do desenvolvimento cognitivo, conforme Piaget, não apresentando maturidade cognitiva necessária para antecipar de forma sólida as potenciais consequências de uma inadequada gestão terapêutica (Pinto, 2022). A evidência científica demonstra que níveis adequados de literacia em saúde estão associados a melhores resultados clínicos, nomeadamente na prevenção de transtornos emocionais dos pais/cuidadores que se encontram relacionados com insegurança ou dificuldades na prática diante de situações relacionadas com a doença (Alves et al., 2024).

Face a esta problemática, foi identificada a necessidade de reforçar estratégias educativas dirigidas à criança com DM1 e à família, particularmente em situações de diagnóstico inaugural. Neste sentido, recorreu-se à metodologia de projeto, enquanto abordagem sistemática orientada para a resolução de problemas concretos da prática clínica, promovendo a articulação entre o conhecimento teórico e a intervenção prática.

Na fase de diagnóstico da situação, realizada através da observação clínica e articulação com a enfermeira gestora e o enfermeiro orientado. Face às necessidades do serviço foi-nos proposto realizar um contributo na norma hospitalar relativa à DM1 que se encontrava em atualização. Evidenciámos lacunas ao nível da capacitação das crianças e famílias com diagnóstico inaugural. Verificámos que, embora existisse um documento informativo no serviço (“Guia para Pais – DIABETES TIPO I”), o acesso e utilização não eram sistematizados, limitando o seu potencial educativo. Então, com base neste diagnóstico, definimos como objetivo geral a promover a literacia em saúde e capacitar a criança com DM1 e respetiva família. Foram desenvolvidos recursos educativos acessíveis, interativos e adaptados ao nível de desenvolvimento da criança, integrando a tecnologia digital como ferramenta facilitadora do

processo de aprendizagem, da compreensão da doença e da promoção da autonomia na gestão dos cuidados.

Na fase de planeamento e implementação, procedeu-se ao desenvolvimento de um recurso digital interativo sob a forma de jogo educativo, dirigido a crianças com idade igual ou superior a 7 anos, de forma a capacitar as crianças. Foi construído um jogo através de uma aplicação, que é constituído por perguntas, simples adequadas à etapa de desenvolvimento da criança e com base nos conteúdos do “Guia para Pais-Diabetes tipo I” do serviço, transmitindo conhecimento e trazendo o brincar como forma de atração e satisfação, garantindo a sua fundamentação científica. O jogo integra diferentes modalidades, com quatro tipos de jogos onde a criança poderá fazer a sua escolha no telemóvel (Apêndice VIII).

Foi solicitado pela enfermeira gestora, a elaboração de material onde os pais pudessem aceder digitalmente ao documento informativo “Um Guia para Pais-DIABETES TIPO I”.

Complementarmente, foram elaborados materiais de suporte em formato físico, através de folhetos com *QR CODE*, que permitem o acesso ao jogo educativo e ao guia informativo para pais em formato digital (Apêndice IX). Estes foram estrategicamente disponibilizados em locais visíveis do serviço, promovendo a sua acessibilidade e incentivando a utilização autónoma por parte das crianças e famílias. Importa destacar que esta intervenção teve também em consideração a família/cuidador, que assume o papel de principal gestão do regime terapêutico, reconhecendo que a responsabilidade pelo regime terapêutico recai predominantemente sobre os pais/cuidadores. Assim, a inclusão de recursos dirigidos à família visou reforçar a sua capacitação, promovendo maior segurança e autonomia na prestação de cuidados.

Na fase de avaliação, observámos adesão da criança e família ao recurso educativo, e interesse, motivação e satisfação demonstrado pelas crianças que utilizaram o jogo. Reconhecendo-se o seu potencial como ferramenta facilitadora da aprendizagem e capacitação para a doença. Paralelamente, foi evidenciado o interesse demonstrado pelos pais/cuidadores pelos materiais disponibilizados, utilizando o guia digital como suporte ao longo do internamento, nomeadamente para esclarecimento de dúvidas durante a interação da criança com o jogo. A participação conjunta de pais e filhos na utilização do recurso educativo

proporcionou momentos de partilha e interação durante a atividade. Os resultados obtidos traduzem apreciação positiva relativamente à utilidade, adequação e satisfação do recurso educativo, sugerindo o seu potencial como estratégia de apoio à educação para a saúde e ao processo de adaptação da criança e da família.

Em suma, o recurso à metodologia de projeto permitiu o desenvolvimento de uma intervenção estruturada, inovadora e centrada nas necessidades identificadas no contexto clínico. Esta abordagem contribuiu não só para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, como também para o desenvolvimento de competências do EEESIP, nomeadamente ao nível da educação para a saúde, promoção da literacia e utilização de estratégias pedagógicas adequadas ao desenvolvimento infantil.

4.3.2 Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP no SIP

À semelhança do contexto de estágio anterior, iremos proceder à análise reflexiva das competências específicas do EEESIP:

- a) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”;
- b) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”;
- c) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018). Foram também analisadas as competências comuns e as competências de mestre.

Com o propósito de refletir sobre o conceito de Esperança e a sua relevância nos cuidados de saúde à criança e família foi realizada uma reunião com a enfermeira gestora de serviço e enfermeiro orientador. Por forma a identificar e alinhar oportunidades de intervenção em Esperança foi utilizada a observação não estruturada foi a forma utilizada, sem roteiro prévio ou guião orientador, mas com base nos objetivos definidos.

Sendo um serviço de internamento, a hospitalização é um processo, frequentemente vivenciado pela criança como um momento de crise, pois implica a separação do contexto familiar e a transição para um ambiente desconhecido, potencialmente ameaçador. Este novo espaço encontra-se marcado pelo afastamento de familiares e amigos e ainda a necessidade de procedimentos invasivos que podem ser dolorosos e executados por profissionais que lhe são desconhecidos (Tavares, 2011).

A criança vivencia alterações significativas do quotidiano, frequentemente marcadas por limitações decorrentes dos sinais e sintomas da doença ao longo da evolução clínica. A hospitalização assume um impacto substancial sobre os processos de crescimento e desenvolvimento, uma vez que implica o afastamento da criança do seu ambiente habitual e das interações familiares que lhe são essenciais, modificando profundamente a sua rotina e o seu bem-estar (Vieira & Lima, 2002). A presença de uma condição de saúde complexa pode dificultar a capacidade dos pais para manter cuidados adequados ao desenvolvimento e crescimento saudável da criança, evidenciando fragilidade da função parental. Torna-se imperativo a promoção da parceria de cuidados como é proposto pelo Modelo de Anne Casey que reconhece os pais como os principais responsáveis pelos cuidados da criança, valorizando os seus conhecimentos e incentivando à participação nos cuidados efetivos à criança. Promovendo uma prática conjunta entre profissionais e família, orientada para as necessidades da criança (Mendes & Martins, 2012).

Assim, para a aquisição das competências de EEESIP tivemos a oportunidade de prestar cuidados à criança com doença crónica e família por um período longo. A experiência revelou-se enriquecedora, a abordagem inicial centrou-se no estabelecimento de uma relação de proximidade na procura de confiança com o binómio, através, da escuta ativa e diálogo, por forma a considerar a integralidade do binómio ao tomar conhecimento das suas dimensões físicas, cognitivas e espirituais. A ansiedade, medo e dor na criança, bem como o stress dos pais e a necessidade de adaptação a um ambiente desconhecido estão presentes, transformando a hospitalização num evento potencialmente traumático pelo que à luz do modelo teórico de Jean Watson, a família assim como a criança é incluída e valorizada de forma integral em todas as suas dimensões.

Foi oportuno através do brincar, promover a capacitação a criança em idade escolar na adaptação à DM1, promovendo a Esperança ao longo da hospitalização da criança e família. O diagnóstico de DM1 acarreta mudanças significativas nas rotinas familiares, tornando-a particularmente vulnerável a diversas perturbações emocionais e de stress, frequentemente associados ao medo das complicações, dificuldades na gestão da doença e angústia em contexto familiar. A fase da criança em idade escolar é marcada pelo início da socialização e do percurso escolar, o processo de adaptação e a gestão da diabetes tornam-se mais suscetíveis às influências do contexto escolar, podendo comprometer a adesão terapêutica e o equilíbrio emocional da criança e família (Pinto & Malheiro, 2022). O desafio da gestão terapêutica bem como a gestão da dor foi permanente durante a hospitalização tendo sido aplicadas estratégias lúdicas e pedagógicas para a adaptação e capacitação da criança. Foi-nos possível antecipar e preparar a criança para a necessidade dos procedimentos dolorosos associados à doença, contribuindo para a aquisição de competências específicas do EEESIP.

Participámos de forma consistente nos momentos de capacitação parental, que decorreram de forma gradual e estruturada na preparação para a alta hospitalar. As intervenções foram ajustadas às necessidades específicas de cada criança e família, bem como às orientações relativas aos cuidados diários. Durante a prestação de cuidados, identificaram-se diversos momentos em que foi necessário adequar a abordagem ao nível de literacia dos pais, recorrendo a uma linguagem clara e acessível e à demonstração prática, nomeadamente na administração de fármacos por via subcutânea, nos cuidados relacionados com a alimentação e na contagem de hidratos de carbono. Estes ensinamentos foram realizados de forma sistemática, visando a aquisição de competências pelos pais, sendo posteriormente incentivados a executá-los sob supervisão de enfermagem.

O EEESIP apresenta um papel fundamental na sustentação e promoção da Esperança, como facilitador nos processos adaptativos ao longo do percurso da doença crónica, promovendo conforto, confiança e qualidade de vida, conforme competências específicas do Regulamento da OE. As intervenções de enfermagem desenvolvidas neste contexto sustentaram-se em modelos humanistas que reconhecem a Esperança como uma dimensão essencial do cuidar. Neste sentido, o Modelo de Parceria de Anne Casey complementa esta perspetiva ao preconizar

uma relação colaborativa e equitativa entre os profissionais de saúde e a família, baseada na negociação das intervenções e na tomada de decisão partilhada, promovendo cuidados centrados na criança e na família (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A construção de um vínculo entre os profissionais de saúde e família, associados à articulação entre estes elos, contribui para a elaboração de um plano de cuidados, com vista na promoção do funcionamento familiar quando uma doença crónica está presente (Mendes et al., 2022). A intervenção de enfermagem na promoção da Esperança assume-se como elemento central nos cuidados de saúde à criança e família, sendo uma força dinâmica e multidimensional permitindo mobilizar recursos internos e externos e projetar um futuro possível, mesmo perante uma doença crónica (Maravilha et al., 2021).

Não só em contexto de estágio, mas também no exercício profissional, procuramos participar em eventos formativos pois, são momentos de novas aprendizagens que permitem aumentar e atualizar conhecimentos e contribuem para a reflexão sobre a prática ou sobre temáticas específicas. Deste modo, participámos no Curso de Formação Profissional de Jornadas do bebé e da criança: Prevenção em Idade Pediátrica (Anexo II).

4.4 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS CUIDADOS DE SAÚDE À CRIANÇA E FAMÍLIA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

O último contexto de estágio decorreu no período compreendido entre 9 de dezembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026 no SUP de uma Unidade Local de Saúde, sob orientação de um EEESIP.

O serviço é localizado no piso 0, destinado a admitir crianças/jovens entre os 0 dias e os 17 anos e 364 dias e em casos de doença crónica, incapacitante até aos 21 anos, ou 25 anos e/ou até que a adaptação à vida adulta esteja efetivamente alcançada (OE, 2018).

O serviço é constituído por uma sala de espera, uma sala de admissão, uma sala de triagem que dispõe 2 postos de triagem, onde é aplicado o protocolo de Triagem de Manchester que

pode ser aplicado por enfermeiros detentores do Curso de Triagem de Manchester e avaliação do Triângulo de Avaliação Pediátrico [TAP]. Dois gabinetes com dois postos para observação médica, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de tratamentos, uma sala de inaloterapia, uma sala de copa, um gabinete de enfermagem, uma sala de sujos, uma casa de banho e uma Unidade de Internamento de Curta Duração [UICD].

O método de trabalho de enfermagem no SUP é método de trabalho em equipa, em que os profissionais de enfermagem são organizados em grupos, sob a coordenação de um ou mais líderes, que asseguram a adequada utilização das competências e qualificações de cada elemento, bem como a otimização das capacidades do grupo, com vista à prestação de cuidados ao doente sob a sua responsabilidade (Ventura-Silva et al., 2021). Com exceção da UICD, onde vigora o método de trabalho individual, que se caracteriza pela prestação de cuidados ao doente, em que um enfermeiro assume a responsabilidade total pelos cuidados durante um determinado turno de trabalho (Ventura-Silva et al., 2021).

Evidenciámos uma abordagem da equipa de enfermagem na prestação de cuidados, na qual os princípios da colaboração ativa com a família, do reconhecimento do seu papel central no processo de cuidados e da minimização do impacto físico e emocional das intervenções constituíram eixos estruturantes da atuação profissional. Destaca-se o modelo de cuidados não traumáticos, que se configurou como um princípio transversal, orientando de forma consistente todas as intervenções prestadas pela equipa de enfermagem.

Os Cuidados Não Traumáticos constituem um referencial fundamental na enfermagem pediátrica, orientando a prestação de cuidados no sentido de minimizar o sofrimento físico e psicológico da criança e da família associado às experiências de doença e hospitalização. Esta filosofia assenta na prevenção da dor, na redução da ansiedade, na promoção da presença dos pais e no envolvimento da família nos cuidados, favorecendo uma experiência mais positiva para a criança (Hockenberry et al., 2023).

O SUP é constituído por uma equipa multidisciplinar e tem a cooperação de várias especialidades médicas, tais como, Otorrinolaringologista, Oftalmologia, Cirurgia, Ortopedia, Ginecologia, Obstetrícia e Anestesia, articulando-se com diversos serviços intrahospitalares, a

Imagiologia, Bloco Operatório, SIP, UCEN, Hospital de Dia de Pediatria e Consulta Externa de Pediatria, Consultas Externas, Bloco de Partos, Gabinete de Psicologia e Fisioterapia e Serviço Social.

Em relação aos registos de enfermagem, estes são realizados em diferentes aplicações informáticas, o *Alert*, *SClinico* e o GHAF.

4.4.1 Implementação do projeto de intervenção: Diagnóstico de situação e atividades desenvolvidas do EEESIP no SUP

À semelhança dos contextos anteriormente descritos, a implementação do projeto de intervenção em contexto do SUP foi estruturada com base na metodologia de projeto, enquanto abordagem sistemática orientada para a identificação e resolução de problemas da prática clínica. Esta metodologia permitiu desenvolver uma intervenção fundamentada, articulando a observação da realidade com a evidência científica e as necessidades identificadas no contexto específico.

Numa fase inicial, correspondente ao diagnóstico de situação, recorreremos à observação direta do contexto clínico, bem como à articulação com a enfermeira gestora do serviço e o enfermeiro orientador. Paralelamente, foram realizadas interações com a equipa de enfermagem, permitindo identificar necessidades ao nível da formação e atualização de conhecimentos acerca da temática do projeto de intervenção. A análise destes dados evidenciou a existência de lacunas no que concerne à promoção da Esperança enquanto intervenção de enfermagem, particularmente na abordagem à criança e família em contexto de urgência, caracterizado por elevada carga emocional, imprevisibilidade e stress.

A evidência científica sustenta que a literacia deve constituir um foco prioritário de intervenção para todos os agentes com responsabilidades na área da infância, uma vez que desempenha um papel fundamental no processo de desenvolvimento contínuo e dinâmico da criança. Este processo integra, de forma articulada, diferentes domínios da linguagem,

nomeadamente a leitura, a escrita, a compreensão auditiva, a expressão oral e os processos cognitivos associados ao pensamento (Resende & Figueiredo, 2018).

Face a este diagnóstico, definiu-se como objetivo principal contribuir para o aumento da literacia da equipa de enfermagem relativamente à promoção da esperança no cuidar, reforçando a sua integração enquanto competência essencial da prática de enfermagem.

Na implementação do projeto de intervenção definimos para o SIP os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências de EEESIP na promoção da Esperança nos cuidados de saúde no SUP;
- Desenvolver atividades/estratégia de promoção da Esperança nos cuidados de saúde aos pais;
- Prestar cuidados especializados em situações com grau de instabilidade vital e cuidados antecipatórios.

De forma a alcançar os objetivos previamente definidos e dar resposta às diferentes etapas da metodologia de projeto, foram planeadas as seguintes atividades:

- Realizar pesquisa bibliográfica para expor informação com evidência científica.
- Realizar uma reunião com a enfermeira coordenadora do serviço e enfermeiro especialista orientador para apresentar a temática e discutir a aplicação no contexto;
- Realizar um poster informativo com o tema “Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem” para atualização de conhecimentos e empoderamento da equipa de enfermagem;
- Elaborar um instrumento de avaliação do poster para ser entregue à equipa de enfermagem;
- Realizar atualização dos folhetos informativos existentes no serviço para os pais/família;

Na fase de planeamento, foi concebido o desenvolvimento de um poster informativo

subordinado ao tema "Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem" (Apêndice X), definindo-se os seus objetivos, conteúdos e estrutura. Este recurso foi concebido com base na evidência científica, apresentando conteúdos estruturados, claros e de fácil leitura, de modo a facilitar a sua integração na prática clínica. Posteriormente, na fase de implementação, o poster foi desenvolvido e disponibilizado à equipa de enfermagem, com o objetivo de promover a atualização e consolidação de conhecimentos sobre a promoção da Esperança enquanto intervenção específica de enfermagem, contribuindo para a capacitação dos profissionais nesta área. O poster foi estrategicamente afixado em local visível no SUP, garantindo o seu acesso a todos os elementos da equipa e promovendo a sua consulta em contexto de trabalho.

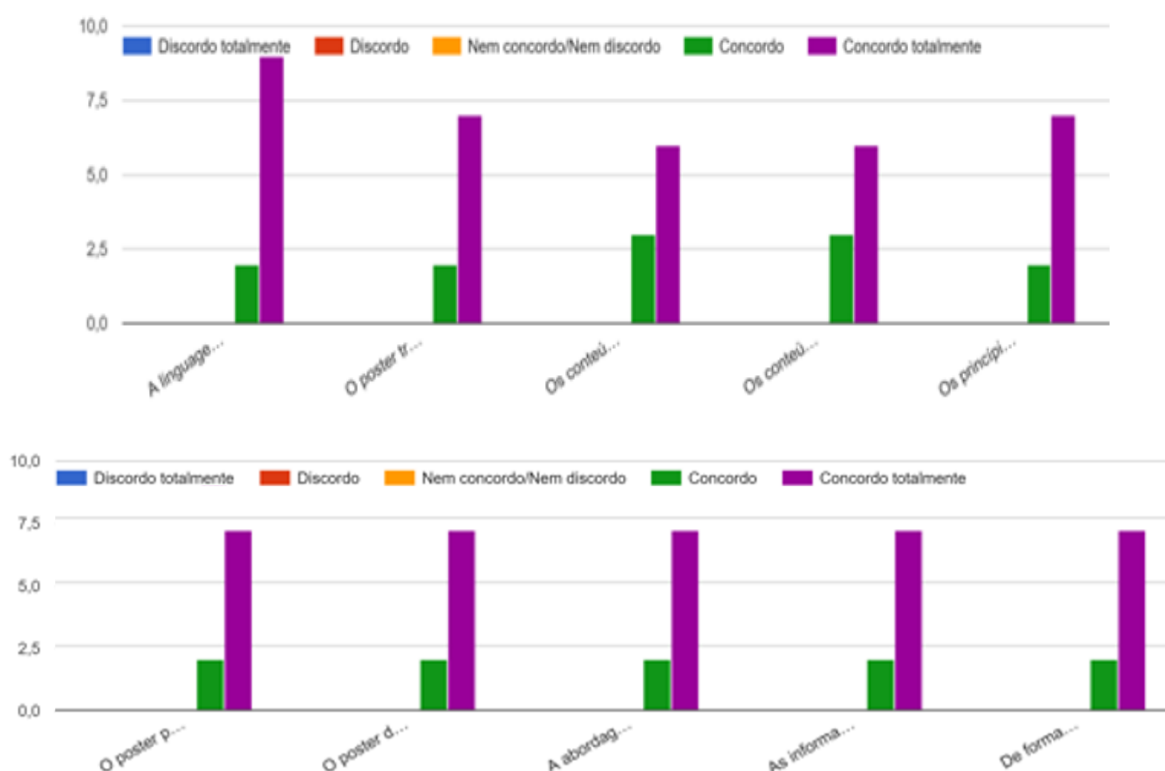
A avaliação da intervenção foi realizada através da aplicação de um instrumento de recolha de dados em formato digital, um questionário [*Google forms*], constituído por 10 questões, que permitiu obter o feedback da equipa relativamente à pertinência, clareza e aplicabilidade do conteúdo apresentado.

Após a análise das respostas ao questionário de avaliação do poster verificamos que os resultados foram globalmente positivos, no entanto, tivemos somente a participação de 10 enfermeiros de uma equipa de 30 elementos. Os participantes demonstraram concordância total quanto à clareza da linguagem utilizada. O poster foi considerado eficaz na transmissão da mensagem de forma objetiva, sendo que a maioria dos participantes manifestou concordância. Relativamente à fundamentação dos conteúdos em evidência científica e ao cumprimento do objetivo proposto, os participantes manifestaram concordância. No que concerne à clareza na exposição dos conteúdos, bem como à aquisição e consolidação de conhecimentos sobre o tema, verificámos uma predominância de concordância total. Por fim, no que diz respeito à coerência entre objetivos, conteúdos e conclusões, bem como à pertinência do tema e à qualidade global do poster, a maioria dos participantes manifestaram concordância elevada, tendencialmente foram registados n=10 inquiridos e entre n=8 e n=7 tiveram concordância total.

Os resultados obtidos revelaram concordância ou concordância total no conteúdo e pertinência do poster e reconhecimento da utilidade do poster para a prática de enfermagem

especializada em pediatria. Valorização do projeto e reforço do empoderamento da equipa na promoção da Esperança.

Gráfico 2: Avaliação do Poster “Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem”



Paralelamente, e em resposta a necessidades identificadas pela equipa de enfermagem, em articulação com a enfermeira gestora do serviço, procedeu-se à revisão e atualização dos folhetos informativos dirigidos aos pais/família existentes no SUP. Neste sentido, esta intervenção teve como objetivo melhorar a qualidade da informação disponibilizada, assegurando a sua adequação às recomendações científicas mais recentes. Os materiais foram elaborados privilegiando uma linguagem clara, simples e acessível, isenta de terminologia técnica, com conteúdos organizados de forma lógica e um design apelativo, facilitando a compreensão e incentivando a sua leitura. Posteriormente foram disponibilizados para entrega aos pais/família.

De salientar que em contexto do SUP, a informação verbal transmitida aos pais pode não

ser plenamente assimilada, devido ao estado emocional e stress associado à situação de doença da criança. Assim, os folhetos informativos assumem um papel complementar fundamental, permitindo o acesso à informação em momentos posteriores, pretende-se com os mesmos contribuir para a redução da ansiedade, promoção da autonomia e reforço da literacia em saúde. Adicionalmente, foi incorporada uma componente inovadora através da utilização de *QR CODE*. Esta estratégia revelou-se adequada às exigências atuais, promovendo um acesso rápido, prático e sustentável aos conteúdos, ao mesmo tempo que responde às necessidades de utilizadores mais familiarizados com as tecnologias digitais.

Em suma, a aplicação da metodologia de projeto neste contexto permitiu desenvolver uma intervenção estruturada e ajustada às necessidades do serviço, contribuindo para o desenvolvimento de competências do EEESIP, nomeadamente na promoção da Esperança, educação para a saúde e capacitação da equipa e da família. Esta abordagem evidencia-se, assim, como uma estratégia eficaz na melhoria da qualidade dos cuidados e na humanização da prática de enfermagem em contexto de urgência pediátrica.

4.4.2 Análise reflexiva das competências específicas e comuns e aprendizagens do EEESIP no SUP

Procedeu-se de forma semelhante à análise reflexiva das competências específicas e comuns do EEESIP:

- a) “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”;
- b) “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”;
- c) “Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018). Foram também analisadas as competências comuns e competências de mestre.

Devido à especificidade e complexidade deste serviço, no qual se lida diariamente com a

imprevisibilidade, pela necessidade de respostas rápidas e pela presença frequente de situações de vulnerabilidade emocional, a criança e a família vivenciam, nestes momentos, sentimentos de medo, ansiedade e incerteza, podendo ver comprometida a sua capacidade de Esperança (Diogo et al., 2020).

A transição da criança para um ambiente novo e desconhecido pode constituir um processo desafiante, particularmente quando implica o afastamento do seu contexto habitual, nomeadamente dos amigos, da escola e da rotina familiar, podendo ocasionalmente desencadear alterações comportamentais e aumentar a vulnerabilidade e desenvolvimento de ansiedade, medo e outras emoções negativas (Ribeiro et al., 2023). Neste sentido, é extremamente relevante a implementação de estratégias que facilitem a adaptação da criança ao ambiente hospitalar, contribuindo para a capacidade de a criança defrontar a doença e fortalecimento do vínculo entre profissionais de saúde, a criança e familiares (Diogo et al., 2020).

A comunicação terapêutica torna-se fundamental nos cuidados à criança com o objetivo de promover o conforto, a redução da ansiedade e a sua cooperação, a utilização de estratégias, designadamente recursos audiovisuais, música, leitura, televisão e exercícios de respiração são as mais frequentemente utilizadas na realização de procedimentos (Carapau et al., 2024). A utilização dessas abordagens/estratégias é particularmente relevante no contexto pediátrico, pois possibilitam o acesso ao universo interno da criança de maneira compatível com seu estadio de desenvolvimento cognitivo e socioemocional.

As crianças apresentam frequentemente limitações no desenvolvimento da linguagem emocional, o que compromete a sua capacidade de verbalizar experiências internas, além disso, o ambiente hospitalar pode representar uma fonte significativa de stress, ansiedade e sensação de perda de controlo. Logo, a intervenção mediada pelo brincar e por recursos expressivos contribui para a regulação emocional, para a redução do sofrimento psicológico e para a promoção de estratégias adaptativas a situações de vulnerabilidade (Ribeiro et al., 2023).

Este local de estágio foi bastante desafiante e enriquecedor no desenvolvimento de competências relacionadas com o cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência. Tivemos a oportunidade de experienciar várias situações em que prestamos cuidados

especializados, realizando a gestão da dor e do bem-estar da criança, providenciando cuidados à criança/jovem promotores de ganhos em saúde. Ao longo do contexto ocorreram vários momentos de prestação de cuidados, especialmente a crianças que surgiram com infeções respiratórias, doenças gastrointestinais de etiologia viral, infeções urinárias, traumatismos acidentais, pós-cirúrgias e doença crónica descompensada, a asma.

Revelou-se fundamental o nosso contributo para a diminuição de respostas emocionais negativas, como a ansiedade, o medo e o desconforto associados a intervenções invasivas na criança. Destaca-se, neste contexto, o brincar terapêutico, que assumiu um papel central como estratégia privilegiada na preparação e no esclarecimento da criança e da família face aos procedimentos. A implementação de estratégia do brincar foi planeada de forma intencional, tendo em conta as características individuais e o desenvolvimento da faixa etária da criança. A criança pode vivenciar sofrimento de carácter emocional e/ou sensorial, sendo essencial implementar estratégias que assegurem o seu conforto, reforcem a sensação de segurança e promovam o seu bem-estar (Carapau et al., 2024).

Foi experienciada uma situação de intoxicação medicamentosa, que nos exigiu a mobilização de conhecimentos e competências para a rápida identificação de sinais de instabilidade na criança, bem como o desenvolvimento da capacidade de antecipação e planeamento de cuidados adequados. Nesta situação de instabilidade procuramos aproveitar ao máximo o contacto com a família para transmitir informação adequada ao nível de compreensão, recorrendo a uma abordagem motivacional com promoção da Esperança, respeitando as suas crenças e contexto cultural (OE, 2018). Como fio condutor, salientamos a Teoria do Cuidado Transpessoal de Jean Watson que enfatiza a natureza relacional dos cuidados de saúde, integrando as dimensões emocionais, espirituais e existenciais. No seguimento desta abordagem pressupõe-se uma interação entre o profissional de saúde e o doente possibilitando a promoção do bem-estar em diversas esferas (Diogo et al., 2020). Esta perspetiva no contexto pediátrico torna-se um contributo para a construção de um ambiente de cuidado que supera a dimensão biomédica, incorporando de forma integrada as necessidades emocionais e espirituais inerentes à experiência da doença pela criança e família.

No âmbito do desenvolvimento de competências educativas e de liderança em enfermagem, as atividades desenvolvidas constituíram-se como estratégias de capacitação da equipa de enfermagem, promovendo a atualização e consolidação de conhecimentos sustentados na evidência científica, funcionando como reforço formativo no quotidiano da prática clínica. Paralelamente, a revisão e atualização dos folhetos informativos destinados aos pais/família assumiu particular relevância ao reforçar conhecimentos e orientar cuidados.

Em síntese, as atividades desenvolvidas foram facilitadoras para a continuidade de cuidados e da promoção da Esperança, reforçando o papel do EE enquanto agente de capacitação, promotor da literacia em saúde e qualidade dos cuidados em Esperança como dimensão estruturante do cuidar em enfermagem.

5. ANÁLISE DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O grau de mestre assume um papel fundamental na consolidação de competências avançadas, refletindo uma articulação entre conhecimento científico, capacidade crítica e intervenção especializada. Este grau encontra-se regulamentado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (2006), na sua redação atual, o qual estabelece que o ciclo de estudos conducente ao grau de mestre visa assegurar a aquisição de conhecimentos aprofundados numa área específica, bem como o desenvolvimento de competências de aplicação desses conhecimentos em contextos complexos e imprevisíveis (Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, 2006).

5.1 COMPETÊNCIAS DO EEESIP COM GRAU DE MESTRE

Neste enquadramento, o enfermeiro com grau de mestre deve demonstrar competências ao nível da análise crítica, tomada de decisão fundamentada e resolução de problemas em contextos clínicos diferenciados. Estas competências são particularmente relevantes enquanto EEESIP, onde a complexidade dos cuidados exige uma abordagem integrada e centrada na criança e na família. De acordo com a OE, o EE deve ser detentor de um conjunto de competências específicas que garantam uma prática segura, ética e baseada na evidência (OE, 2018).

As competências do EEESIP, com grau de mestre, incluem a capacidade de realizar uma avaliação holística da criança e do jovem, considerando o seu desenvolvimento físico, emocional e social. Esta abordagem implica a identificação precoce de alterações no crescimento e desenvolvimento, bem como a implementação de intervenções adequadas às necessidades específicas de saúde (OE, 2018). A prestação de cuidados centrados na família constitui igualmente um pilar fundamental, reconhecendo o papel dos pais ou cuidadores no processo terapêutico. No contexto dos estágios realizados, esta abordagem revelou-se particularmente evidente em diferentes cenários clínicos.

No contexto do SIP, reconheceu-se a importância da presença contínua dos pais, não só

como suporte emocional para a criança, mas também como facilitadores da adaptação ao processo de doença e hospitalização. Já no SUP, apesar do carácter agudo e muitas vezes imprevisível das situações, a integração da família mostrou-se essencial para a recolha de informação clínica relevante e para a redução da ansiedade da criança, exigindo-nos capacidades comunicacionais rápidas e eficazes. Por sua vez, na UCEN, o cuidado centrado na família assumiu uma dimensão ainda mais sensível, promovendo o vínculo precoce através de práticas como o método canguru e incentivando a participação ativa dos pais nos cuidados ao RN, no entanto, devido à multiculturalidade existente a barreira linguística foi uma dificuldade sentida.

O enfermeiro mestre deve evidenciar competências ao nível da liderança e gestão de cuidados. Estas competências incluem a capacidade de coordenar equipas, gerir recursos e promover a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Segundo a OE, o EE assume um papel relevante na organização dos cuidados, contribuindo para a eficiência e segurança dos serviços de saúde (OE, 2019).

Ao longo dos estágios tornou-se evidente que a gestão eficaz dos cuidados implica a articulação entre as necessidades da criança, da família e da equipa multidisciplinar. No SIP, assumimos frequentemente um papel de liderança na organização dos cuidados, promovendo a integração dos pais nas rotinas diárias e assegurando a continuidade dos cuidados após a alta. No contexto do SIP, foram desenvolvidas competências de liderança clínica através da organização e coordenação dos cuidados à criança e à família que se encontravam sob a nossa responsabilidade. Destacou-se o incentivo à participação ativa dos pais nos cuidados diários, nomeadamente na higiene, alimentação e conforto da criança, bem como a preparação para a alta, assegurando a continuidade dos cuidados no domicílio através da educação para a saúde e da capacitação parental. Já na UCEN, a gestão de cuidados exigiu uma liderança sensível e diferenciada, orientada para a promoção do vínculo parental e para a capacitação dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, algumas vezes em situações de elevada complexidade clínica.

A investigação constitui outro domínio central das competências do enfermeiro com grau

de mestre. O Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março (2006), refere explicitamente a importância do desenvolvimento de competências de investigação, incluindo a capacidade de conceber, desenvolver e comunicar trabalhos científicos. Neste sentido, o EEESIP deve ser capaz de integrar evidência científica na prática clínica, promovendo cuidados baseados na evidência e contribuindo para a produção de conhecimento em enfermagem (Benner, 2001).

No decorrer dos estágios realizados, foi possível reconhecer a importância da integração da evidência científica na prática clínica. No SIP, a análise crítica de protocolos e práticas institucionais permitiu compreender a necessidade de atualização contínua dos cuidados prestados, nomeadamente na promoção do cuidado centrado na família. No SUP, a tomada de decisão rápida e eficaz exigiu não só experiência clínica, mas também a capacidade de mobilizar conhecimento científico atualizado, reforçando a importância da formação avançada e da investigação. A informação disponibilizada à família foi atualizada com base em evidência científica mais recente, contribuindo para a disseminação de conhecimento e para a adoção de práticas de cuidado fundamentadas. Na UCEN, onde os cuidados são altamente especializados, a aplicação de práticas baseadas na evidência, em estratégias de controlo da dor neonatal e transição para a parentalidade, evidencia a qualidade dos cuidados. A elaboração de trabalhos e projetos e a implementação de práticas inovadoras foram essenciais, contribuindo para a excelência de cuidados em EEESIP.

No domínio ético e deontológico, o exercício profissional do enfermeiro especialista encontra-se orientado pelo Código Deontológico do Enfermeiro, que estabelece princípios fundamentais como o respeito pela dignidade humana, autonomia, confidencialidade e responsabilidade profissional (OE, 2015). Na área pediátrica, as competências comunicacionais constituem igualmente uma dimensão fundamental da prática de enfermagem. A comunicação eficaz com a criança e a família permite estabelecer uma relação terapêutica de confiança, facilitando a adesão ao regime terapêutico e promovendo a educação para a saúde. Segundo Jean Watson, a relação de cuidado deve basear-se em princípios de empatia, presença e humanização, sendo estes aspetos fundamentais na prática de enfermagem pediátrica (Watson, 2012).

Por fim, o EE deve demonstrar autonomia na atualização contínua de conhecimentos, acompanhando os avanços científicos e tecnológicos que influenciam a prática clínica. Esta competência é essencial para garantir a qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como para promover a inovação em enfermagem (Decreto-Lei n.º 74/2006 , de 24 de março de 2006).

Em síntese, o exercício do EEESIP, com grau de mestre, integra dimensões clínicas, científicas, éticas e organizacionais, que sustentam uma prática avançada, crítica, reflexiva e baseada na evidência. A mobilização destas competências contribui para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados e para o desenvolvimento da profissão de enfermagem.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente caminho formativo revelou-se um processo exigente e profundamente transformador de construção profissional e pessoal, sustentado na articulação entre o conhecimento científico e a prática clínica especializada. A centralidade do conceito de Esperança na Promoção da Esperança nos Cuidados à Criança e Família emergiu como um eixo transformador de intervenção enquanto EEESIP, revelando-se transversal, pertinente e estruturante nos contextos clínicos.

A implementação da metodologia de trabalho de projeto permitiu uma intervenção sistematizada, sustentada na evidência científica e ajustada às necessidades específicas de cada contexto. Contudo, ao longo do percurso, foram identificadas dificuldades, nomeadamente na adaptação das estratégias às especificidades institucionais, na gestão do tempo em contexto clínico e na integração consistente de práticas baseadas em evidência em ambientes marcados por rotinas estabelecidas. Adicionalmente, emergiram desafios ao nível da operacionalização de um conceito abstrato como a Esperança em intervenções concretas e mensuráveis.

Face a estas dificuldades, foram desenvolvidas estratégias de superação, incluindo a procura contínua de evidência científica atualizada, o recurso a tecnologias digitais como suporte à tomada de decisão e à intervenção, bem como o investimento na comunicação terapêutica e na relação de parceria com a criança e família. A reflexão crítica contínua e a supervisão clínica revelaram-se igualmente fundamentais para o reajuste das práticas e para a consolidação de competências.

Este percurso permitiu identificar necessidades reais e elaborar um plano de intervenção orientado, garantindo coerência entre o diagnóstico situacional, os objetivos delineados e as estratégias implementadas. Os resultados obtidos constituem um indicador empírico da relevância das intervenções desenvolvidas na promoção da Esperança, evidenciando ganhos positivos ao longo dos diferentes contextos clínicos.

A análise dos resultados permitiu evidenciar a utilidade e a aceitabilidade das estratégias delineadas pelos participantes, bem como o potencial das tecnologias digitais como recursos

facilitadores da prática clínica baseada em evidência científica. Neste sentido, reforça-se o potencial destes recursos enquanto instrumentos estruturantes de apoio à intervenção especializada, à promoção da literacia em saúde e à capacitação parental, facilitando os processos de educação para a saúde e a adaptação da criança e da família. Ao longo deste percurso, nos diferentes contextos clínicos, emergiu a oportunidade de desenvolver e consolidar competências técnicas e científicas do EEESIP. Paralelamente, foram aprofundadas competências comuns e competências de mestre, designadamente ao nível da liderança, tomada de decisão fundamentada, pensamento crítico-reflexivo, gestão de cuidados e melhoria contínua da qualidade.

A Esperança, enquanto conceito multidimensional, revelou-se não apenas como um valor humano, mas também como uma competência terapêutica diferenciadora do cuidar especializado ao longo de todo o percurso. Tornou-se claro que a promoção da Esperança não implica a negação da realidade da doença ou da adversidade, mas, sim, o apoio à criança e à família na construção de sentido, na identificação de possibilidades e na descoberta de caminhos viáveis dentro das suas próprias circunstâncias. A promoção da Esperança requer, portanto, intencionalidade na intervenção, sustentação no conhecimento científico, sensibilidade ética e uma elevada competência relacional.

Conclui-se, portanto, que os contextos clínicos representaram uma etapa determinante no desenvolvimento de competências especializadas e na afirmação de um posicionamento profissional comprometido com a excelência dos cuidados, com a defesa da dignidade da criança e família e com a promoção da Esperança como essência do cuidar em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Considera-se que foram desenvolvidas e consolidadas competências técnicas e científicas para o progresso e desenvolvimento de estratégias inovadoras, bem como para a promoção de ganhos em saúde centrados na criança e na família.

Em perspetiva futura, reconhece-se a necessidade de investimento contínuo na atualização científica, na investigação e na disseminação do conhecimento, com vista ao fortalecimento de práticas clínicas cada vez mais qualificadas e humanizadas, sustentadas na promoção da Esperança enquanto recurso terapêutico essencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Regional de Saúde do Algarve. (s.d.). *Cuidados de saúde primários*. ARS Algarve. [ARS | Algarve](#)
- Afonso, S. da R., Padilha, M. I., Elizondo, N. R., Dal Vesco, S. P., Morera, J. A. C., & Neves, V. R. (2025). Jean Watson's theory of human caring and its applicability in nursing care and education: An integrative review. *Revista Enfermería Actual en Costa Rica*, (48). <https://doi.org/10.15517/ed3htv17>
- Alves, J. S. S., Veras, J. L. A., Santos, C. R., Holanda, E. R., Simoneti, R. A. A. O., Costa, L. S., Teixeira, C. R. S., & Santos, E. C. B. (2024). *Estresse, ansiedade e depressão em pais ou cuidadores de menores com diabetes mellitus tipo 1*. Revista de Enfermagem UFPE on line, 18, e259917. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2024.259917>
- Amaral, M. C. da C. (2023). Promoção da parentalidade: O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na parentalidade positiva. [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa]
- Associação das Escolas Superiores de Enfermagem e de Saúde. (2022). *Regulamento de funcionamento do Mestrado em Enfermagem*. AESES.
- Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2016). Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais. ANIP.
- Benner, P. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Prentice Hall.
- Bica, I., Condeço, L., Cordeiro, M., & Marinho, C. (2024). *Cuidar a criança e família: Desafios atuais de enfermagem pediátrica*. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu.
- Carapau, F. A. da C. C., Silva, J. R. E. R. da, & Rocha, G. M. da. (2024). *A música enquanto instrumento de comunicação terapêutica na criança hospitalizada*. Revista Recien, 14(42), 433–441. <https://doi.org/10.24276/rrecien2024.14.42.433441>
- Carvalho, M. S., Duarte, T., & Charepe, Z. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congénita: Reflexão sobre as vivências dos pais. Cadernos de Saúde, 14(1), 51–57. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10195>

- Cunha, C. M. da. (2017). *As vivências dos pais de um recém-nascido prematuro em situação crítica* [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Universidade do Minho Repositório.
- Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março. Regime jurídico dos graus académicos e diplomas do ensino superior. Diário da República.
- Diário da República. (2024). Lei n.º 8/2024. Código deontológico. Diário da república. Série I de 2024-01-19
- Diário da República. (2015). Lei n.º 156/2015. Código deontológico. Diário da república. Série I de 2015-09-16
- Diário da República. (2009). Lei n.º 281 /2009, de 6 de outubro, Diário da República. 1.ª Série, n.º 193 de 2009-10-06
- Diário da República (1999). Lei n.º 147/99 de 1 de setembro: Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Diário da República, 1.ª Série-A, 204, 6115-6132
- Dias, T. K. C., Evangelista, C. B., Zaccara, A. A. L., Dias, K. C. C. O., Costa, B. H. S., & França, J. R. F. de S. (2023). Reflexão crítica da teoria de Jean Watson: Estudo fundamentado no modelo de Chinn e Kramer. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(8), 4203–4213. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v27i8.2023-005>
- Diogo, P., Costa, A. I., & Almeida, T. (2020). *Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: Revisão scoping*. Pensar Enfermagem, 24(2), 44–61.
- Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Saude-Escolar-2015.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (2013). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 10/2013 de 31 de maio de 2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Ferreira, C. S. (2023). Promoção da esperança no cuidado de enfermagem ao adolescente e família. <http://hdl.handle.net/10400.14/44678>
- Harillo A., D., Rico B., J. I., & López M., Á. (2017). *La filosofía de los cuidados centrados en el desarrollo del recién nacido prematuro (NIDCAP): una revisión de la literatura*. *Enfermería Global*, 16(4), 577–589. <https://doi.org/10.6018/eglobal.16.4.263721>

- Henriques, N. L., Silva, J. B., Charepe, Z. B., Braga, P. P., & Duarte, E. D. (2023). Fatores promotores e ameaçadores da esperança em cuidadores de crianças com condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3898. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6366.3898>
- Hockenberry, M. J., & Wilson, D. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.
- International Council of Nurses. (2019). *CIPE®: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Versão 2019)*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Konzen, K. M., Sangoi, K. M., Santos, M. S., Meneghete, M. C., & Cargnin, M. B. (2024). Relação do cotidiano da enfermagem intensivista e Processo Clínico Caritas de Jean Watson. *Enfermagem Brasil*, 23(1), 1345–1358. <https://doi.org/10.62827/eb.v23i1.qt21>
- Magão, M. T. G. (2017). *A esperança em ação: A experiência da esperança em pais de crianças com uma doença crónica* [Tese de doutorado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].
- Magão, M. T. G. (2000). *A esperança nos pais de crianças com cancro: Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde* [Dissertação de mestrado, Instituto Superior de Psicologia Aplicada]. Repositório do ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.12/626>
- Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE001545. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545>
- Marques, S. C. de P. (2017). Promover o conforto da criança com necessidades especiais de saúde e família. <http://hdl.handle.net/10400.14/23812>
- Martinho, L., & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: Proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 7–15. <https://doi.org/10.37548/rpe/1sem2020/1>
- Martins, M. S. C. (2021). *Promoção da esperança da criança com doença crónica e família*. Universidade Católica Portuguesa.

- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113 – 121.
- Mendes, T. N., Cardoso, E. L. S., Neves, N. T. A. T., Araújo, Y. B., & Silva, K. L. (2022). *Avaliação do funcionamento familiar de crianças e adolescentes com doença crónica. Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 10(3), 475–487. <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i3.5843>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2018). *Parecer n.º 08/2018: Injeção rápida de vacina intramuscular sem aspiração em pediatria*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro (Regulamento n.º 140/2019). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 26, 6 de fevereiro de 2019.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). *Diário da República*, 2.ª série, N.º 133, 12 de julho de 2018.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código deontológico do enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização: Vol. Série I, Número 8.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume III. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2008). *Proposta da Ordem dos Enfermeiros: Modelo organizacional da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Pacheco C. De S., F. M. R., & Dos Santos Curado, M. A. (2020). Avaliação Do Stress Parental Na Unidade De Neonatologia: Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*, 24(2), 65 – 85.

- Pedroso, C. J. (2017). Impacto da parceria de cuidados para a criança hospitalizada e sua família. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: Revista INFAD de Psicología*.
- Pinto, V. C. M., & Malheiro, M. I. D. C. (2022). *Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: Uma revisão scoping*. *Pensar Enfermagem*, 26 (1), 5–14. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v26i1.194>
- Querido, A., & Charepe, Z. (2023). What do we know about hope in nursing care? A synthesis of concept analysis studies. *Healthcare*, 11(20), 2739. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202739>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Enfermagem em saúde da criança e do jovem. *LIDEL*.
- Ramos Caballero, E. J., & Flores Chura, M. Y. (2023). *Estrés parental y percepción del cuidado parental de enfermería en neonatología*. *Pensamiento Americano*, 16(32), 1–19. <https://doi.org/10.21803/penamer.16.32.525>
- Resende, A., & Figueiredo, M. (2018). *Práticas de literacia familiar: Uma estratégia de educação para a saúde para o desenvolvimento integral da criança*. *Portuguese Journal of Public Health*, 36(2), 102–113. <https://doi.org/10.1159/000492265>
- Ribeiro, A. M. N., Leite, Y. M. R., Toussaint, L. S. M., Rosal, V. M. S., Marques, L. L., Oliveira, C. S., Vogado, S. S. F., & Costa, N. L. (2023). *A ludoterapia como estratégia de humanização na assistência pediátrica*. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 43(1), 63–66.
- Riegel, F., Crossetti, M. da G. O., & Siqueira, D. S. (2018). Contributions of Jean Watson's theory to holistic critical thinking of nurses. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(4), 2072–2076. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0065>
- Rosenbaum, K. A. (2022). *Exclusive breastmilk pumping: A concept analysis*. *Nursing Forum*, 57(5), 946–953. <https://doi.org/10.1111/nuf.12766>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas*. *Percursos*, (15), 1–8. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2023). *Dia Mundial da Prematuridade*. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=372&op=2&ID=132>
- Sousa, P. C. M. M. de, Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 4–17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Tavares, P. P. S. (2011). *Acolher Brincando*. Loures: Lusociência.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: Modelos e teorias de enfermagem* (5.^a ed.). Lusociência.
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M. F. P. S., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M. P. L., & Cardoso, M. F. P. T. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: Scoping review*. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278–295. <https://doi.org/10.30681/252610105480>
- Vieira, M., & Lima, R. (2002). Crianças e adolescentes com doença crónica convivendo com mudanças. *Rev Latino-Am Enfermagem*, 10(4), 552–560.
- Watson, J. (2012). *Nursing: The philosophy and science of caring*. University Press of Colorado
- World Health Organization. (2023, May 9). *152 million babies born preterm in the last decade*. <https://www.who.int/news/item/09-05-2023-152-million-babies-born-preterm-in-the-last-decade>
- Zuchetto, M. A., Schoeller, S. D., Vargas, C. P., Antunes, L., & Vargas, M. A. O. (2021). Refletindo o cuidado de enfermagem de reabilitação: Teoria do reconhecimento atravessada pelo princípio da esperança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 42, e20200093. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200093>

APÊNDICES

APÊNDICE I – Sessão de formação “Promoção da Esperança nos Cuidados à Criança e Família em contexto da IPI”

IX MESTRADO EM ASSOCIAÇÃO EM ENFERMAGEM
1º ANO 2º SEMESTRE
ANO LETIVO 2024/2025

Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da Intervenção Precoce na Infância (IPI)

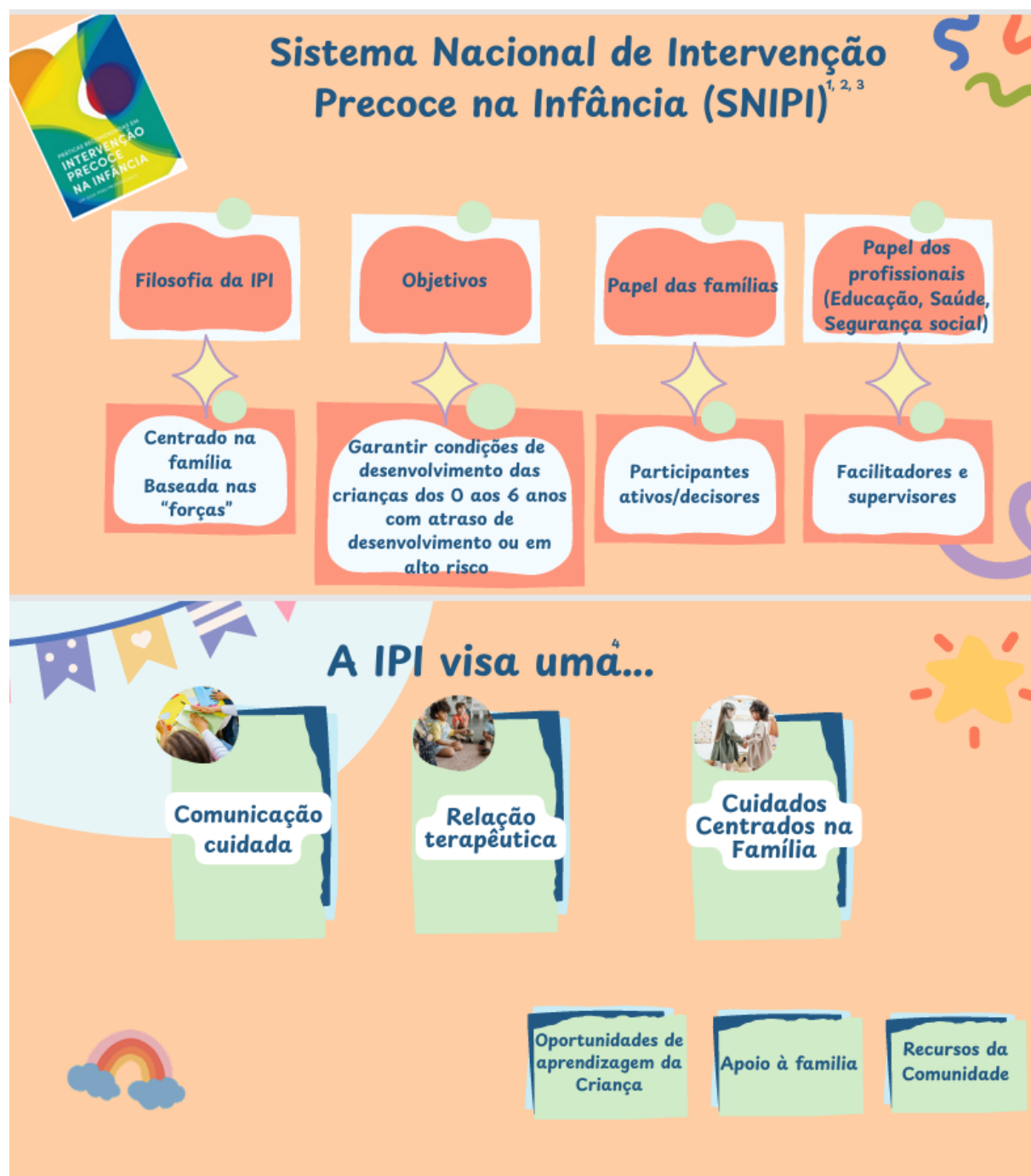
Discente: Ana Margarida Vieira
Docente orientadora: Prof. Dr.ª Maria Eduarda Correia
Enf.ª ESIPI Orientadora: Cátia Matos

maio, 2025

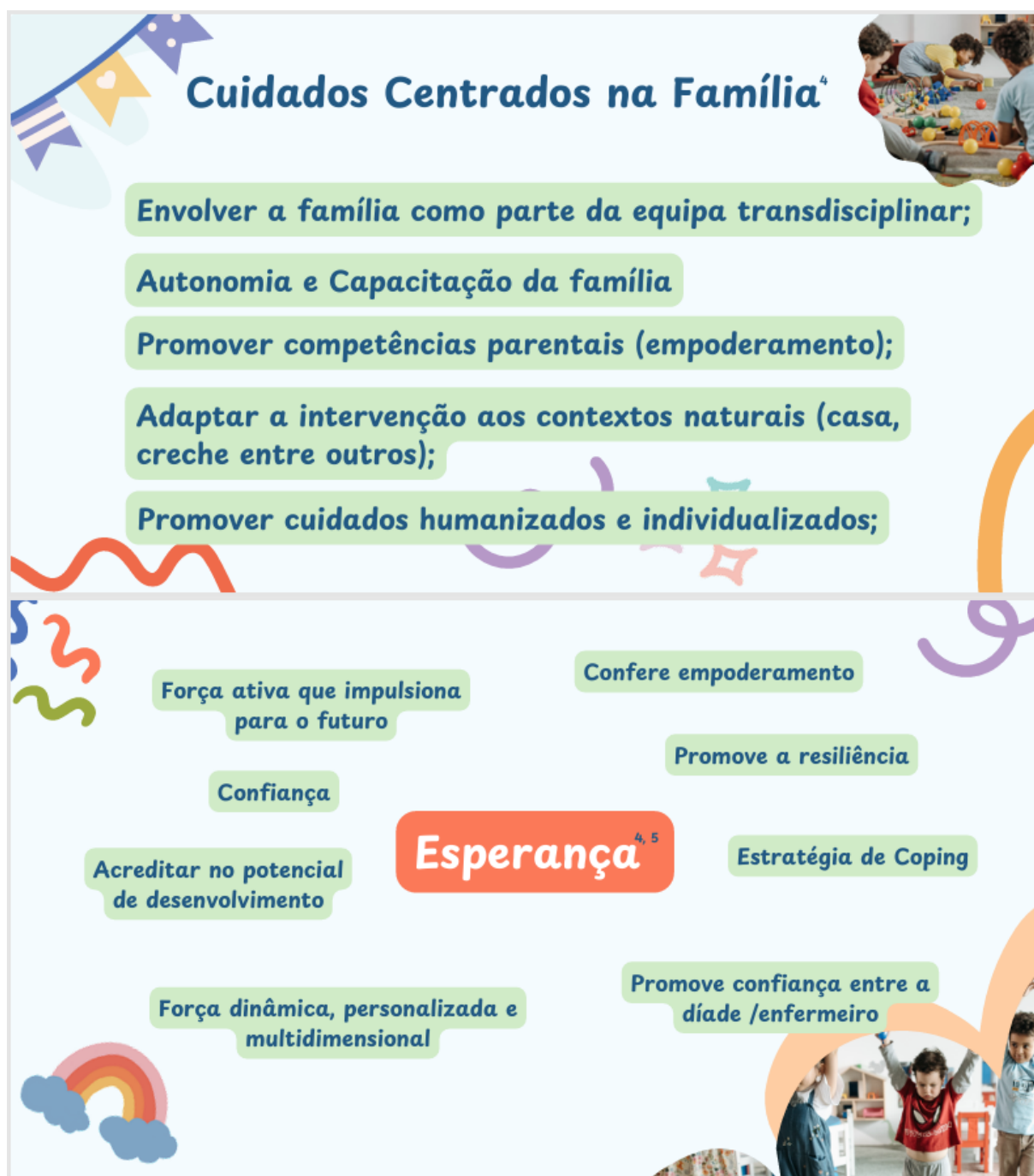
Objetivos

Conhecer o impacto potenciador da promoção da Esperança na IPI

Explorar estratégias/atividades de promoção de Esperança na IPI











Promoção de Esperança do EESIP^{6,7}

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

E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.

E2.5.5. Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.








Intervenção de enfermagem para a promoção da Esperança⁶



Observar

Identificar: crenças, recursos da família, estratégias anteriores de adaptação eficazes e avaliar a aceitação do papel parental.

Gerir

Otimizar: crença religiosa, papel parental e planear suporte á família.





Intervenção de enfermagem para a promoção da Esperança⁶

Atender

Facilitar a comunicação, suporte social, familiar, as dificuldades sentidas pelos pais, encorajar e elogiar desempenho da família e resultados obtidos e apoiar a família na tomada de decisões.

Informar

Ensinar a família sobre complicações, instruir nos cuidados específicos, orientar para serviços de saúde necessários e/ou associações, grupos de suporte.



Atividades Promotoras de Esperança na IPI



Mapa de Conquistas

	SEGUNDA-FEIRA	TERÇA-FEIRA
Fiz xixi na sanita		
Lavei os dentes		
Preparei a mochila		

Futuro em Cores





Atividades Promotoras de Esperança na IPI

Caixa de Esperança



Considerações finais

Na intervenção precoce, cada pequena conquista é uma grande vitória.

Escutar e compreender as prioridades e expectativas da família.

Qualidade técnica permite apoiar e dar resposta às dúvidas da família.

A Esperança fortalece o presente e prepara o futuro de cada criança/família.

Promover a Esperança é ajudar cada família a ver além das limitações, promovendo a sua transição.



Obrigada pela atenção



Referências bibliográficas

- 1-Bica, I., Condeço, L., Cordeiro, M., & Marinho, C. (Coords.). (2024). Cuidar a criança e família: Desafios atuais de enfermagem pediátrica. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu.
- 2-Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2016). Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais. ANIP.
- 3-Decreto-Lei n.º 281/2009 do Conselho de Ministros. (2009). Diário da República: I Série, n.º 193. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- 4-Cardoso, M. L. R., & Fernandes, J. C. A. (2021). Esperança como fator de proteção para mães de crianças com necessidades especiais. Revista Kairós: Gerontologia, 24(1), 103-118. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2021v24i1p103-118>
- 5-Antunes, N. M. M. (2023). Promoção da esperança dos pais de crianças e jovens com necessidades especiais de saúde: um cuidado confortador (Relatório de Estágio, Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- 6-Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica - Volume III. Ordem dos Enfermeiros.
- 7-Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). Diário da República, 2.ª série, N.º 133, 12 de julho de 2018.

APÊNDICE II – Plano de sessão de formação

Plano de Sessão de Formação					
Tema: Promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e família no contexto da Intervenção Precoce na Infância (IPI)					
Formadora: Ana Margarida Vieira		Professora Orientadora: Professora Doutora M ^a Eduarda Correia		Enf. Esp. Orientadora:	
Local: UCC		Data: 04/06/2025		Duração: 1h	
Destinatários: Equipa Local de Intervenção					
Objetivo Geral: Promover o conhecimento e aplicação de estratégias de promoção da Esperança junto das famílias no contexto da Intervenção Precoce na Infância.					
Objetivos Específicos: - Conhecer o impacto empoderador da promoção da Esperança na IPI; - Explorar estratégias práticas e atividades para fomentar a Esperança na IPI.	Conteúdos: - Conceito e filosofia da IPI; - Cuidados centrados na família; - Papel dos profissionais e família na IPI; - Esperança como força; -Estratégias e atividades promotoras de esperança.	Metodologia utilizada: Interativa; expositivo oral; exemplificação prática de atividades promotoras de esperança.	Recursos Didáticos: Computador, Diapositivos, Projetor e instrumento de avaliação de sessão de formação.	Atividades didáticas: Simulação da criação de um “Mural dos Progressos”; - Dinâmica em grupo: “Caixa da Esperança”.	Avaliação: Questionário online; - Feedback oral sobre a aplicabilidade das estratégias apresentadas.

APÊNDICE III –Flyer informativo “Atividades Promotoras de Esperança”

PRIMESTRADO EM ASSOCIAÇÃO EM ENFERMAGEM
1º ANO 2º SEMESTRE
ANO LETIVO 2024/2025
Discente: Ana Margarida Vieira
Docente Orientadora: Prof. Dr.ª Maria Eduarda Correia
Enf.ª ESP: Orientadora: Cátia Matos

ATIVIDADES PROMOTORAS DE ESPERANÇA

Caixa da esperança

Constituída por mensagens de Esperança para a família, com mensagens de apoio, frases inspiradoras e/ou com palavras de incentivo.

No final de reunião do grupo de apoio aos pais ou quando um novo progresso for alcançado pela criança, os pais ou cuidador pode retirar uma mensagem positiva da caixa.

Benefício: Reforçar emoções positivas, criar um espaço simbólico de resiliência e proporcionar momentos de reflexão positiva e esperança.

Mapa de Conquistas

Atividade em que a família ou a criança escreve ou coloca um símbolo quando executa ou alcança um progresso com sucesso. Em casa na sua rotina semanal a família poderá realizar um mapa das conquistas. Em contexto de consulta com profissional poderão realizar um mapa individual e no final assinalarem o progresso que foi alcançada.

Benefícios: Reforçar a motivação e visualização positiva da conquista.

	SEMANA 1	SEMANA 2
Fez algo na escola	😊	😊
Lavou os dentes	😊	😊
Respondeu à consulta	😊	😊

Futuros em cores

A criança desenha ou escreve como se imagina no futuro (na escola, com amigos, com a família, uma profissão, um desejo).

Benefício: Fomentar visualização positiva do futuro.



APÊNDICE IV – Instrumento de avaliação de sessão de formação

Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da Intervenção Precoce na Infância

Instrumento de Avaliação da sessão formativa

* Indica uma pergunta obrigatória.

1. Email *

0

No contexto de estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade, foi elaborado um instrumento de avaliação da sessão formativa destinado à equipa de Intervenção Precoce na infância com o objetivo de promover a melhoria contínua dos cuidados prestados, convidando-lo(a) a responder ao seguinte instrumento de avaliação. A sua opinião é fundamental para identificarmos os pontos fortes da sessão, bem como as áreas que podem ser aperfeiçoadas pelo formador.

A participação é voluntária. Pode optar por não participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalização. Todas as respostas serão mantidas confidenciais, e a informação recolhida será utilizada para efeitos de estudo. Os dados serão armazenados de forma segura e acessíveis apenas ao responsável pelo projeto. Ao responder, está a dar consentimento livre e esclarecido para participar, autorizando o uso dos dados obtidos exclusivamente para os fins mencionados anteriormente.

Ana Margarida Vieira

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade

Marcar tudo o que for aplicável.

	Discordo Totalmente	Discordo	Não concordo/ Nem discordo	Concordo	Concordo Totalmente
Os conteúdos da sessão foram claros e relevantes	☐	☐	☐	☐	☐
Os conteúdos da sessão foram pertinentes e úteis para a minha prática profissional.	☐	☐	☐	☐	☐
Os conteúdos apresentados baseiam-se na evidência científica.	☐	☐	☐	☐	☐
Verificou-se uma adequação dos métodos utilizados ao tema tratado.	☐	☐	☐	☐	☐
A duração da sessão foi adequada.	☐	☐	☐	☐	☐
O formador apresentou domínio e clareza na exposição da matéria tratada na sessão de formação.	☐	☐	☐	☐	☐
O formador estabeleceu um bom relacionamento com os formandos.	☐	☐	☐	☐	☐
Os objetivos da sessão foram concretizados.	☐	☐	☐	☐	☐
A sessão de formação permitiu a aquisição/consolidação de conhecimentos sobre o tema.	☐	☐	☐	☐	☐

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE V - Projeto “Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da IPI”



IX Mestrado em Enfermagem em Associação

Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da Intervenção Precoce na Infância

Ana Margarida Vieira

Évora

2025



IX Mestrado em Enfermagem em Associação

1º ano 2º semestre

Ano letivo 2024/2025

Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da Intervenção Precoce na Infância

Unidade Curricular: Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Discentes:

Ana Margarida Vieira

Docente:

Professora Doutora Maria Eduarda Correia

Évora

Maio, 2025

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA - American Psychological Association

CIPE - Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem

EE - Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ELI - Equipa Local de Intervenção

IPI - Intervenção Precoce na Infância

OE - Ordem dos Enfermeiros

PIIP - Plano Individual de Intervenção Precoce

SNIP - Sistema Nacional de Intervenção Precoce

UCC - Unidade de Cuidados à Comunidade

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	84
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	87
1.1 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA COMO PILAR NA INTERVENÇÃO PRECOCE: FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS	87
2. ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE ESPERANÇA NO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA	90
2.1 ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE ESPERANÇA	91
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	96

INTRODUÇÃO

O presente trabalho académico surge no contexto do IX Mestrado em Enfermagem em Associação, na Universidade de Évora, no ano letivo de 2024/2025, em contexto de estágio nos Cuidados Primários, na Unidade de Cuidados à Comunidade – Intervenção Precoce na Infância [IPI].

É um projeto para implementação de atividades/estratégias no programa de IPI da Unidade de Cuidados Continuados [UCC]. Este segue a linhas orientadoras do tema a que me proponho desenvolver em cada contexto de estágio. A sua elaboração assenta na Metodologia de Projeto, esta tem, como principal propósito focar-se na resolução de problemas identificados, permitindo o desenvolvimento de habilidades e competências pessoais por meio da criação e implementação de projetos em contextos reais (Ruivo et al., 2010). Esta metodologia é constituída por cinco fases que irão ajudar na linha de orientação e trajeto que irei fazer ao longo dos contextos de estágio, iniciando-se com a elaboração do diagnóstico da situação, planificação de atividades e estratégias, execução das atividades propostas, avaliação e divulgação de resultados (Ruivo et al., 2010).

É uma metodologia reflexiva, sistemática, participativa e controlada e visa a identificação de necessidades, tendo uma abordagem baseada na investigação, de forma a resolver as necessidades, possibilitando a aquisição de competências através da experiência na realização de ações práticas, utilizando o conhecimento teórico centrado na investigação e adquirido (Ruivo et al., 2010).

Com a realização deste Projeto, pretendo contribuir de forma significativa para a melhoria dos cuidados de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no contexto de IPI, pois, através da identificação dos diagnósticos/problemas observadas na situação de contexto real e planificação de estratégias para a resolução do problema identificado, de forma específica, individual, com conhecimento baseado em evidência científica, haverá promoção do desenvolvimento de inovadoras formas de resolução (Ruivo et al., 2010).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros [OE] (2017), o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP] tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados e fundamentados em evidência científica, garantindo a segurança, competência e qualidade nos cuidados à criança/jovem, seja saudável ou doente, independentemente do contexto em que se encontrem, seja em hospitais, unidades de cuidados primários, escolas, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados

continuados ou domicílio.

Essa atuação visa otimizar o estado de saúde, garantindo uma abordagem holística e centrada nas necessidades individuais, pelo que considero que este Projeto irá proporcionar o desenvolvimento de atividades/estratégias de promoção de Esperança no contexto da IPI.

A IPI caracteriza-se por um conjunto de ações multidisciplinares com objetivo de providenciar suporte e recursos às famílias de crianças entre os 0 e 6 anos de idade que apresentam atraso no desenvolvimento, incapacidades ou risco grave de atraso de desenvolvimento decorrente de fatores biológicos e/ou ambientais. Essas ações envolvem a mobilização ativa de redes de apoio social, tanto informais (familiares e comunitárias) quanto formais (institucionais), as quais, por sua vez, influenciam direta ou indiretamente o desenvolvimento infantil e o funcionamento familiar (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016). Configura-se como uma estratégia de elevada relevância a nível social, educação e saúde, com potencial para prevenir e/ou atenuar fatores primárias e secundárias que comprometem o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança (com deficiência ou incapacidade ou em situação de alto risco) nas primeiras idades. A prática da equipa multidisciplinar assenta numa visão holística e integrada do desenvolvimento da criança, com ênfase no contexto natural da criança e família e papel ativo dos cuidadores (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

A IPI apresenta uma abordagem centrada na família, valorizando o seu papel com parceria de cuidado à criança, orientada para o empoderamento familiar. Esta promove a autonomia e tomada de decisões relativas ao desenvolvimento da criança, reconhecendo e potenciando as suas competências existentes. Simultaneamente, incentiva a mobilização de recursos internos e externos que contribuam para a sua capacitação contínua (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

O processo de adaptação a adversidades e diagnósticos conferem aos pais sentimentos, como incerteza em relação ao futuro, medo, sofrimento, desamparo, ansiedade, exaustão, choque, medo e stress físico e emocional, associados ao medo da morte dos filhos, evidencia a necessidade de intervenção no âmbito da esperança parental (Carvalho et al., 2022). A promoção da esperança aos pais torna-se, assim, um aspeto central nos cuidados de enfermagem, contribuindo para minimizar o impacto emocional das adversidades e fortalecer os recursos internos e externos para o enfrentamento da situação (Querido & Charepe, 2023). Desta forma, evidencia-se a relevância e a pertinência da implementação de estratégias de promoção de Esperança no programa de IPI, pois seria claramente um contributo significativo

para os pais de forma a que estes desenvolvessem sentimentos de confiança, segurança ou conforto formulando objetivos novos e realistas para a criança.

A OE (2011), caracteriza a Esperança como multidimensional, central á vida, empoderadora, dinâmica, correlacionada com a ajuda externa e o cuidado, personalizada e com sentido no futuro. Parece-me significativo a procura de que modo o EEESIP pode ajudar na promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança e família nos vários contextos de saúde, ou seja, quer em situação complexa quer em situação saudável ao longo do ciclo vital.

A Esperança desempenha um papel protetor na regulação emocional enquanto componente essencial na promoção, preservação e continuidade da vida, atenuando a ansiedade e o sofrimento. Essa influência está diretamente relacionada ao fortalecimento das expectativas parentais e à promoção do seu bem-estar psicológico, contribuindo para a sua adaptação e resiliência diante das adversidades (Carvalho et al., 2022).

No exercício dos cuidados de enfermagem, o EEESIP deve estabelecer uma comunicação efetiva que promova a saúde da criança/jovem e família, visando à maximização do bem-estar e satisfação das suas necessidades ao longo das diferentes fases do desenvolvimento. Trata-se de um processo dinâmico, contínuo e sujeito a variações ao longo do tempo (OE, 2017). Tornando-se essencial a otimização do bem-estar nas várias dimensões, física, psicológica, intelectual, social e espiritual, possibilitando que a criança alcance plenamente o seu potencial, considerando a interdependência com os pais (OE, 2017).

A procura permanente da excelência no exercício profissional enquanto futura EEESIP para a maximização do bem-estar da criança/jovem e família, garantindo cuidados promotores de capacitação para os problemas identificados será uma continuidade, pois segundo a OE, o EEESIP visa alcançar elevados níveis de satisfação da criança/jovem, considerando a parceria no cuidado estabelecida com os pais, cuidadores informais ou pessoas significativas, que desempenham um papel fundamental no seu processo (OE, 2017).

Este projeto tem como o objetivo geral a intervenção com base nas competências do EEESIP, visando **promover a Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no contexto da Intervenção Precoce na Infância.**

Apresentando como objetivos específicos:

- Desenvolver competências de EEESIP e equipa da ELI na promoção da Esperança à criança e família em contexto da IPI;
- Desenvolver atividades/estratégia que promovam a Esperança à criança e família no contexto da IPI;
- Promover parceria ativa com a criança e família, reforçando as suas competências e tomadas decisão partilhada;

Para a elaboração do presente trabalho foram utilizadas as Normas de Elaboração de Trabalhos Escritos da Escola Superior de Saúde S. João de Deus- Universidade de Évora, bem como as Normas da American Psychological Association [APA] 7.^a Edição.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

A compreensão aprofundada dos fundamentos teóricos e conceptuais que sustentam a prática de enfermagem é essencial para clarificar o papel da Esperança enquanto dimensão terapêutica na intervenção clínica. No âmbito da EEESIP particularmente no contexto da Intervenção Precoce na Infância, torna-se fundamental reconhecer a esperança como um recurso promotor de resiliência e capacitação familiar. Este enquadramento teórico constitui o alicerce da atuação do EE permitindo-lhe desenvolver intervenções baseadas na evidência e centradas na família e nas necessidades da criança em risco ou com alterações de desenvolvimento, promovendo um cuidado holístico, precoce e orientado para o fortalecimento de competências e vínculos afetivos.

1.1 PROMOÇÃO DA ESPERANÇA COMO PILAR NA INTERVENÇÃO PRECOCE: FUNDAMENTOS E ESTRATÉGIAS

O cuidar em enfermagem baseia-se numa relação interpessoal que permite a troca de emoções, tornando essencial a gestão consciente desses sentimentos pelo enfermeiro, a fim de aprimorar a qualidade dos cuidados prestados (Martinho & Diogo, 2020).

Os cuidados voltados para a promoção da Esperança tornam-se especialmente importantes, considerando a natureza das adversidades, as limitações e os desafios diários relacionados com a gestão dos problemas, o cumprimento de tratamentos e a disponibilidade de cuidados de saúde e recursos.

A Esperança tem vindo a gerar interesse gradual e crescente por vários autores, pela experiência de conforto, para a capacitação da pessoa em se debater com momentos de crise e para manter qualidade de vida, contribuindo para a promoção de saúde e alcance de objetivos reais (Maravilha et al., 2021).

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem [CIPE] (2019) descreve a Esperança como “emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros ou no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões e vontade de viver, paz interior e otimismo, associados ao estabelecimento de objetivos e mobilizar energia”.

De acordo com Querido e Charepe (2023) a Esperança é considerada uma dimensão da espiritualidade, fundamental para enfrentar desafios de saúde. É vista como uma força vital,

dinâmica e multidimensional, essencial à vida, personalizada e orientada para o futuro. Além disso, proporciona empoderamento e está ligada à ajuda externa, sendo essencial no processo de saúde e doença (Henriques et al., 2023).

A Esperança por ser considerada um conceito multidimensional, único para cada indivíduo e, portanto, influenciável por fatores externos. É vista como uma força vital em constante movimento, voltada para o futuro, marcada por uma expectativa confiante, embora incerta, de alcançar um objetivo positivo que a pessoa considere realista e significativo, tem vindo a tornar-se cada vez mais reconhecida na prestação de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde e famílias, destacando-se a importância de intervenções que promovam a esperança diante das dificuldades enfrentadas pelos pais (Carvalho et al., 2022). Ter força é reconhecer as limitações nas situações, ao mesmo tempo acreditando que as oportunidades também existem, assim, a esperança e desesperança não podem coexistir (Magão, 2000).

A sociedade espera que os pais desempenhem um papel ativo no cuidado dos filhos ao longo de uma fase importante da vida, proporcionando-lhes condições que favoreçam um crescimento equilibrado e um desenvolvimento cognitivo saudável. Este processo de conjunto de comportamentos, pode contribuir para a saúde e o bem-estar das crianças, evitando que o seu desenvolvimento físico e emocional gere dificuldades futuras, tanto na saúde quanto na vida social (OE, 2011).

A parentalidade representa um processo de crescimento emocional que implica uma reorganização psicológica e afetiva, atendendo às necessidades físicas, emocionais e mentais da criança, assume o ato de cuidar, as responsabilidades próprias de ser mãe ou pai e envolve um conjunto de comportamentos que visam promover desenvolvimento e bem-estar do recém-nascido (Amaral, 2023).

Os pais, diante de situações que nunca viveram antes, a vulnerabilidade surge, pois, o desconhecimento, incerteza e inseguranças de como lidar com um novo desafio fá-los sentir assim. Ora, em situações inesperadas como a doença a adaptação à parentalidade pode tornar-se mais difícil pelo sofrimento, dor, ansiedade e medo de que encontram inerentes. (OE, 2011).

Magão (2000) afirma que, embora as diferenças entre as doenças sejam importantes, é possível adotar uma abordagem psicossocial que englobe um conceito geral de doença crónica. Isso ocorre porque as condições partilham características que têm um impacto significativo na experiência subjetiva da criança e dos seus familiares, como, o ser indesejável, incontável, com consequências imprevisíveis, afastamento temporário da família, amigos, casa, escola,

perdas permanentes e/ou temporárias de funcionalidades e perigo ou risco de vida. Enfatizando a importância na intervenção na promoção da Esperança parental de maneira realista, personalizada e significativa, levando em consideração as expectativas de cada pai e mãe.

Perante o inesperado diagnóstico/prognóstico verifica-se que os pais experienciam diversos sentimentos e desafios de adaptação a uma nova realidade, e somos nós profissionais de saúde que melhor podemos intervir e apoiar estes pais na incerteza do amanhã, que, por conseguinte, anda de mão dada com a Esperança, que se constrói diariamente (Magão, 2017). Segundo a evidência científica a Esperança tem ganho significativo reconhecimento em enfermagem pelo seu potencial numa variedade de domínios entre os quais a influência no coping (processos de enfrentamento) especificamente em tempos de incerteza, sofrimento e perda. As estratégias de coping adotadas pelos pais são fundamentais, não só porque influenciam a sua forma de reagir e de resolução de problemas bem como servem de exemplo de apoio e segurança para os filhos (Magão, 2000). A família é a principal responsável por garantir o cuidado contínuo e integral da criança, atendendo às suas necessidades (Carvalho et al., 2022).

A implementação e avaliação de intervenções promotoras de Esperança nos cuidados à criança/família têm tido um crescimento recente na literatura em enfermagem (Carvalho et al., 2019). A primeira infância integra um período crítico para o desenvolvimento neurobiológico, caracterizado por uma elevada plasticidade cerebral e uma notável capacidade de aprendizagem. Esta é uma fase particularmente sensível de maturação cognitiva, emocional e social que ocorre de forma rápida (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Neste contexto, a intervenção precoce assume um papel fundamental na promoção do desenvolvimento integral, potenciando competências que terão impacto ao longo de todo o ciclo de vida da criança. Por isso torna-se um desafio significativo para o núcleo familiar, uma vez que se encontram em construção os vínculos afetivos e os padrões de relacionamento entre pais e filhos (Decreto-Lei n.º 281/2009). A intervenção em idades precoces é reconhecida como essencial para a prevenção e minimização de dificuldades no desenvolvimento infantil. Trata-se de um princípio consolidado em práticas baseadas na evidência e de direito das crianças, com especial relevância para aquelas em situação de maior vulnerabilidade ou risco de desenvolvimento (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

A IPI é um conjunto articulado por profissionais multidisciplinares, envolvendo os domínios da saúde, educação e ação social, direcionado a crianças dos 0 aos 6 anos de idade e família que tem, como objetivos, potenciar as experiências de aprendizagem e o

desenvolvimento da criança; reforçar competências e capacitação de resposta parental e mobilizar e valorizar recursos familiares e comunitários, promovendo redes de apoio e inclusão social, tendo por base uma abordagem centrada na família, garantindo que a família, pais e/ou cuidadores tenham a capacidade de proporcionar oportunidades e experiências à criança com atraso de desenvolvimento promovendo a aquisição e uso das suas competências no seu ambiente natural, com prática individualizada (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Os profissionais da equipa de intervenção precoce devem considerar as famílias como parceria na equipa e na atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho, da Saúde, da Educação e a Solidariedade Social (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016). Estes Ministérios constituem o Sistema Nacional de Intervenção Precoce [SNIPI] e cada um apresenta competências específicas e intersectoriais. Cada Ministério, Saúde, Educação e Segurança Social tem um elemento que constitui a Equipa Local de Intervenção [ELI]. A ELI é, portanto, uma equipa transdisciplinar que detém médicos, enfermeiros, educadores de infância, técnicos de serviço social, psicólogos e terapeutas, que procedem à identificação das crianças elegíveis de acordo com os critérios estabelecidos, de necessidades e recursos disponíveis na área de influência e na elaboração e implementação do Plano Individual de Intervenção Precoce [PIIP] (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

Assim, a Enfermagem, no conceito de profissão de saúde, assume uma posição fundamental de contacto direto com a criança e família ou cuidador. O cuidado em pediatria devido à sua especificidade, exige que o enfermeiro desenvolva habilidades para atender com competência às particularidades do desenvolvimento e do cuidado à criança de acordo com a faixa etária, sempre em parceria com a família. Nessa parceria, destaca-se não apenas o papel fundamental dos cuidadores no desenvolvimento integral da criança, mas também na evolução do próprio cuidado prestado. Assim, a parentalidade é valorizada como parte essencial desse processo (Mendes & Martins, 2012).

A intervenção do EE é holística, respondendo integralmente às necessidades biopsicossociais da criança e promovendo a eliminação de barreiras ao cuidado. Além disso, integra estratégias custo-efetivas e mecanismos de gestão de risco, com o objetivo de otimizar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Paralelamente, é fundamental a sua capacidade em avaliar a estrutura e dinâmica familiar, identificando necessidades e implementando intervenções que facilitem a adaptação e a mudanças no estado de saúde da criança e família às transições no contexto familiar. Em cenários de elevada complexidade,

exige-se uma abordagem holística e multidimensional, sustentada por conhecimentos avançados e competências especializadas, permitindo a antecipação de riscos e uma intervenção eficaz em situações de emergência (OE, 2018).

2. ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS PROMOTORAS DE ESPERANÇA NO CONTEXTO DA INTERVENÇÃO PRECOCE NA INFÂNCIA

A esperança é um conceito crucial ao ser humano, essencial ao desenvolvimento emocional e psicológico. No contexto da intervenção precoce na infância, campo que se dedica ao desenvolvimento de crianças em situação de risco ou com necessidades especiais a promoção da esperança não é apenas desejável, é vital. Esta esperança manifesta-se como uma força mobilizadora, que sustenta o envolvimento da família, motiva os profissionais e, sobretudo, impulsiona o potencial da criança para crescer, aprender e superar desafios.

As intervenções tornam-se mais eficazes quando integradas com estratégias que sustentam o sentido de que a mudança é possível e de que o progresso é alcançável. Assim, este capítulo propõe uma sugestão de intervenções/atividades de promoção da esperança na intervenção precoce, explorando como ela pode ser intencionalmente promovida com práticas colaborativas, estabelecendo metas realistas, o reforço positivo, a escuta ativa e o fortalecimento da resiliência familiar.

2.1 ATIVIDADES/ESTRATÉGIAS DE PROMOÇÃO DE ESPERANÇA



Caixa de Esperança: Constituída por mensagens de Esperança para a família, com mensagens de apoio, frases inspiradoras e/ou com palavras de incentivo.

No final de reunião do grupo de apoio aos pais ou quando um novo progresso for alcançado pela criança, os pais ou cuidador pode retirar uma mensagem positiva da caixa.

Benefícios: Reforçar emoções positivas, criar um espaço simbólico de resiliência e proporcionar momentos de reflexão positiva e esperança.



Mapa de Conquistas: Atividade em que a família ou a criança escreve ou coloca um símbolo quando executa ou alcança um progresso com sucesso.

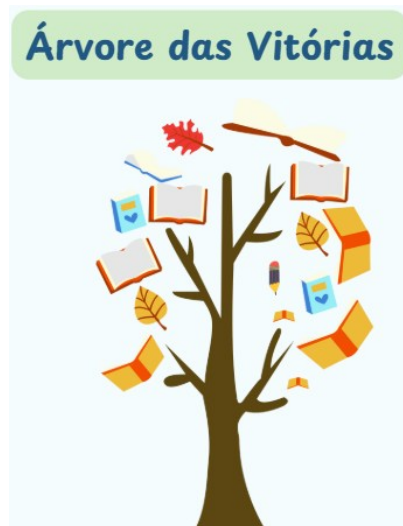
Em casa na sua rotina semanal a família poderá realizar um mapa das conquistas. Em contexto de consulta com profissional poderão realizar um mapa individual e no final assinalarem o progresso que foi alcançada.

Benefícios: Reforçar a motivação e visualização positiva da conquista.



Mural dos Progressos: A criança faz um desenho em consulta e com algum tempo de intervalo volta a desenhar o mesmo desenho. Nessa consulta poderão afixar o último desenho de modo a ser visualizado e comparado com o do momento, observando a evolução.

Benefícios: Esse mural ajuda a fortalecer a esperança e a confiança dos pais/criança ao visualizar a evolução.



Árvore das Vitórias: Numa árvore de papel grande em cartolina. Cada vez que a criança superar um medo ou tiver uma pequena vitória os pais ou os profissionais poderão adicionar uma folha ou uma estrela à árvore junto com a criança.

Benefícios: Esse mural permite reforçar o sentimento de esperança a cada superação.



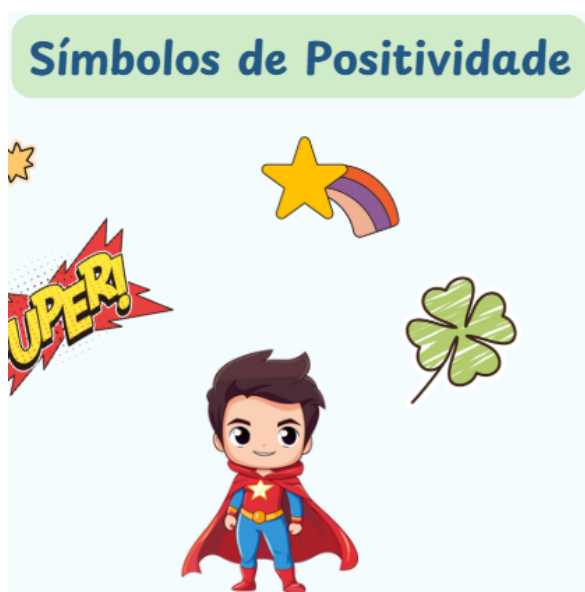
Futuro em Cores: A criança desenha ou escreve como se imagina no futuro (na escola, com amigos, com a família, uma profissão, um desejo).

Benefícios: Fomentar visualização positiva do futuro.



Diário da Coragem: Diário onde os pais ou cuidador regista sentimentos, conquistas do dia, frases de incentivo. Poderá ser feito com apoio do profissional.

Benefícios: Estimular o protagonismo e a reflexão positiva.



Símbolos de Positividade: Reconhecimento simbólico (com medalhas, desenhos, certificados) de conquistas diárias, como enfrentar uma injeção ou terminar um tratamento.

Benefícios: Reforçar autoestima e perseverança.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção da Esperança nos cuidados de saúde à criança/jovem e família revela-se como uma dimensão essencial e transversal ao exercício da enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Ao longo deste projeto, ficou evidente que a esperança não é apenas um sentimento abstrato, mas uma força mobilizadora que sustenta as famílias perante os desafios e incertezas do percurso de desenvolvimento dos seus filhos.

Através da capacitação dos profissionais de saúde, na dinamização de atividades lúdicas e do incentivo à participação ativa da família, promove-se a resiliência, o empoderamento e a adaptação positiva perante situações de difíceis. Estes fatores são fundamentais para a construção de uma Esperança realista e orientada para o futuro, elemento vital para o bem-estar físico, emocional e espiritual das crianças e família em contexto de vulnerabilidade.

A elaboração deste projeto possibilitou contextualizar o tema com base em evidência científica disponível em contexto da IPI, bem como definir objetivos que são essenciais para orientar a sua implementação. A IPI, quando realizada de forma humanizada, centrada na família e em contextos naturais, permite construir relações de confiança entre profissionais e cuidadores, fortalecendo a capacidade de resiliência familiar.

Ao promover uma parceria ativa com a família e reforçar as suas competências na tomada de decisão, o projeto contribui igualmente para a capacitação dos profissionais de saúde, incentivando o desenvolvimento de estratégias e atividades que fomentem a Esperança.

Neste sentido, a aplicabilidade das atividades e intervenções, promovem a aquisição de conhecimentos que visam melhorar a qualidade dos cuidados prestados bem como a capacitação da família.

Concluindo assim, que investir na esperança é investir no futuro. Uma intervenção precoce sensível e comprometida com o bem-estar emocional das famílias cria um terreno favorável para aprendizagens significativas e trajetórias mais positivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, M. C. da C. (2023). Promoção da parentalidade: O papel do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na parentalidade positiva. [Relatório de estágio de mestrado, Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa - Lisboa]
- Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2016). Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais. ANIP.
- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2019). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 18(1), 661–673. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 do Conselho de Ministros. (2009). Diário da República: I Série, n.º 193. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Henriques, N. L., Silva, J. B., Charepe, Z. B., Braga, P. P., & Duarte, E. D. (2023). Fatores promotores e ameaçadores da esperança em cuidadores de crianças com condições crônicas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3898. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6366.3898>
- Magão, M., T. (2000). A promoção da esperança nos pais de crianças com cancro. Uma Análise Fenomenológica Interpretativa da Relação com Profissionais de Saúde. Tese de Mestrado realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia da Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa.
- Magão, M. T. G. (2017). A esperança em ação: A experiência da esperança em pais de crianças com uma doença crónica [Tese de doutorado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]
- Martinho, L., & Diogo, P. (2020). Gestão recíproca das emoções e da informação no cuidado à criança e família: Proposta de um algoritmo de atuação em enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 24(1), 7–15. <https://doi.org/10.37548/rpe/1sem2020/1>
- Maravilha, T. L. F. D., Marcelino, M. F. L., & Charepe, Z. B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE001545. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR01545>
- Mendes, M. G. S. R., & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: Do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*,

3(6), 113-121.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). Diário da República, 2.ª série, N.º 133, 12 de julho de 2018.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume III. Ordem dos Enfermeiros.

Querido, A., & Charepe, Z. (2023). What do we know about hope in nursing care? A synthesis of concept analysis studies. *Healthcare*, 11(20), 2739. <https://doi.org/10.3390/healthcare11202739>

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

APÊNDICE VI – Documento informativo “Eu sou uma longa história...”

Eu sou uma longa história...



A Prematuridade¹

É considerado prematuro o bebé que nasce antes das 37 semanas de gestação e existem diferentes graus de prematuridade, sabia...

Prematuridade extrema	20 a 27 semanas
Prematuridade moderada	28 a 31 semanas
Prematuridade leve	32 a 36 semanas

.....

Estes sentimentos são normais e partilhados por muitos pais, sabia...^{2, 3}

O nascimento prematuro é um acontecimento inesperado, assustador e desafiante, por isso é natural sentir:

Choque ou tristeza, por o seu bebé ser diferente fisicamente do que o imaginado durante a gravidez.

Medo de tocar ou magoar o bebé, principalmente quando está rodeado de aparelhos.



Os profissionais de saúde estão para si e para o seu bebé nestes dias difíceis promovendo a Esperança...^{1, 2}

- Acolhem os sentimentos e dúvidas dos pais com escuta ativa;
- Capacitam para o desenvolvimento da parentalidade;
- Asseguram apoio emocional, comunicação e informação;
- Identificam sinais de stress ou bem-estar do bebé;
- Promovem a Esperança realista, respeitando cultura e religião.

.....

Saiba mais aqui
Referências bibliográficas

1- Cunha, C. M. da. (2007). As vivências dos pais de um recém-nascido prematuro em situação crítica [Dissertação de mestrado, Universidade do Minho]. Universidade do Minho. Repositório.
2- Matos Dias, Z., Gonçalves Calves Fernandes, S. M., & Correia, S. (2014). Dificuldades dos pais com bebés internados numa Unidade de Neonatologia. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(1), 85–93. <https://doi.org/10.12707/R812014>.
3- Pacheco Colado De Sessa, F. M. R., & Dos Santos Carado, M. A. (2020). Avaliação Do Stress Parental Na Unidade De Neonatologia: Revisão Scoping. *Pesquisa Enfermagem*, 24(2), 65–85.

MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SAÚDE
Escola Superior de Saúde

SAÚDE
Escola Superior de Saúde

UAlg ESS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

Ylves, A., Correia, E., & Horta, C.
1- Bolsista no 1º Mestrado em Enfermagem em Associação
2- Professora no Instituto Politécnico de Portugal
3- Enfermeira, 3ª-mentadora SSP

APÊNDICE VII – *QR CODE* “Eu sou uma longa história...”

Eu sou uma longa história...



Digitalize-me

Vieira, A.¹, Correia, E.², Glória I.³
1- Mestrando no 9º Mestrado em Enfermagem em Associação
2- Professora no Instituto Politécnico de Portalegre
3- Enfermeira Orientadora ESIP

MESTRADO EM ENFERMAGEM
INNOVATION

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Instituto Politécnico de Portalegre
Saúde

POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde

SALDE
Sociedade Académica de Enfermagem de Portugal

UAIG E&S
UNIVERSIDADE DE ALGARVE

APÊNDICE VIII – *QR CODE* “Uma aventura com a... Diabetes”





Digitaliza-me

Clicar: Jogar Solo

Podes escolher divertidas formas de jogar:



Modo Clássico



Torre mais Alta



Baú do Tesouro



Arte para Relaxar

APÊNDICE IX – *QR CODE* “Um guia para pais, Diabetes tipo I”



APÊNDICE X - Poster “Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem”

Mestrado em Enfermagem
Associação

UNIVERSIDADE DE ÉVORA
Escola Superior de Enfermagem
São João de Deus

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde

POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
Escola Superior de Saúde

SAÚDE
Escola Superior Politécnica de Saúde

UALg ESS
UNIVERSIDADE DO ALGARVE
Escola Superior de Saúde

1- Presidente na 2ª Reunião em Enfermagem em Associação
2- Professora adjunta do ISEP Portalegre
3- Enfermeira Orientador de ISEP

PRINCÍPIOS DE INTERVENÇÃO EM ESPERANÇA NO CUIDAR EM ENFERMAGEM

INTRODUÇÃO ^{1,2,3}

A Esperança constitui um elemento fundamental no cuidado em Enfermagem, exercendo um impacto positivo na saúde e no bem-estar das pessoas. No contexto do cuidar em Enfermagem, a Esperança contribui para a capacitação do indivíduo na gestão de situações de crise, favorece a manutenção da qualidade de vida, orienta a definição de objetivos saudáveis e promove a saúde.

A Esperança pode ser vivenciada como uma fonte de conforto e uma possibilidade de superação do sofrimento. Neste sentido, os Enfermeiros desempenham um papel determinante, uma vez que a sua atuação pode influenciar, de forma positiva ou negativa, a experiência de Esperança da pessoa cuidada.

Apresenta-se como um conceito central em Enfermagem e componente essencial profissional, reforçando a importância de cuidados humanizados, conscientes e promotores de saúde.

OBJETIVO

Apresentar princípios orientadores da prática de Enfermagem que promovam Esperança, Autonomia e Qualidade de vida das famílias no processo de cuidar.

PARA DIAS DIFÍCEIS... PRINCÍPIOS EM ESPERANÇA

- DESENVOLVER ESCUTA ATIVA PARA ACOELHIMENTO DE SENTIMENTOS E DÚVIDAS
- RESPEITAR OBJETIVOS, METAS E PLANOS FAMILIARES (CURTO, MÉDIO E LONGO PRAZO).
- ASSEGURAR CUIDADOS ESPIRITUAIS, APOIO EMOCIONAL E REABILITAÇÃO SOCIAL.
- INCENTIVAR MOMENTOS DE REPOUSO E LAZER PARA OS PAIS.
- RECONHECER O DIREITO A SEGUNDA OPINIÃO E O PAPEL DOS PAIS COMO PERITOS.
- ARTICULAR COM OUTROS PROFISSIONAIS, GARANTINDO ACESSO A RECURSOS COMUNITÁRIOS.
- DISPONIBILIZAR INFORMAÇÃO AOS PAIS SOBRE OS CUIDADOS AO FILHO.
- ENVOLVER OS PAIS COMO PARCEIROS DE CUIDADOS (DIAGNÓSTICO, PLANEJAMENTO, IMPLEMENTAÇÃO E AVALIAÇÃO).
- CRIAR INSTRUMENTOS DE INFORMAÇÃO/FORMAÇÃO ACESSÍVEIS.
- A ESPERANÇA É UMA VIVÊNCIA UNIVERSAL, SUBJETIVA E INTEGRADORA.

CONCLUSÃO ^{1,2,3}

A Intervenção em Esperança é um pilar da Enfermagem centrada na família, potenciando resiliência, bem-estar e qualidade de vida ao longo do percurso saúde-doença. A equipa de Enfermagem é vista como presente e cuidadosa, não apenas em relação à criança, mas também no apoio à família, especialmente em momentos de fragilidade emocional. A comunicação, disponibilidade, acolhimento e humanização dos cuidados de enfermagem é central na promoção da Esperança para um equilíbrio familiar, parental e na saúde emocional.

O Enfermeiro assume um papel fundamental na comunicação eficaz, no acolhimento e na construção de relação de confiança, sendo estes elementos essenciais para reduzir o sofrimento e garantir cuidados de qualidade durante a hospitalização.



APÊNDICE XI - Instrumento de avaliação do poster “Princípios de Intervenção em Esperança no Cuidar em Enfermagem”

Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família no Serviço de Urgência Pediátrica

No âmbito do IX Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. Na implementação do Projeto que tem como tema "Promoção da Esperança nos Cuidados de Saúde à Criança e Família."

No âmbito do estágio no Serviço de Urgência Pediátrica, foi elaborado um instrumento de avaliação, para avaliação de um poster dirigido à equipa de enfermagem, com o objetivo de promover a melhoria contínua dos cuidados prestados. Convidamo-lo(a) a responder ao presente instrumento de avaliação. A sua opinião é fundamental para identificarmos os pontos fortes, bem como as áreas que podem ser aperfeiçoadas pelo autor do poster.

A participação é voluntária. Pode optar por não participar ou interromper a sua participação a qualquer momento, sem qualquer penalização. Todas as respostas serão mantidas confidenciais e a informação recolhida será utilizada para efeitos de estudo. Os dados serão armazenados de forma segura e acessíveis apenas ao responsável pelo projeto. Ao responder, está a dar consentimento livre e esclarecido para participar, autorizando o uso dos dados obtidos exclusivamente para os fins mencionados anteriormente.

Ana Margarida Vieira

Obrigada pela sua colaboração e disponibilidade

Email *

Pergunta Sem Título

Marcar apenas uma oval por linha.

	Discordo totalmente	Discordo	Nem concordo/Nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
A linguagem utilizada é clara e adequada à área da enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐
O poster transmite a mensagem de forma objetiva e eficaz.	☐	☐	☐	☐	☐
Os conteúdos apresentados baseiam-se na evidência científica.	☐	☐	☐	☐	☐
Os conteúdos cumprem o objetivo proposto no poster.	☐	☐	☐	☐	☐
Os princípios de intervenção em Esperança estão claramente apresentados.	☐	☐	☐	☐	☐
O poster permitiu a aquisição/consolidação de conhecimentos sobre o tema.	☐	☐	☐	☐	☐
O poster demonstra coerência entre o objetivo, conteúdo e conclusão.	☐	☐	☐	☐	☐
A abordagem da Esperança é pertinente no contexto do cuidado ao doente.	☐	☐	☐	☐	☐
As informações são relevantes para a prática de enfermagem.	☐	☐	☐	☐	☐
De forma geral, considero o poster de boa qualidade.	☐	☐	☐	☐	☐

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE XII - Folhetos informativos



COMO UTILIZAR A CÂMARA EXPANSORA

- SENTE A CRIANÇA NO SEU COLO OU EM PÉ;
- SE A CRIANÇA OFERECER RESISTÊNCIA, EXPERIMENTE COLOCAR A MÁSCARA COM A CÂMARA EM SI, OU NUM DOS BRINQUEDOS FAVORITOS, ANTES DE A APLICAR NA CRIANÇA;
- AQUECER E AGITAR O INALADOR E PRESSURIZAR UMA VEZ PARA VERIFICAR A SUA FUNCIONALIDADE;
- COLOCAR O INALADOR NA CÂMARA;
- ADAPTAR BEM A MÁSCARA À BOCA E NARIZ DA CRIANÇA;
- PRESSONAR O INALADOR;
- MANTER A CÂMARA BEM ADAPTADA E CONTAR ATÉ 5 A 30 INSPIRAÇÕES OU CONTAR ATÉ 30;
- VOLTA A RETIRAR O INALADOR AGITAR E REALIZAR O NOVO PUFF.



MANUTENÇÃO DA CÂMARA

- USE ÁGUA Morna E DETERGENTE NEUTRO, MERGULHE A CÂMARA EXPANSORA E AGITE-A;
- NÃO ESPRESSAR O INTERIOR DA CÂMARA;
- PASSE A CÂMARA EXPANSORA POR ÁGUA CORRENTE, DEPOIS DE A LAVAR COM DETERGENTE;
- DEIXE-A SECAR AO AR, NA VERTICAL;
- DEVE SER FEITA PELA MENOS 1 VEZ POR SEMANA.



1st BRONCODILATADORES - VENTILAN
+ ATROVENT E ZOMIN DEPOIS O CORTICÓIDE



SUBSTITUIR A CÂMARA UMA VEZ POR ANO



CUIDADOS A TER COM O GESSO

Em caso de fraturas, e em determinadas lesões por traumatismos, é comum recorrer-se a imobilizações com gesso ou talas gessadas.

A fixação externa com gesso pode ser completamente fechada ou ter apenas uma parte rígida (tala gessada).

Estele o gesso sintético que demora aproximadamente 30 minutos a secar, enquanto que o gesso convencional precisa de 24 a 48 horas.

CUIDADOS COM O GESSO:

- Mantenha o braço ou a perna elevada sempre que possível, para evitar o edema (inchaço).
- Aperte o braço ou perna em almofadas, sempre que estiver sentado ou deitado.
- Movimentar os dedos tantas vezes quanto possível, para facilitar a circulação sanguínea, favorecer o alívio da dor e evitar o edema.
- Mantenha a mão posicionada acima do cotovelo e evitar apoiar as pulseiras.
- Andar com calçado fechado e antiderrapante e não utilizar chinelos de "enfiar no dedo".
- Mantenha a posição dando especial atenção ao calcanhar.
- Lavar diariamente entre os dedos da mão ou do pé, com uma toalha húmida com água e sabão. Depois deve secar bem e hidratá-lo a pele com creme hidratante.

DEVE-SE EVITAR O PERIGO ASSOCIADO SE:

- Ter intensos e persistentes que não cede à medicação analgésica;
- Edema (inchaço) com sensação de pressão ou impossibilidade para movimentar os dedos;
- Gesso muito apertado (pode causar feridas na pele) ou demasiado largo;
- Mudança da temperatura ou coloração da pele dos dedos e/ou ausência de sensibilidade;
- Mus cheiros ou líquido anormal;
- Se molhar o gesso e não o conseguir secar;
- Notar que há partes moles no gesso, que necessitam de ser reparadas;
- Existir algum objeto preso dentro de gesso ou colocado acidentalmente.



HOW TO USE THE SPACER (INHALATION CHAMBER)

- SIT THE CHILD ON YOUR LAP OR HAVE THEM STAND;
- IF THE CHILD RESISTS, TRY PLACING THE MASK WITH THE SPACER ON YOURSELF OR ON ONE OF THE CHILD'S FAVORITE TOYS BEFORE APPLYING IT TO THE CHILD;
- WARM AND SHAKE THE INHALER AND RELEASE ONE PUFF TO CHECK THAT IT IS WORKING PROPERLY;
- INSERT THE INHALER INTO THE SPACER;
- ENSURE THE MASK FITS WELL OVER THE CHILD'S MOUTH AND NOSE;
- PRESS THE INHALER;
- KEEP THE SPACER WELL IN PLACE AND COUNT 5 TO 10 BREATHS, OR COUNT TO 30;
- REMOVE THE INHALER, SHAKE IT AGAIN, AND ADMINISTER THE NEXT PUFF.



SPACER CLEANING

- USE WARM WATER AND MILD DETERGENT, IMMERSE THE SPACER AND SHAKE IT;
- DO NOT SCRUB THE INSIDE OF THE SPACER;
- RINSE THE SPACER UNDER RUNNING WATER AFTER WASHING IT WITH DETERGENT;
- LET IT AIR-DRY IN AN UPRIGHT POSITION;
- THIS SHOULD BE DONE AT LEAST ONCE A WEEK.



1st BRONCODILATADORES - VENTILAN
FIRST, THEN ATROVENT, AND 30 MINUTES LATER, THE CORTICOSTEROID.



REPLACE THE SPACER ONCE A YEAR.



CARE OF THE CAST

In cases of fractures and certain traumatic injuries, it is common to use immobilization with casts or splints.

External fixation with plaster can be completely closed (a full cast) or partial, when only a rigid part is applied (a plaster splint).

Synthetic plaster has a fast setting time, hardening in approximately 20 to 30 minutes, whereas conventional plaster requires 24 to 48 hours to dry completely.

CARE OF THE CAST

- Keep the arm or leg elevated whenever possible to prevent edema (swelling).
- Support the arm or leg on pillows whenever sitting or lying down.
- Move the fingers as often as possible to promote blood circulation, help relieve pain, and prevent edema.
- Keep the hand positioned above the elbow and avoid wearing rings or bracelets.
- Wear closed, non-slip footwear and do not use flip-flops or low-heel sandals.
- Change position regularly, paying special attention to the heel.
- Wash daily between the fingers or toes using a damp towel with water and soap. Afterwards, dry thoroughly and moisturize the skin with a rich cream.

YOU SHOULD CONTACT YOUR ATTENDING PHYSICIAN IF:

- Intense and persistent pain that does not respond to analgesic medication.
- Edema (swelling) with a feeling of pressure or inability to move the fingers or toes.
- If cast that is too tight (which may cause skin sores) or too loose.
- Changes in skin temperature or color of the fingers and/or loss of sensation.
- Foul odor or abnormal discharge.
- If the cast gets wet and cannot be dried.
- Noticing soft spots or cracks in the cast that need to be repaired.
- The presence of any object trapped inside the cast or accidentally inserted.



DIARREIA

A diarreia é uma alteração no volume e consistência das fezes. Está associada a um aumento do número de defecções diárias.

QUANDO DEVO IR AO MÉDICO ASSISTENTE:

- Se, recém-nascido ter atenção especial se diarreia após 1 ou 2 dias;
- Diarreia prolongada;
- Dor intensa no abdómen;
- Febre superior a 39°C; Sinais de desidratação (olhos encovados, língua e boca seca, pouca ou nenhuma urina, fraqueza, ausência de lágrima);
- Irritabilidade;

O QUE DEVO FAZER:

- Evitar a desidratação - oferecer líquidos e ter atenção à hidratação nos meses mais quentes do ano;
- Pode recorrer a soluções com eletrólitos (soro de hidratação oral);
- Comer bananas, de forma a compensar as perdas de potássio;
- Reforçar as medidas de higiene, de forma a evitar transmitir a outras pessoas.

DEVEM SER EVITADOS:

- Alimentos ricos em fibra (como os vegetais, sementes, frutos secos, leguminosas e cereais processados);
- Gorduras;
- Alimentos ricos em açúcares simples (produtos de pastelaria) e bebidas açucaradas.



FEBRE: SINAIS E CUIDADOS

É uma resposta normal do organismo a várias condições, sendo a mais frequente a infeção por vírus ou bactérias.

CONSIDERA-SE FEBRE:

Temperatura retal $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Temperatura axilar $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
Temperatura timpânica $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$	Temperatura oral $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

EM CASO DE FEBRE DEVE:

- Manter a criança com roupa fresca e num ambiente não muito aquecido;
- Oferecer líquidos com frequência;
- Respeitar o apetite;
- Se está desconfortável deve tomar um antipirético NA DOSE ADEQUADA;
- Não se deve arrefecer a criança para baixar a temperatura (através de banhos, compressas embebidas em soluções alcoólicas) porque estas medidas não são eficazes nem aumentam a sensação de conforto.

DEVO LEVAR AO MÉDICO ASSISTENTE, QUANDO:

- Menos de 3 meses de idade;
- Temperaturas axilares superiores a 40°C ou retais superiores a 41°C ;
- Febre com duração superior a 5 dias completos;
- Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- Irritabilidade e/ou gemido mantido;
- Choro inconsolável;
- Convulsões;
- Aparição de manchas na pele nas primeiras 24 a 48 horas de febre;
- Dificuldade em mobilizar um membro ou alteração na marcha;



FEVER: SIGNS AND CARE

It is a normal response of the body to various conditions, most commonly caused by viral or bacterial infections.

FEVER IS CONSIDERED:

Rectal temperature $\geq 38^{\circ}\text{C}$	Tympanic temperature $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
Axillary temperature $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$	Oral temperature $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

IN CASE OF FEVER, YOU SHOULD:

- Keep the child in light clothing and in a moderately cool environment.
- Offer fluids frequently.
- Respect the child's appetite.
- If the child is uncomfortable, give an antipyretic at the appropriate dose.
- Do not try to cool the child to lower the temperature (e.g., with baths or alcohol-soaked compresses), as these measures are not effective and do not increase comfort.

I SHOULD SEE THE ATTENDING PHYSICIAN WHEN:

- Less than 3 months of age.
- Axillary temperatures above 40°C (104°F) or rectal temperatures above 41°C ($105,8^{\circ}\text{F}$).
- Fever lasting more than 5 full days.
- Excessive sleepiness or inability to fall asleep.
- Persistent irritability and/or moaning.
- Inconsolable crying.
- Seizures.
- Appearance of skin spots within the first 24 to 48 hours of fever.
- Difficulty moving a limb or changes in walking.

 **TRAUMATISMO CRANIANO**

As causas mais frequentes de lesões cranianas nas crianças são: quedas, acidentes de viação e desportivos e outras formas de agressão física.

PREVENÇÃO DE ACIDENTE

- Não circular na estrada sozinho enquanto não souber as regras de trânsito;
- Uso de cadeira no carro até ter 1,35 m de altura e viajar com a cadeira virada para trás até aos 3 anos;
- Grades e guardas para as crianças mais pequenas;
- Uso de equipamento de segurança nos desportos;

QUANDO IR AO MÉDICO ASSISTENTE:

- Vômitos frequentes;
- Alterações da mobilidade ou sensibilidade de algum dos membros;
- Alterações do comportamento (sonolência em que a criança não desperta quando estimulada; irritabilidade ou choro persistente);
- Dor de cabeça intensa;
- Convulsões;
- Quando a criança apresenta desequilíbrio, confusão, alteração da visão ou linguagem;
- Saida de sangue ou líquido pelo nariz ou ouvido.

 **HEAD TRAUMA**

The most common causes of head injuries in children are falls, traffic and sports accidents, and other forms of physical abuse.

ACCIDENT PREVENTION

- Do not walk on the road alone until you know the traffic rules.
- Use a car seat until reaching 1.35 m in height and travel in a rear-facing seat until 3 years old.
- Use safety gates and guards for younger children.
- Use protective equipment in sports.

WHEN TO SEE THE ATTENDING PHYSICIAN:

- Frequent vomiting.
- Changes in mobility or sensation in any of the limbs.
- Behavioral changes (drowsiness where the child does not wake when stimulated; irritability or persistent crying).
- Severe headaches.
- Seizures.
- When the child shows imbalance, confusion, or changes in vision or speech.
- Bleeding or discharge from the nose or ear.

 **PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

INTOXICAÇÃO

- Guardar as as produtos químicos, medicamentos em armário alto e trancado;
- Não usar palavras como "doce" sobre os medicamentos pois pode levar a criança a procura-las e ingeri-las;
- Não colocar os produtos químicos em recipientes de alimentos ou bebidas;
- Eliminar à criança os perigos dos produtos;
- Contactar CIAV: 800 250 250;
- Ir à urgência e levar a rótulo do produto.

QUEIMADURAS

- Supervisionar as brincadeiras;
- Fixar móveis pesados, proteção dos verticais;
- Utilização de grades e redes de proteção;
- Uso de equipamento de proteção de desportos;
- Assegurar lugares seguros, afastados de piscinas, escadas e ruas;

CHOQUE ELÉTRICO

- Supervisão de brincadeiras;
- Utilização de proteção de tomadas elétricas;
- Manter cabos e extensões fora do alcance das crianças;
- Evitar cabos desprotegidos;
- Não colocar objetos metálicos em contacto com equipamentos elétricos;
- Quando ocorrer um choque: deve desligar a fonte de energia, não tocar na criança enquanto estiver em contacto com a fonte. Ir à urgência.

QUEIMADURAS

- Evitar queimaduras no banho: colocar primeiro a água fria e depois a quente;
- Enquanto cozinha as crianças devem manter-se afastadas;
- Utilizar proteções de fornos ou fontes de calor;
- Os manipul das frigideiras devem estar para a lado de dentro do fogão;
- Não manipular líquidos quentes por cima da criança;

 **ACCIDENT PREVENTION**

POISONING

- Store chemicals and medications in a high, locked cabinet.
- Do not use words like "candy" for medications, as this may lead the child to seek and ingest them.
- Do not place chemicals in food or drink containers.
- Teach the child about the dangers of these products.
- Contact the Poison Information Center (CIAV): 800 250 250.
- Go to the emergency room and take the product label with you.

FALLS

- Supervise playtime.
- Secure heavy furniture and protect sharp corners.
- Use safety gates and protective nets.
- Use protective sports equipment.
- Ensure safe areas, away from pools, stairs, and streets.

ELECTRIC SHOCK

- Supervision during playtime.
- Use outlet covers for electrical sockets.
- Keep cords and extension cables out of children's reach.
- Avoid exposed wires.
- Do not place metallic objects in contact with electrical equipment.
- In case of an electric shock: turn off the power source and do not touch the child while they are in contact with it. Go to the emergency room immediately.

SCALDS

- Prevent burns during bath: run cold water first, then hot water.
- Keep children away while cooking.
- Use fireproof or heat source guards.
- Turn pan handles inward on the stove.
- Do not handle hot liquids over the child.



VÓMITOS ... É AGORA

A causa mais comum é a gastroenterite aguda - doença de curta duração. Pode estar associada a várias doenças.

O QUE PODE FAZER...

- Esperar pelo menos 30 min. após o vômito, sem dar de beber nem comer;
- Oferecer soro de rehidratação oral em pouca quantidade (5ml - uma colher de sopa) de 5 em 5 min e ir aumentando conforme a tolerância;
- Oferecer comida ligeira, sem gorduras e ácidos. Preferir cozidos e grelhados;
- Se faz leite materno, oferecer mais vezes durante o dia mas menos tempo de mamada ou menos quantidade de leite.

QUANDO IR AO MÉDICO ASSISTENTE: SINAIS DE ALARME

Se..

- Vômitos intensos e persistentes
- Sonolência ou irritabilidade;
- Sinais de desidratação:
 - Boca / língua seca;
 - Olhos encovados;
 - Muito tempo sem urinar;
 - Chorar sem lágrimas;



VOMITING ... WHAT TO DO NOW

The most common cause is acute gastroenteritis - a short-term illness. It can be associated with various other diseases.

WHAT YOU CAN DO...

- Wait at least 30 minutes after vomiting before giving anything to drink or eat.
- Offer oral rehydration solution in small amounts (5 ml - one tablespoon) every 5 minutes, gradually increasing according to tolerance.
- Offer light foods, avoiding fats and acidic foods. Prefer boiled or grilled foods.
- If breastfeeding, offer more frequent feeds during the day but for shorter durations or smaller amounts of milk.

WHEN TO SEE THE ATTENDING PHYSICIAN: WARNING SIGNS

If..

- Severe and persistent vomiting;
- Drowsiness or irritability;
- Signs of dehydration:
 - Dry mouth/tongue
 - Sunken eyes
 - Long time without urinating
 - Crying without tears

APÊNDICE XIII - *QR CODE* de folhetos informativos









ANEXOS

ANEXO I - Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil (SGSII)

SGS II - ESCALA DE AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Folha de Registo

Nº de Ficha:

Nome: Data de Nascimento:

..... Data de Nascimento Esperada:

Morada: Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino

Nome dos Pais: Pai

Mãe

	Primeira Avaliação	Segunda Avaliação	Terceira Avaliação	Quarta Avaliação
Data e local da avaliação				
Idade				
Comentários				
Acção				
Avaliador				



Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotocópia. As infracções serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.

Data das Análises:	
COMPETÊNCIAS NO CONTROLO POSTURAL PASSIVO	
Execução Global	
1. Cabeça controlada em relação ao tronco	0
2. Lombar em posição anti-a flexão ventral e apoio no pé contra o chão ou solo	2
Resposta Visual	
3. Cabeça com a linha lateral com o tronco, sem ser anti-a flexão	0
4. Cabeça acima da linha de tronco, sem a cabeça no tronco	0
Posar para Sentar	
5. Cabeça descendo para trás, quando se põe a sentar para a frente com o tronco ventral e cabeça flexionada para trás, sem de descer para a frente	0
6. Cabeça pouco ou não desce	2
7. Apoio do tronco para a frente e flexão para a frente	2
Posição Sentada (sem apoio de um adulto)	
8. Cabeça controlada	0
9. Cabeça controlada	0
Resultado das Competências no Controlo Postural Passivo	
COMPETÊNCIAS NO CONTROLO POSTURAL ACTIVO	
Execução Visual	
10. Cabeça de lado, quando o tronco flexiona, cabeça flexionada para trás, cabeça flexionada para trás, cabeça flexionada para trás, cabeça flexionada para trás	0
11. Lombar e cabeça simultaneamente, cabeça flexionada	0
12. Lombar e cabeça e a parte superior do tronco, quando se põe a sentar para a frente com o tronco flexionado para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
13. Apoio e peso do corpo sobre os braços, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
14. Apoio e peso do corpo sobre os braços, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
Posição Sentada (sem apoio)	
15. Manter-se sentado e sem apoio, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
16. Manter-se sentado e sem apoio, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
17. Cabeça controlada e parte superior do tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
Posição do Pé	
18. Quando se põe a sentar para a frente, apoio no pé contra o chão ou solo	0
19. Quando se põe a sentar para a frente, apoio no pé contra o chão ou solo	2
20. Cabeça controlada e parte superior do tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
21. Cabeça para trás do pé	0
Resultado das Competências no Controlo Postural Activo	
Legenda	
0 - Para cada item, é necessário a realização de material controlado. 2 - Os dados controlados com um adulto e com o material controlado, que controlado o material. 0 - Não se pode controlar a posição do material controlado.	

Data das Análises:	
COMPETÊNCIAS LOCOMOTORAS	
Manter-se e Equilibrar	
22. Cabeça controlada em relação ao tronco	0
23. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
24. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
25. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
26. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
27. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
28. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
29. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
30. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
31. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
32. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
33. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
34. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
35. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
36. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
37. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
38. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
39. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
40. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
41. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
42. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
43. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
44. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
45. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
46. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
47. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
48. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
49. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
50. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
51. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
52. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
53. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
54. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
55. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
56. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
57. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
58. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
59. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
60. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
61. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
62. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
63. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
64. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
65. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
66. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
67. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
68. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
69. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
70. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
71. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
72. Cabeça controlada em relação ao tronco, quando se põe a sentar para a frente e cabeça flexionada para a frente	0
73. Cabeça controlada em relação	

Data das Avaliações				
COMPETÊNCIAS MANIPULATIVAS (CONT.)				
Cubos				
55	■ Torre com 2 cubos	1		
56	■ Torre com 3 cubos	2		
57	■ Torre com 4 a 6 cubos	3		
58	■ Torre com 7 ou mais cubos	4		
59	■ Constrói uma ponte, após demonstração	5		
60	■ Constrói 3 degraus com 6 cubos, após demonstração	6		
Desenho				
61	■ Faz rabiscos, movimentando o lápis de um lado para o outro	1		
62	■ Faz rabiscos circulares	2		
63	■ Imita uma linha vertical e/ou horizontal	3		
64	■ Imita um círculo	4		
65	■ Imita uma cruz	5		
66	■ Imita um quadrado	6		
Desenho da Figura Humana				
67	■ Desenha a cabeça e outra parte do corpo	1		
68	■ Desenha a cabeça, as duas pernas e os dois braços	2		
69	■ Desenha a face, o tronco, as pernas e os braços	3		
Resultado das Competências Manipulativas				
COMPETÊNCIAS VISUAIS				
Função Visual				
70	■ Volta-se na direcção de uma luz difusa	1		
71	■ Fixa, por um breve período de tempo, um pom-pom a distância de 30 cm	2		
72	■ Segue com o olhar um objecto que oscila num movimento pendular de 90°	3		
73	■ Segue com o olhar um objecto que oscila num movimento pendular de 180°	4		
74	■ Converge os olhos quando um objecto se aproxima	5		
75	■ Aponta o dedo com precisão para um objecto pequeno	6		
Compreensão Visual				
76	■ Vê o brinquedo cair, mas não o procura no chão com o olhar (não há noção de permanência do objecto)	1		
77	■ Procura o brinquedo com o olhar no local correcto onde este caiu (há noção de permanência do objecto)	2		
78	■ Procura o brinquedo perdido	3		
79	Observa, com interesse, movimentos das pessoas que se encontram a alguma distância ou que vê através de uma janela	4		
80	Aponta com o dedo para objectos distantes	5		
81	■ Mostra interesse por imagens	6		
82	■ Reconhece detalhes no Livro de Figuras	7		
83	■ Completa o Quadro de Encaixe com formas geométricas	8		
84	■ Completa o Quadro de Encaixe com peixes	9		
85	■ Reconhece pequenos detalhes de uma imagem	10		
86	■ Combina 2 cores	11		
87	■ Combina 4 cores	12		
88	■ Combina todas as 10 cores dos cartões	13		
89	■ Realiza o teste de visão linear (6 metros)	14		
Resultado das Competências Visuais				
COMPETÊNCIAS NA AUDIÇÃO E LINGUAGEM				
Função Auditiva				
90	Sobressalta-se devido a um barulho súbito	1		
91	Responde à voz	2		
92	Olha na direcção da voz dos pais	3		
Compreensão da Linguagem				
93	Vira a cabeça na direcção da fonte sonora	1		
94	Está atento/a aos sons do seu dia-a-dia	2		
95	Compreende o significado de "não"/"adeus"	3		
96	Reconhece o próprio nome	4		
97	Compreende os nomes de objectos ou pessoas que lhe são familiares	5		
98	■ Consegue seleccionar 2 objectos de um grupo de 4	6		
99	Consegue indicar 2 partes do corpo que são nomeadas (p.e. nariz e mãos)	7		
100	■ Consegue indicar as partes do corpo de uma boneca (p.e. olhos e barriga)	8		
101	■ Executa uma ordem com duas acções	9		
102	■ Mostra compreender os verbos, utilizando figuras que representam diferentes acções	10		
103	■ Mostra compreender as funções dos objectos, utilizando figuras	11		
104	■ Mostra compreender preposições	12		
105	■ Mostra compreender adjectivos relacionados com o tamanho	13		
106	■ Mostra compreender a negação	14		
107	■ Executa uma ordem com duas instruções	15		
108	Compreende perguntas de alguma complexidade	16		
109	■ Executa uma ordem com três instruções	17		
110	■ Compreende a negação em frases complexas	18		
Resultado das Competências na Audição e Linguagem				
COMPETÊNCIAS NA FALA E LINGUAGEM				
Vocalização				
111	Emite sons guturais	1		
112	Vocaliza quando está contente	2		
113	Ri, sorri e grita quando brinca	3		
114	Palra contínua e melodiosamente (variando a entoação da voz)	4		
115	Imita sons produzidos pelos adultos (tosse, "brrr", estalar os lábios)	5		
Linguagem Expressiva				
116	"Jargão" constante recorrendo a vogais e muitas consoantes	1		
117	Utiliza uma palavra com significado	2		
118	Comunica, recorrendo simultaneamente a gestos e vocalizações	3		
119	Utiliza várias palavras (pelo menos 4) com significado	4		
120	Utiliza mais de 7 palavras com significado	5		
121	Tenta repetir as palavras que são verbalizadas por outros	6		

Todos os direitos reservados. Proibida a reprodução total ou parcial, sob qualquer forma ou meio, nomeadamente fotocópia. As infracções serão penalizadas nos termos da legislação em vigor.

ANEXO II - Certificado de formação profissional

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Ana Margarida Gomes Chagas Vieira natural de Albufeira nascida em 29/05/1984, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 12518078 válido até 08/03/2031, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica, em 25/10/2025, com a duração de 8:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Encerramento	0:20	-
Acolhimento	0:20	-
Perda gestacional na 1ª pessoa - A realidade da perda gestacional e neonatal	0:10	-
Impacto da nutrição na incidência de aborto	0:30	-
O vazio da perda: apoiar um filho na dor	0:30	-
Perda Gestacional: uma perda invisível	0:30	-
Plano do parto no âmbito da perda gestacional: O papel do ESMO	0:30	-
Apoio aos pais durante a sua presença em procedimentos de reanimação e/ou intervenções complexas	0:30	-
Apresentação de comunicações livres	1:00	-
A vinculação como estrutura emocional essencial para o desenvolvimento humano	0:35	-
Promoção da expressão emocional na primeira infância - programa PEEPI	0:35	-
Dos Sinais de alarme à orientação terapêutica	0:35	-
Os mo(vi)mentos de brincar da criança e o emergir de um estar bem	0:35	-
Apresentação da obra "O Caça alfaces"	0:20	-
Abordagem em situação crítica: impacto na pediatria	0:30	-
A abordagem pré-hospitalar do doente crítico pediátrico	0:30	-

Alcoentre, 28 de outubro de 2025

Assinado por: **Andreia Filipa Mendes de Amaral**
 Num. de identificação: 13724829
 Data: 2025.10.31 11:05:53+00'00'

O(A) Responsável pelo(a) Sosmamã, Lda.

(Assinatura e selo branco ou carimbo)

Certificado n.º 2771/2025 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010