

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

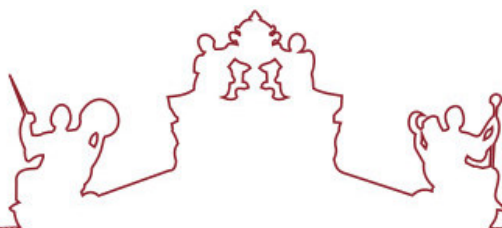
Relatório de Estágio

Stress Tóxico: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Alexandra Caseiro Fernandes

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

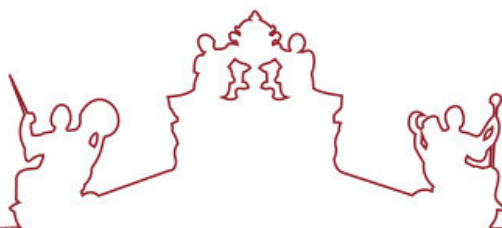
Stress Tóxico: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Alexandra Caseiro Fernandes

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		Filomena Matos (Universidade de Évora) (Arguente) Maria Antónia Chora (Universidade de Évora) Maria Eduarda Fortes Correia (Instituto Politécnico de Portalegre - Escola Superior de Saúde) (Orientador)

AGRADECIMENTOS

Este percurso de um ano e meio foi marcado por desafios constantes, numa procura contínua de equilíbrio entre a atividade profissional, a formação académica, a vida social e a proximidade com a família, mesmo à distância.

À minha família, expresso o meu profundo agradecimento por, num período particularmente exigente, se ter desdobrado em cuidados e apoio à minha mãe, demonstrando uma presença incondicional.

Ao meu Tiago agradeço o encorajamento constante, o apoio e o cuidado acrescido com o nosso amor de quatro patas. Este caminho foi, sem dúvida, construído a dois.

Às minhas amigas, verdadeiras âncoras do meu equilíbrio emocional, deixo um agradecimento sentido por nunca faltarem, sobretudo nos momentos mais difíceis. À Ana e à Joana, um reconhecimento especial por terem sido o impulso para o início desta jornada.

À minha equipa de trabalho, o meu sincero obrigada pela flexibilidade na gestão de horários e pela entajuda constante, que tornaram possível conciliar todas as exigências deste percurso.

A todos os profissionais incríveis que tive a oportunidade de conhecer ao longo dos contextos de estágio, agradeço a disponibilidade, a partilha de conhecimentos e o acolhimento.

À Professora Maria Eduarda Correia, um agradecimento muito especial pela orientação contínua, pela capacidade de organização que me ajudou a desenvolver desde o início e pela empatia demonstrada, sobretudo nos momentos mais exigentes.

A todos vocês, o meu mais sincero obrigada. Este percurso reforçou a consciência de que estou rodeada de pessoas verdadeiramente especiais, que tornam este caminho mais leve e significativo.

STRESS TÓXICO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

RESUMO

O presente relatório insere-se no âmbito do Mestrado em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e descreve o percurso desenvolvido ao longo dos estágios. Apresenta como objetivos o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem, em articulação com a implementação de um projeto centrado na temática do stress tóxico. Como principal finalidade, destaca-se a sensibilização para a importância do stress tóxico no desenvolvimento e na saúde da criança e do jovem. Para a sua concretização, recorreu-se à metodologia de projeto, sendo a prática sustentada por modelos teóricos de enfermagem. Os resultados evidenciam a relevância da intervenção do enfermeiro especialista na prevenção e mitigação do stress tóxico, através de uma abordagem centrada na criança e na família.

Palavras-chave: Stress Tóxico; Criança; Desenvolvimento; Saúde; Enfermagem.

TOXIC STRESS: INTERVENTION OF THE SPECIALIST NURSE IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH NURSING

ABSTRACT

This report is part of a Master's degree in Nursing, specializing in Child and Pediatric Health Nursing, and describes the trajectory developed throughout the clinical placements. Its objectives include the development of core competencies of the specialist nurse, specific competencies of the specialist nurse in child and pediatric health nursing, and competencies inherent to the Master's degree in Nursing, in conjunction with the implementation of a project focused on toxic stress. Its main purpose is to raise awareness of the importance of toxic stress in the development and health of children and adolescents. The project methodology was adopted, with practice supported by nursing theoretical models. The results highlight the relevance of the specialist nurse's intervention in the prevention and mitigation of toxic stress, through a child- and family-centered approach.

Keywords: Toxic Stress; Child; Development; Health; Nursing.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CCF – Cuidados Centrados na Família;

CSP – Cuidados de Saúde Primários;

DSS – Determinante Sociais de Saúde;

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;

GASMI - Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil;

IP – Internamento de Pediatria;

JCI - *Join Commission International*;

MEESIP – Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica;

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

NFI – Federação Internacional;

NIDCAP® – *Newborn Individualized Development Care and Assessment Program*;

OE – Ordem dos Enfermeiros;

OMS – Organização Mundial de Saúde;

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;

RN – Recém-nascido;

SAPNP - Serviço de Atendimento Pediátrico Não Programado

SMINP - Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica;

SNPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância;

SNS - Serviço Nacional de Saúde;

ST – Stress Tóxico;

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;

ULS – Unidade Local de Saúde;

USF – Unidade de Saúde Familiar.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	13
1.1. OLHAR SOBRE A INFÂNCIA: DE ONDE VIMOS E PARA ONDE VAMOS	13
1.2. STRESS TÓXICO: IMPACTOS SILENCIOSOS, CONSEQUÊNCIAS REAIS.....	16
1.3. HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA, DOENÇA CRÓNICA E VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL.....	21
1.4. NEONATOLOGIA E STRESS TÓXICO: VULNERABILIDADES DO RECÉM-NASCIDO EM AMBIENTE DE UCIN	25
1.4.1. Neonatologia, Prematuridade e Vulnerabilidade ao Stress Tóxico	26
1.4.2. A UCIN como contexto de risco para ST: Ambiente, Hospitalização e Família.....	27
1.4.3. Stressores Ambientais e Cuidados Neuroprotetores.....	29
1.5. MODELOS TEÓRICOS DE SUPORTE À PRÁTICA CLÍNICA.....	37
2. SUPORTE METODOLÓGICO	43
3. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS ...	46
3.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	47
3.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES	48
3.2.1 Sessão de Capacitação Profissional sobre Stress Tóxico na Criança e no Jovem ...	52
3.3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	54
4. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS	60
4.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	60
4.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES	62
4.2.1. Apresentação para sensibilização parental “Cuidar é Proteger”	67
5. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA	69
5.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	69

5.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES	73
5.2.1. Atividade “Caixa dos Afetos”	76
6. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO NÃO PROGRAMADO	79
6.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO	79
6.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADE.....	82
CONSIDERAÇÕES FINAIS	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	88
APÊNDICES.....	96
Apêndice A - Sessão de capacitação de profissionais de saúde “stress tóxico na criança e no jovem”	97
Apêndice B – Plano de sessão de capacitação de profissionais de saúde ‘stress tóxico na criança e no jovem	99
Apêndice C – Questionário diagnóstico pré sessão de educação para a saúde	102
Apêndice D – Questionário de avaliação pós sessão de educação para a saúde.....	104
Apêndice E – Panfleto de educação para a saúde dirigidos aos pais/cuidadores	106
Apêndice F – Apresentação para sensibilização parental sobre o stress tóxico na UCIN	108
Apêndice G – Sessão de apresentação do stress tóxico no seminário “Desafios e perspetivas do cuidado integral em pediatria/neonatologia”	110
Apêndice H – Cartões da atividade “Caixa dos Afetos”	112
Apêndice I – Documento da atividade “Caixa dos Afetos”	114
Apêndice J – Norma de atuação perante suspeita de stress tóxico em crianças e jovens	116
ANEXOS	118
Anexo A – Certificado de palestrante no Seminário “Desafios e Perspetivas do Cuidado Integral em Pediatria/Neonatologia”	119

Índice de Figuras

Figura 1. Resultados obtidos na questão 1 do questionário diagnóstico pré-sessão;	55
Figura 2. Resultados obtidos na questão 2 do questionário diagnóstico pré-sessão;	55
Figura 3. Resultados obtidos na questão 3 do questionário diagnóstico pré-sessão	56
Figura 4. Resultados obtidos na questão 4 do questionário diagnóstico pré-sessão	56
Figura 5. Resultados obtidos na questão 1 do questionário de avaliação pós-sessão	57
Figura 6. Resultados obtidos na questão 2 do questionário de avaliação pós-sessão	58
Figura 7. Resultados obtidos na questão 3 do questionário de avaliação pós-sessão	58
Figura 8. Resultados obtidos na questão 4 do questionário de avaliação pós-sessão	59

INTRODUÇÃO

O presente trabalho foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Estágio em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [ESIP] com Relatório, integrada no 9.º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na área de Especialização em ESIP, lecionado no ano letivo de 2025/2026, na Universidade de Évora.

A escolha desta temática não se prende unicamente com uma motivação pessoal, mas também com a crescente relevância que o conceito de Stress Tóxico [ST] tem vindo a assumir na evidência científica atual. O ST caracteriza-se por uma resposta fisiológica intensa, prolongada e desregulada ao stress, na ausência de relações de suporte emocional adequadas por parte de um cuidador, podendo comprometer significativamente o desenvolvimento infantil (Pedrosa, 2018).

Nos últimos anos, diversos estudos têm demonstrado que a exposição precoce a adversidades significativas, quando não acompanhada por relações protetoras, pode afetar de forma profunda o desenvolvimento neurobiológico, emocional e social da criança, com repercussões ao longo do ciclo de vida. Estas alterações podem envolver modificações nos sistemas neuroendócrino e imunológico, aumentando a vulnerabilidade a problemas físicos e psicológicos futuros (Shonkoff et al., 2021; Magalhães-Barbosa et al., 2022).

Paralelamente, trabalhos académicos e estudos não publicados têm vindo a reforçar a necessidade de uma maior integração desta temática na prática clínica, evidenciando lacunas ao nível da literacia dos profissionais de saúde e da sistematização de estratégias de intervenção precoce (Neves, 2021). Apesar do reconhecimento crescente do impacto do ST, a sua abordagem permanece ainda pouco estruturada nos diferentes contextos assistenciais.

Para desenvolver este trabalho, foi adotada a metodologia de projeto, uma abordagem que tem como foco principal a análise e resolução de problemas concretos (Ruivo et al., 2010). A metodologia de projeto é caracterizada por um conjunto organizado de etapas que permitem antecipar e planear uma transformação concreta numa realidade específica. A adoção desta metodologia resulta no desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, através da construção e aplicação de projetos em contextos reais, promovendo a capacidade de intervenção de forma crítica e fundamentada (Ruivo et al., 2010).

O presente relatório visa igualmente descrever e analisar o processo de desenvolvimento das competências adquiridas ao longo do Estágio em ESIP com Relatório, nomeadamente as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP], bem como as competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem. Este percurso formativo decorreu em diferentes contextos de prática clínica, incluindo Cuidados de Saúde Primários [CSP], Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN], Internamento de Pediatria [IP] e Serviço de Atendimento Pediátrico não Programado [SAPNP]. Neste âmbito, foi definido como objetivo geral do projeto "Sensibilizar para a temática do ST, destacando a sua importância no desenvolvimento e na saúde da criança e do jovem".

O percurso formativo desenvolvido enquadra-se na modalidade de “(...) estágio de natureza profissional objeto de relatório final, consoante os objetivos específicos visados, (...)” (Decreto-Lei n.º 63, 2016). A atribuição do grau de mestre ficará condicionada à aprovação do presente relatório em provas públicas de defesa, conforme previsto no mesmo diploma legal (Decreto-Lei n.º 63, 2016).

O presente relatório encontra-se organizado em diferentes capítulos, de forma a estruturar e facilitar a compreensão do percurso desenvolvido ao longo dos contextos de estágio. Numa fase inicial é apresentado o enquadramento do trabalho, sucedido pela fundamentação teórica que dá suporte à temática em estudo e pelos modelos teóricos de enfermagem que orientam a prática de cuidados. Seguidamente, procede-se à descrição da metodologia adotada para o desenvolvimento do projeto. De seguida proceder-se-á à apresentação dos diversos contextos de estágio, onde se procederá à caracterização dos serviços e à análise das atividades desenvolvidas, bem como das aprendizagens e competências adquiridas. Por fim, são apresentadas as considerações finais, onde se sintetizam os principais contributos do percurso realizado e se refletem os resultados obtidos ao longo deste processo formativo.

A elaboração do presente trabalho está em conformidade com os princípios do novo acordo ortográfico e respeita os critérios definidos para a apresentação de trabalhos académicos pela Universidade de Évora, adotando as normas de referência bibliográfica da 7.^a edição da American Psychological Association (APA).

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

De forma a sustentar teoricamente o desenvolvimento deste relatório, será realizado um enquadramento que permita mapear os principais conceitos associados ao ST na criança e no jovem. Esta abordagem visa não só clarificar a definição do fenómeno, mas também refletir sobre as suas origens, manifestações e impacto a curto, médio e longo prazo.

Serão ainda integrados modelos teóricos e referenciais que ajudam a compreender o desenvolvimento infantil numa perspetiva holística e contextualizada. Estes contributos assumem particular relevância na medida em que permitem uma articulação com os conhecimentos adquiridos ao longo do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica [MEESIP], reforçando a coerência entre os princípios teóricos, a prática clínica e as competências desenvolvidas neste percurso formativo.

1.1. OLHAR SOBRE A INFÂNCIA: DE ONDE VIMOS E PARA ONDE VAMOS

Antes de aprofundar a temática do ST na saúde infantil e pediátrica, parece-me fundamental olhar para a forma como o conceito de infância evoluiu ao longo do tempo. Esta reflexão permitirá compreender que a infância, tal como hoje a entendemos — uma fase que merece proteção, estímulo e atenção — nem sempre foi vista desta forma. O modo como a sociedade olha para as crianças, o valor que lhes atribui e as responsabilidades que reconhece aos adultos mudaram profundamente ao longo da história. Compreender essa transformação é essencial para perceber por que razão faz sentido investir tanto nos primeiros anos de vida e qual o papel dos profissionais de saúde neste percurso.

Nos períodos da Antiguidade e da Idade Média, a infância não era reconhecida como uma fase distinta da vida. A criança era muitas vezes percebida como um adulto em miniatura, sem necessidades específicas ou tratamento diferenciado. Na Roma Antiga, por exemplo, o nascimento não garantia, por si só, a inclusão da criança na família — essa aceitação dependia de um gesto simbólico do pai, que decidia se assumia ou não a sua criação. A prática do abandono, do infanticídio ou de outras formas de rejeição era socialmente aceite. Já na Idade Média, era comum que as crianças das classes mais favorecidas fossem entregues a amas de leite, enquanto as oriundas de famílias pobres eram integradas precocemente no trabalho, o que limitava qualquer possibilidade de viverem uma infância protegida ou acompanhada de forma próxima pela família (Cunha, 2023).

Foi ainda na Idade Média que se começou a atribuir significado às diferentes fases da vida humana. Nessa época, a existência era tradicionalmente dividida em seis idades distintas. As três primeiras — que abrangiam desde o nascimento até aos 21 anos, distribuídas em: infância (até aos 7 anos), segunda infância ou entrada na adolescência (dos 7 aos 14 anos), e juventude inicial (dos 14 aos 21 anos) — não recebiam grande valorização social. Apenas a partir da quarta fase, correspondente à juventude propriamente dita, entre os 21 e os 45 anos, os indivíduos passavam a ser reconhecidos e considerados com algum estatuto no seio da comunidade. Esta visão reflete a forma como a sociedade medieval encarava o valor social das pessoas em função da sua idade e maturidade (Nascimento et al., 2008).

Na Idade Moderna, com Descartes, consolidou-se uma visão dualista entre corpo e alma, influenciando a forma como se passou a entender o ser humano. Foi neste contexto que, no século XVII, emergiu entre as elites a noção de infância como fase distinta, marcada pela dependência e necessidade de proteção. A criança começou a ser vista como um ser vulnerável que exigia cuidados e disciplina para se tornar um adulto aceitável socialmente (Nascimento et al., 2008).

Com as transformações sociais da Idade Moderna, a criança passou a ocupar um lugar central nas atenções da família e da sociedade. Reforçaram-se os vínculos entre pais e filhos, e surgiu uma nova perceção da criança como sujeito social. A saúde e a educação infantil tornaram-se prioridades. A ciência moderna começou a definir características próprias da infância, reconhecendo-a como uma etapa específica do desenvolvimento humano. Contudo, só a partir do século XIX é que se verifica uma verdadeira preocupação com as necessidades e o cuidado da criança no discurso científico (Lins et al., 2014).

Ao longo do século XX, os avanços tecnológicos e a crescente mobilidade contribuíram para a consolidação de um discurso médico-psicológico como principal orientador das práticas de cuidado infantil. A relação entre adultos e crianças passou, assim, a ser moldada por este referencial científico. Com a adoção da Declaração dos Direitos da Criança, em 1959, reforçou-se a responsabilidade atribuída aos adultos, conferindo força normativa a comportamentos e atitudes até então socialmente definidos (Lins et al., 2014).

Nas últimas décadas, Portugal tem registado avanços significativos na concretização dos direitos das crianças, particularmente nos domínios da saúde, educação, família e proteção social, alinhando-se com os padrões internacionais mais exigentes. O direito à proteção da saúde encontra-se consagrado no artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, que estabelece a responsabilidade do Estado em garantir o acesso universal aos cuidados de saúde e em promover políticas de prevenção da doença e promoção da saúde (Constituição da República Portuguesa, 1976).

Em Portugal, este direito tem sido operacionalizado através de um Serviço Nacional de Saúde [SNS] eficaz, o que contribuiu para uma expressiva redução da mortalidade infantil, que passou de 10,3% em 1990 para 2,8% em 2019. Destacam-se ainda o sucesso do Plano Nacional de Vacinação e a relevância das consultas de vigilância nos primeiros anos de vida, fundamentais na prevenção de doenças e na identificação precoce de necessidades específicas, constituindo estratégias de elevada eficácia e custo-benefício (Tomás & Ferreira, 2021).

A criação do Programa-tipo de Atuação em Saúde Infantil e Juvenil, em 1992, e a sua atualização contínua, agora sob a designação de Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], tem sido uma peça-chave na vigilância da saúde infantil. Este programa sistematiza cuidados em idades-chave e valoriza o acompanhamento precoce de problemas de saúde e desenvolvimento, integrando evidência científica atual, nomeadamente nas áreas do crescimento, comportamento e proteção da criança (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A operacionalização deste programa visa garantir equidade no acesso à saúde e apoiar o pleno desenvolvimento das crianças, reforçando o papel da família, da comunidade e dos serviços de saúde na proteção dos seus direitos, conforme previsto na Convenção sobre os Direitos da Criança (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A Convenção sobre os Direitos da Criança, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 1989 e ratificada por Portugal em 1990, constitui um marco fundamental na afirmação da criança como sujeito pleno de direitos, reconhecendo-lhe necessidades específicas

de proteção, cuidado e promoção do desenvolvimento. Este instrumento internacional estabelece princípios orientadores essenciais, como o interesse superior da criança, a não discriminação, o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento, bem como o direito à participação, os quais devem nortear todas as decisões e intervenções que lhe digam respeito. Ao atribuir aos Estados a responsabilidade de garantir condições que promovam o bem-estar físico, emocional, social e psicológico da criança, a Convenção reforça a importância de políticas públicas e práticas profissionais centradas na criança e na família, assumindo particular relevância no contexto dos cuidados de saúde pediátricos e da proteção da infância (UNICEF, 2019).

Neste contexto, é essencial reconhecer que o desenvolvimento infantil é profundamente influenciado pelas experiências precoces, incluindo aquelas associadas ao stress.

1.2. STRESS TÓXICO: IMPACTOS SILENCIOSOS, CONSEQUÊNCIAS REAIS

As respostas ao stress no ser humano podem ser classificadas em três tipos: positiva, tolerável e tóxica (Constâncio et al., 2024)

A resposta positiva ao stress faz parte do desenvolvimento saudável e caracteriza-se por alterações fisiológicas ligeiras e temporárias, como o aumento da frequência cardíaca e de alguns níveis hormonais (Magalhães-Barbosa et al., 2022).

O stress tolerável ocorre quando o organismo entra num estado de alerta mais intenso do que na resposta positiva, geralmente devido a eventos significativos e prolongados, como a perda de alguém próximo, um desastre natural ou uma lesão dolorosa. No entanto, se a exposição ao stress for limitada no tempo e a criança contar com o apoio de adultos, o impacto negativo pode ser reduzido, permitindo a recuperação do cérebro e de outros órgãos (Magalhães-Barbosa et al., 2022).

A resposta ao stress mais grave e indesejável é designada por ST. Este pode ocorrer quando a criança é exposta a adversidades intensas, frequentes e/ou prolongadas, como abuso físico ou emocional, negligência crónica, consumo de substâncias ou problemas de saúde mental dos pais ou cuidadores, exposição à violência ou dificuldades económicas persistentes, sem receber apoio adequado de adultos (Constâncio et al., 2024; Magalhães-Barbosa et al., 2022).

O ST refere-se a uma resposta fisiológica intensa, persistente e desregulada ao stress, sem a presença de um suporte emocional adequado por parte de um cuidador (Constâncio et al., 2024). Este tipo de stress pode levar a alterações significativas no desenvolvimento do cérebro e dos sistemas neuroendócrino e imunológico, contribuindo para um maior risco de problemas físicos e psicológicos ao longo da vida (Pedrosa, 2018).

De acordo com a literatura, estas alterações podem traduzir-se em sintomas específicos e observáveis: medo persistente e exacerbado, dificuldade em lidar com novas situações, perturbações do sono, défices de memória e concentração, dificuldades na linguagem, e respostas emocionais desreguladas (Shonkoff et al., 2021). Adicionalmente, observa-se uma menor capacidade de controlo dos impulsos, comportamentos desorganizados ou agressivos e, em alguns casos, regressões do comportamento (Shonkoff et al., 2021).

Entre os fatores mais relevantes geradores de stress, destacam-se os maus-tratos físicos e emocionais, a negligência continuada, e a exposição à violência, seja no meio familiar ou na comunidade (Constâncio et al., 2024). As dificuldades económicas persistentes, como a pobreza, a insegurança alimentar e a instabilidade habitacional, constituem também elementos geradores de elevada carga de stress. A saúde mental dos cuidadores, em particular a depressão materna, bem como o consumo problemático de substâncias por parte dos adultos responsáveis, são igualmente apontados como determinantes importantes (Shonkoff et al., 2021).

A estes fatores soma-se ainda o impacto cumulativo do racismo estrutural (sistema enraizado de desigualdades sociais, económicas e políticas), que, de forma silenciosa, mas constante, afeta o bem-estar e o desenvolvimento saudável das crianças expostas (Shonkoff et al., 2021). Embora se destaquem diversos fatores desencadeantes, Oliveira et al. (2020) alargaram esta perspetiva, considerando também a hospitalização infantil como um fator de risco relevante. No caso específico das UCIN, a hospitalização dos recém-nascidos [RN] constitui uma fonte significativa de ST, resultado da intensidade dos estímulos a que são submetidos, do momento em que ocorrem e da limitação dos mecanismos de proteção e regulação do stress disponíveis neste contexto hospitalar (Weber & Harrison, 2019).

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo que resulta da interação entre crescimento, maturação e aprendizagem, influenciando diversas dimensões da criança. Estas transformações refletem-se na aquisição de novas habilidades e competências, bem como em mudanças no comportamento, abrangendo o desenvolvimento físico, intelectual, emocional e social, próprias de cada fase da infância (Silva et al., 2014). A qualidade das relações afetivas

com os cuidadores desempenha um papel essencial neste percurso. A ausência ou fragilidade dos vínculos emocionais pode comprometer o desenvolvimento do sistema nervoso central, afetando as funções cognitivas e emocionais e tornando a criança mais vulnerável a desafios no seu crescimento (Silva et al., 2014).

Um ambiente familiar seguro, uma parentalidade equilibrada e um contexto escolar positivo são fatores protetores fundamentais para o bem-estar mental (Cavaco & Silva, 2024). A ausência destes fatores de proteção pode aumentar o risco de problemas de saúde mental na infância e adolescência (Amaro et al., 2022).

Em Portugal, a prevalência de problemas de saúde mental entre crianças e adolescentes atendidos nos CSP varia entre 29% e 59%, refletindo uma realidade preocupante (Amaro et al., 2022). Crianças e jovens são um grupo especialmente vulnerável ao desenvolvimento de perturbações mentais. Estima-se que cerca de 50% dos transtornos psiquiátricos tenham início antes dos 14 anos, e 75% manifestem-se até aos 25 anos, reforçando a importância da deteção precoce e da intervenção adequada para minimizar o impacto a longo prazo (Cavaco & Silva, 2024).

O ST revela-se um fator de risco relevante para o aparecimento de perturbações mentais, uma vez que interfere de forma negativa na regulação das emoções e no desenvolvimento cognitivo. A exposição contínua ao stress na infância leva a uma libertação excessiva de cortisol, o que afeta as ligações sinápticas e reduz a capacidade estrutural do cérebro (Constâncio et al., 2024). Quanto maior for a intensidade e duração do ST, maior será o risco de consequências graves para a saúde a curto, médio e longo prazo (Magalhães-Barbosa et al., 2022).

A resposta ao stress envolve a ativação de diferentes sistemas hormonais e neuroquímicos no organismo, sendo dois deles particularmente estudados pela sua influência na regulação desta resposta. O sistema simpático-adrenomedular é responsável pela produção de adrenalina, sendo ativado na região central da glândula suprarrenal e desempenhando um papel essencial na resposta imediata a situações de perigo ou desafio (Scientific Council on the Developing Child, 2014).

Paralelamente, o eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal assume um papel central na regulação do stress, controlando a libertação de hormonas como o cortisol, que ajudam o organismo a adaptar-se a situações prolongadas de tensão (Constâncio et al., 2024). O equilíbrio entre estes sistemas é fundamental para garantir que o corpo responde de forma eficaz aos

desafios diários, sem que essa ativação excessiva comprometa a saúde a longo prazo (Scientific Council on the Developing Child, 2014). Estudos na área da epigenética demonstram que o ST pode provocar alterações na estrutura cerebral, influenciando a expressão genética do indivíduo e podendo ser transmitido às gerações seguintes. Tanto a predisposição genética como os fatores ambientais desempenham um papel fundamental na modulação dessas expressões genéticas. Além dos impactos já conhecidos, a exposição repetida ao ST pode levar à sua cronificação, resultando em respostas exageradas a situações adversas do quotidiano. Crianças sujeitas a este tipo de stress tendem a reagir de forma mais intensa e agressiva a desafios comuns, o que pode comprometer o seu desenvolvimento emocional e social a longo prazo (Branco & Linhares, 2018). Indivíduos que foram expostos a ST durante a infância apresentam maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de doenças crónicas na idade adulta, como hipertensão arterial sistémica, diabetes mellitus, doenças pulmonares, doença isquémica do coração, acidente vascular cerebral e doenças autoimunes (Magalhães-Barbosa et al., 2022).

Paralelamente, o risco de perturbações neuropsiquiátricas e comportamentais também aumenta significativamente, incluindo depressão, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação obsessivo-compulsiva, maior predisposição para abuso de substâncias, perturbação do espectro do autismo e défice de atenção/hiperatividade (Magalhães-Barbosa et al., 2022). O ST pode afetar diretamente a forma como a criança se relaciona com os outros e compreende o mundo à sua volta, acabando por comprometer a sua autonomia (Constâncio et al., 2024).

Neste sentido, o enfermeiro deve trabalhar não só com a criança, mas também com a família, promovendo um ambiente de suporte e segurança que favoreça a sua recuperação e desenvolvimento saudável (Constâncio et al., 2024). Esta intervenção adquire especial relevância durante a primeira infância, período que abrange desde o nascimento até aos seis anos de idade, reconhecido como uma fase crucial para o crescimento e desenvolvimento global da criança. Neste período, a criança encontra-se particularmente recetiva à aquisição de competências fundamentais, como a memória e a capacidade de reflexão, que influenciarão a sua autonomia ao longo da vida (Silva et al., 2020).

O crescimento e o desenvolvimento infantil, embora distintos, são processos complementares. O crescimento refere-se ao aumento físico do corpo, resultado da multiplicação e expansão celular, enquanto o desenvolvimento envolve a progressiva maturação neurológica e a aquisição de competências motoras, cognitivas, afetivas e sociais desde a vida intrauterina (Silva et al., 2020).

A promoção do desenvolvimento infantil constitui uma área central da intervenção do EEESIP. Tendo em conta a vulnerabilidade inerente à infância, enquanto fase de dependência e imaturidade, torna-se essencial garantir contextos que favoreçam um crescimento equilibrado e um desenvolvimento global pleno, permitindo à criança alcançar o seu máximo potencial (Neves, 2021).

Baltes (1987) defende que o desenvolvimento humano é um processo que se prolonga ao longo de toda a vida, sendo cada etapa influenciada pelas anteriores e condicionando as seguintes. Este processo é complexo, envolvendo várias dimensões — biológica, psicológica e social — que se interligam e evoluem de forma diferenciada. É também caracterizado por mudanças em múltiplas direções, integrando momentos de avanço e de retrocesso (Neves, 2021).

O desenvolvimento é moldado pela interação entre fatores biológicos e culturais, sendo essa influência variável ao longo do ciclo vital (Ribeiro et al., 2024). Acresce a capacidade de adaptação — ou plasticidade — e a constante reorganização de recursos como tempo, energia e apoio social. O contexto histórico e cultural em que a pessoa está inserida exerce igualmente um impacto significativo (Black et al., 2017). Neste percurso, a família surge como o primeiro e mais importante espaço de socialização, tendo um papel central no crescimento da criança e na sua integração na cultura e valores da sociedade (Neves, 2021).

Para que cada criança possa atingir o seu pleno potencial de desenvolvimento, é fundamental que cresça num ambiente seguro, estável e atento às suas necessidades. Este deve garantir cuidados adequados de saúde e nutrição, bem como proteção contra riscos físicos e emocionais. As interações com os cuidadores devem ser consistentes, afetuosas e ajustadas às necessidades da criança, promovendo um vínculo seguro e um contexto emocionalmente positivo, onde haja espaço para o estímulo, a atenção individualizada e a resposta sensível aos seus sinais, interesses e ritmos (Neves, 2021).

Tal como existem fatores que promovem positivamente o desenvolvimento infantil, também há elementos que podem comprometer esse processo. Esses fatores de risco têm o potencial de provocar desvios na trajetória considerada típica do desenvolvimento, podendo resultar em consequências duradouras, nomeadamente ao nível do bem-estar psicológico da criança (Black et al., 2017). Quando presentes, estes fatores estão frequentemente associados à vivência de stress na infância, interferindo negativamente na sua saúde e equilíbrio emocional (Silva et al., 2020).

Considerando o impacto significativo que o ST pode ter no desenvolvimento da criança, a sua compreensão revela-se fundamental, sobretudo para os profissionais de saúde que acompanham este processo. O conhecimento aprofundado sobre este fenómeno permite uma atuação mais consciente e eficaz na promoção de um desenvolvimento infantil saudável, através da identificação precoce de sinais de risco e da implementação de estratégias que favoreçam contextos protetores e estimulantes (Silva et al., 2020)

1.3. HOSPITALIZAÇÃO PEDIÁTRICA, DOENÇA CRÓNICA E VULNERABILIDADE PSICOSSOCIAL

A hospitalização representa um período particularmente exigente, marcado por alterações profundas no quotidiano da criança e da sua família (J. Rodrigues et al., 2026). Ao ser retirada do seu contexto habitual, a criança é confrontada com um ambiente desconhecido e altamente tecnicizado, no qual é submetida a procedimentos que, pela sua natureza muitas vezes invasiva, podem desencadear desconforto físico e emocional (Mota et al., 2025). Esta combinação de fatores tende a repercutir-se no seu bem-estar, podendo manifestar-se através de ansiedade, perturbações do sono e do humor, alterações ponderais, diminuição da capacidade de concentração ou mesmo dificuldades de adaptação ao meio hospitalar (Coyne et al., 2016; Pontes et al., 2022).

No que se refere à família, o impacto é igualmente relevante (J. Rodrigues et al., 2026). O acompanhamento contínuo da criança obriga, frequentemente, a reorganizações significativas na dinâmica familiar e profissional, implicando afastamento do domicílio, redistribuição de responsabilidades e, por vezes, interrupção da atividade laboral. Estas mudanças podem intensificar sentimentos de tensão, insegurança e preocupação, sobretudo quando se refletem na estabilidade económica e emocional do agregado familiar (Murray et al., 2025; Pontes et al., 2022).

Se a experiência de internamento hospitalar, por si só, tem um impacto significativo na estabilidade emocional da criança e da sua família, esse impacto tende a assumir uma complexidade acrescida quando se trata de uma criança com doença crónica (Mota et al., 2025). Face ao impacto emocional e organizacional que estas situações acarretam para a família emerge a necessidade de reavaliar as abordagens tradicionais dos cuidados pediátricos, indo além de uma perspetiva exclusivamente centrada na doença.

Os progressos alcançados nos cuidados de saúde pediátricos têm promovido uma transição do foco exclusivamente diagnóstico para estratégias orientadas para a prevenção e gestão das doenças crónicas. Em simultâneo, o aumento da prevalência destas condições na população pediátrica levou a uma reorientação das prioridades dos sistemas de saúde e dos profissionais, passando a enfatizar-se não apenas a sobrevivência, mas também as implicações da doença ao longo do ciclo de vida, nomeadamente no desenvolvimento emocional e comportamental da criança (Mastorci et al., 2025)

Segundo os *Centers for Disease Control and Prevention* (2024), as doenças crónicas correspondem a “condições que duram um ano ou mais e que requerem acompanhamento médico contínuo ou limitam as atividades da vida diária, ou ambas”. A *American Academy of Pediatrics* utiliza o termo crónico para descrever condições de saúde cuja duração pode variar entre três meses e toda a vida. De forma complementar, a Organização Mundial da Saúde [OMS] define as doenças crónicas como situações que “tendem a ser de longa duração e resultam da combinação de fatores genéticos, fisiológicos, ambientais e comportamentais” (Mastorci et al., 2025).

A experiência da doença crónica em idade pediátrica apresenta especificidades distintas da vivenciada na idade adulta, o que implica estratégias de gestão diferenciadas. Ao longo do desenvolvimento, crianças e jovens com doença crónica são desafiados a conciliar as exigências da vida diária com as limitações impostas pela condição de saúde, verificando-se uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento de problemas de saúde mental na adolescência quando comparados com pares sem doença crónica (Mastorci et al., 2025; Pinquart, 2020).

De forma crescente, a abordagem às doenças crónicas tem vindo a integrar uma visão mais abrangente, reconhecendo a necessidade de ultrapassar a avaliação estritamente clínica e de considerar os efeitos da condição de saúde nas dinâmicas sociais, no bem-estar emocional e nas restrições ao desempenho das atividades quotidianas (Mastorci et al., 2025).

Apesar dos progressos alcançados na sobrevivência de crianças com doença crónica, estas continuam a apresentar elevada vulnerabilidade, com maior risco de desenvolvimento de comportamentos desadaptativos e de consequências negativas ao nível da saúde mental, do funcionamento físico e da qualidade de vida. A identificação destes fatores é essencial para orientar estratégias eficazes de prevenção e intervenção. Neste contexto, a adaptação à doença deve ser analisada de forma integrada, considerando o funcionamento social, o desempenho em contextos estruturados e a participação nas atividades da vida diária, uma vez que o equilíbrio

nestas dimensões favorece o desenvolvimento de estratégias de coping mais ajustadas nos diferentes contextos de vida (Blackman et al., 2011; Mastorci et al., 2025).

A exposição prolongada ao stress inerente à gestão de uma doença crónica pode desencadear respostas fisiológicas sustentadas, como a elevação dos níveis de cortisol, com repercussões no desenvolvimento biológico e no comportamento da criança, podendo contribuir para o agravamento de determinadas patologias, nomeadamente a asma ou a diabetes. Paralelamente, esta sobrecarga pode favorecer o aparecimento de dificuldades emocionais e comportamentais, tais como diminuição da autoestima, ansiedade e sintomatologia depressiva, bem como outras manifestações associadas à própria condição de saúde ou às exigências da sua gestão contínua (Mastorci et al., 2025).

As crianças com doença crónica apresentam maior vulnerabilidade para o desenvolvimento de perturbações da saúde mental. Estas dificuldades podem repercutir-se em diferentes dimensões da vida da criança, incluindo o bem-estar emocional, o comportamento, o desempenho escolar e as relações sociais, influenciando simultaneamente a adaptação à doença e a adesão ao regime terapêutico. Neste contexto, a integração de intervenções psicológicas estruturadas e baseadas na evidência assume particular relevância nos cuidados prestados a esta população, contribuindo para a promoção da saúde mental e para melhores resultados em saúde (Bennett et al., 2015).

Considerando esta inter-relação entre doença crónica e saúde mental, torna-se fundamental compreender o papel que o desenvolvimento psicológico assume ao longo da infância. A saúde mental desempenha um papel central na forma como o indivíduo se adapta e funciona nos diferentes contextos da sua vida, influenciando a capacidade de enfrentar desafios e de responder aos acontecimentos quotidianos. Nesta perspetiva, os primeiros anos de vida assumem especial importância, uma vez que o desenvolvimento cerebral nesta fase é particularmente sensível a fatores adversos, podendo as suas repercussões estender-se ao longo do percurso vital, com impacto nas dimensões académica, social, emocional e comportamental na idade adulta (Colizzi et al., 2020).

A coexistência entre doenças crónicas e alterações psicológicas ou comportamentais, nomeadamente ansiedade e depressão, tem sido amplamente descrita na evidência científica. Esta relação resulta de múltiplos fatores, incluindo mecanismos biológicos, como respostas inflamatórias associadas a determinadas patologias crónicas, e fatores de ordem psicológica,

designadamente a sobrecarga emocional associada à vivência prolongada de uma condição de saúde adversa e potencialmente ameaçadora da vida (Mattson & Kuo, 2019)

Neste contexto, muitas das crianças que vivem com doença crónica enquadram-se no grupo designado por crianças e jovens com necessidades especiais de cuidados de saúde e que são definidos como “aqueles que têm ou apresentam risco acrescido de uma condição crónica de natureza física, do desenvolvimento, comportamental ou emocional e que necessitam igualmente de cuidados de saúde e serviços associados de um tipo ou intensidade superiores aos habitualmente requeridos pelas crianças em geral” (Mattson & Kuo, 2019).

Segundo Mattson e Kuo (2019), os contextos biológico, físico, emocional e social exercem uma influência determinante na saúde da criança ao longo do seu percurso de vida. Neste âmbito, assumem particular relevância os Determinantes Sociais da Saúde [DSS], definidos como as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, influenciando de forma significativa o bem-estar individual. Os autores referem que relações e ambientes seguros, estáveis e promotores de cuidado constituem elementos essenciais para prevenir situações de risco na infância e para favorecer que as crianças atinjam o seu potencial máximo ao longo da vida (Mattson & Kuo, 2019).

DSS como a estabilidade habitacional e a segurança alimentar, têm um impacto positivo comprovado na saúde infantil e são recomendados como dimensões a considerar na vigilância do desenvolvimento. Em contrapartida, condições habitacionais precárias e contextos comunitários desfavoráveis associam-se a uma pior qualidade de vida, sobretudo em crianças e jovens com necessidades especiais de cuidados de saúde. A insegurança alimentar pode ter um impacto acrescido nesta população, particularmente quando existem necessidades nutricionais específicas ou restrições alimentares associadas à condição clínica (Garg et al., 2016); Mattson & Kuo, 2019).

Crianças e jovens com necessidades especiais de cuidados de saúde apresentam ainda maior exposição a experiências adversas na infância, frequentemente associadas a situações de ST, como abuso ou violência doméstica. A exposição a múltiplas experiências adversas na infância encontra-se relacionada com o agravamento das condições crónicas, maior risco de desenvolvimento de condições secundárias, menor envolvimento escolar e aumento da probabilidade de adoção de comportamentos de risco (Mattson & Kuo, 2019)

Para além das experiências adversas precoces, diversos fatores de natureza familiar podem também contribuir para a deterioração do estado de saúde de crianças e jovens com

necessidades especiais de cuidados de saúde. Entre estes fatores destacam-se a elevada carga associada ao papel do cuidador, dificuldades na utilização de estratégias de coping eficazes, privação de sono, enfraquecimento das redes de suporte social e alterações na estabilidade laboral dos progenitores, frequentemente acompanhadas por constrangimentos económicos (Li et al., 2025). Dinâmicas familiares marcadas por conflito se associam a maior utilização de cuidados de saúde, incluindo um aumento do número de internamentos hospitalares, nomeadamente em crianças com patologias crónicas como a asma (Mattson & Kuo, 2019).

A evidência demonstra ainda que a promoção de competências sociais, o recurso a estratégias de coping positivas e o apoio familiar e comunitário consistente são determinantes para o bem-estar das crianças e jovens com necessidades especiais de cuidados de saúde. Famílias coesas e funcionalmente organizadas constituem um importante recurso protetor, potenciando a capacidade de adaptação e o enfrentamento eficaz da doença ao longo do desenvolvimento (Hilliard et al., 2014; Mattson & Kuo, 2019)

1.4. NEONATOLOGIA E STRESS TÓXICO: VULNERABILIDADES DO RECÉM-NASCIDO EM AMBIENTE DE UCIN

A Neonatologia diz respeito a uma área muito particular dos cuidados de saúde, centrada na assistência ao RN, nomeadamente aos que apresentam condições de maior vulnerabilidade, como a prematuridade ou a doença neonatal. O ambiente das UCIN, embora imprescindível para a sobrevivência e estabilização clínica dos RN, expõe frequentemente o mesmo a múltiplos estímulos potencialmente adversos, incluindo procedimentos invasivos, separação parental e estímulos ambientais intensos. Todos estes fatores podem constituir fontes significativas de stress, assumindo particular relevância à luz do conceito de ST e das suas implicações no desenvolvimento neurológico e emocional.

Neste sentido, a compreensão da evolução histórica da Neonatologia e da prematuridade revela-se fundamental para enquadrar a vulnerabilidade específica do RN ao ST, bem como a necessidade de cuidados altamente diferenciados em contexto de UCIN.

1.4.1. Neonatologia, Prematuridade e Vulnerabilidade ao Stress Tóxico

O ser humano é o resultado de uma evolução complexa, e RN, pela sua imaturidade e dependência, exige cuidados especializados, sendo também o centro de importantes vínculos afetivos e sociais. A neonatologia surge para responder a essas necessidades. O primeiro hospital dedicado ao cuidado infantil abriu em Paris em 1802. Em Portugal, o Hospital de Dona Estefânia foi inaugurado em 1877 e o Hospital Maria Pia em 1882, marcando o avanço dos cuidados pediátricos. Em 1903 criou-se a primeira consulta de pediatria no Hospital de São José e, em 1911, o ensino da especialidade foi integrado nas escolas médicas (Soares, 2025)

O termo neonatologia foi introduzido em 1960 por Alexander Schaffer, definindo a área da pediatria dedicada ao estudo e cuidado do RN. Contudo, é a Pierre Budin, obstetra francês, que se atribui o papel de fundador da neonatologia moderna, ao estender a atenção ao bebé para além do momento do parto. A criação da primeira incubadora em 1878 marcou um ponto de viragem, dando início a uma evolução contínua de avanços científicos e tecnológicos que hoje possibilitam a sobrevivência e o desenvolvimento de RN que, outrora, não resistiriam (Soares, 2025).

As principais causas de mortalidade neonatal incluem a prematuridade, as infeções e as malformações congénitas. Entre estas, a prematuridade e as suas complicações destacam-se como a principal causa de morte antes dos cinco anos, sendo responsáveis por cerca de 900 mil óbitos em 2019. Considera-se prematuro o RN cujo parto ocorre antes das 37 semanas completas de gestação, sendo a gravidade do risco de morbimortalidade proporcional ao grau de prematuridade e ao baixo peso ao nascer (Soares, 2025).

Os RN com idade gestacional inferior a 27 semanas apresentam elevado risco de alterações no neurodesenvolvimento. Contudo, quando submetidos a cuidados neonatais centrados na proteção neurológica, adaptados às suas necessidades, observa-se uma redução significativa das sequelas, com muitos a apresentarem apenas défices ligeiros ou mesmo desenvolvimento adequado. Assim, torna-se essencial adotar práticas de cuidado que promovam o desenvolvimento, minimizando estímulos prejudiciais, aplicando técnicas de manuseio cuidadoso, assegurando o controlo da dor e incentivando a participação ativa da família (Zanini et al., 2024).

O neurodesenvolvimento assume particular relevância nos cuidados prestados em UCIN, já que a fase mais crítica da maturação cerebral decorre no terceiro trimestre, período que, nos

prematturos, ocorre fora do útero. Neste contexto, estímulos sensoriais inadequados ou em excesso podem afetar negativamente a evolução neurológica do RN (Saldanha & Tauro, 2023).

Os RN prematturos, devido à imaturidade e sensibilidade do sistema nervoso, podem sofrer alterações duradouras resultantes da dor e do stress vivenciados durante a hospitalização. Estas experiências precoces têm impacto não apenas a nível neurológico, mas também no desenvolvimento psicológico, refletindo-se em dificuldades cognitivas, emocionais e comportamentais, bem como em atrasos de linguagem (Shiff et al., 2021)

1.4.2. A UCIN como contexto de risco para ST: Ambiente, Hospitalização e Família

A entrada numa UCIN é, habitualmente, uma experiência impactante para os pais. Além da preocupação com o estado de saúde ou a prematuridade do bebé, o ambiente — marcado por equipamentos, alarmes e constante atividade — pode gerar sentimentos de estranheza e apreensão (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

A UCIN é um ambiente altamente especializado, equipado com tecnologia avançada e uma equipa multiprofissional qualificada, destinada ao tratamento de RN em estado crítico, com o objetivo de preservar a vida e promover a recuperação da saúde. Estes bebés, considerados clinicamente vulneráveis, requerem vigilância contínua e cuidados complexos, que exigem dos profissionais competências técnicas, conhecimento científico e capacidade de avaliação rigorosa. Além disso, é essencial que a equipa de saúde desenvolva habilidades relacionais para apoiar as famílias, frequentemente expostas a situações de ansiedade e sofrimento. Entre as causas mais comuns de internamento destacam-se a prematuridade, as infeções, as complicações respiratórias ou circulatórias e as intercorrências durante a gestação ou o parto (Batista et al., 2021).

Como dito anteriormente, a UCIN dispõe de tecnologia avançada e equipamentos específicos para responder às necessidades dos RN. Os bebés permanecem em incubadoras ou berços aquecidos, com controlo rigoroso de temperatura e humidade, e estão ligados a monitores que avaliam parâmetros vitais como frequência cardíaca, respiração, tensão arterial, temperatura e oxigenação. Os alarmes sonoros são comuns e, na maioria das vezes, resultam de pequenos movimentos ou falhas de contacto, sendo avaliados de imediato pelas enfermeiras. O

ruído constante é, por isso, característico destes espaços (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2016).

O internamento em UCIN pode constituir um fator relevante de ST no lactente. Para além das situações clássicas descritas pela American Academy of Pediatrics — como a negligência, o abuso ou a depressão materna — a literatura tem vindo a reconhecer a hospitalização infantil como um potencial desencadeador deste tipo de resposta adversa. No caso particular da UCIN, a intensidade dos estímulos, o momento crítico do desenvolvimento e a ausência ou insuficiência de estratégias de regulação emocional tornam este contexto especialmente propício ao surgimento de ST no RN (Weber & Harrison, 2019).

A participação das famílias nos cuidados prestados ao bebé em contexto neonatal tem-se revelado determinante para o aumento do seu bem-estar. O envolvimento direto nas tarefas do dia a dia e a integração nas rotinas da UCIN favorecem a perceção de que são os cuidadores centrais do seu bebé (Moreno-Sanz et al., 2025).

Para além dos desafios clínicos e ambientais que moldam a experiência do RN em cuidados intensivos, surge ainda a necessidade de refletir sobre os princípios éticos que orientam as decisões tomadas neste contexto altamente especializado (Acuña-Caicedo et al., 2025).

Neste contexto de elevada complexidade clínica e emocional, particularmente evidente nos cuidados ao RN em situação crítica, a integração da Bioética revela-se fundamental para sustentar a prática profissional. A multiplicidade de intervenções, o recurso intensivo à tecnologia e a exposição precoce a fatores potencialmente geradores de stress exigem decisões que ultrapassem o domínio técnico, convocando uma reflexão ética centrada na dignidade, no interesse superior da criança e na minimização do sofrimento (Acuña-Caicedo et al., 2025). Assim, a Bioética constitui um referencial transversal que enquadra e legitima a adoção de cuidados humanizados e neuroprotetores, essenciais à prevenção de consequências adversas no desenvolvimento.

A Bioética emergiu na década de 1970 como resposta aos dilemas e questões morais associados aos cuidados em saúde, à investigação médica e ao avanço das tecnologias. Nesse período, Van Rensselaer Potter, bioquímico e investigador em oncologia, defendeu a criação de uma ligação entre a ética e as ciências da vida, destacando a necessidade de integrar os valores éticos nos conhecimentos biológicos. Paralelamente, e sem conhecimento mútuo, o obstetra André Hellegers introduziu o conceito de bioética, centrando-se sobretudo nos

impactos que os progressos tecnológicos em saúde poderiam ter na vida e na dignidade humana (Carvalho, 2021)

Nos cuidados intensivos, os profissionais de saúde confrontam-se frequentemente com dilemas éticos, acompanhados por dúvidas, incertezas e dualidades (Acuña-Caicedo et al., 2025). O exercício clínico neste contexto é marcado não apenas pela elevada exigência técnico-científica, mas também por intensos desafios emocionais, relacionais e psicossociais (Carvalho, 2021).

A evolução da Neonatologia acompanha, em muitos aspetos, a da Bioética. Os progressos tecnológicos permitiram reduzir a mortalidade e a morbilidade neonatal, mas também originaram novos dilemas éticos. Em cuidados intensivos, perante RN em estado crítico, podem colocar-se decisões difíceis, como suspender ou não iniciar terapêuticas altamente diferenciadas, o que gera tensão entre o dever de preservar a vida e a responsabilidade de aliviar o sofrimento (Carvalho, 2021).

Nas UCIN, espera-se que os profissionais consigam acolher o sofrimento do outro, procurando minorá-lo. Esta competência revela-se especialmente importante na transmissão de más notícias e em situações de fim de vida, onde é fundamental conjugar presença, empatia e escuta ativa, preservando uma proximidade afetiva equilibrada (Carvalho, 2021).

1.4.3. Stressores Ambientais e Cuidados Neuroprotetores

O desenvolvimento dos RN internados, especialmente dos prematuros, é uma preocupação central para os profissionais de saúde, dado que as experiências precoces influenciam profundamente o crescimento e a maturação da criança. Diversos fatores — clínicos, emocionais e ambientais — podem interferir neste processo. Entre eles destacam-se o excesso de ruído e luminosidade, a exposição frequente à dor, a privação do sono e a separação materna, que podem comprometer o desenvolvimento global e neurosensorial (Hastuti et al., 2026)

Neste contexto, a adoção de cuidados neuroprotetores em UCIN assume um papel central, ao procurar reduzir a exposição do RN a estímulos potencialmente nocivos e criar condições que favoreçam o seu desenvolvimento neurosensorial. Estes cuidados centram-se, em grande medida, em aspetos do ambiente e da prestação de cuidados que podem ser ajustados na prática clínica, nomeadamente a gestão da luz e do ruído, a prevenção e alívio da dor e a organização

dos períodos de sono. A análise individualizada de cada um destes fatores permite compreender o seu impacto no neurodesenvolvimento e sustentar intervenções sensíveis às necessidades específicas do bebé prematuro:

- **Luz**

Compreender o desenvolvimento visual do feto e do RN é essencial para definir estratégias de proteção e estimulação adequadas. Nos bebés prematuros, a redução da intensidade luminosa tem sido associada a melhor crescimento e maior estabilidade fisiológica. A exposição contínua à luz nas UCIN pode interferir com o ritmo circadiano, afetando o sono, aumentando o stress e os níveis de cortisol. Em contrapartida, a iluminação cíclica, que alterna períodos de luz e escuridão, favorece o ganho de peso, a coordenação motora e a função respiratória. Apesar das recomendações apontarem para níveis de iluminação entre 10 e 600 lux, os valores observados em muitos contextos hospitalares tendem a ser superiores ao ideal (Greenberg, 2025); Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

As recomendações relativas à iluminação nas UCIN têm como objetivo reduzir os efeitos nocivos do excesso de luz e criar um ambiente mais favorável ao bem-estar e desenvolvimento do RN. Para isso, recorre-se a coberturas acolchoadas nas incubadoras — totais ou parciais — e a mantas escuras para controlar a exposição luminosa. Durante a fototerapia, é indispensável o uso de óculos de proteção (Andrade et al., 2022). Sempre que possível, as fontes de luz devem permitir ajustar a intensidade conforme as necessidades do momento, e cada posto de trabalho deve dispor de iluminação individual direcionável, que possibilite focar a luz apenas onde é necessária, garantindo um ambiente mais tranquilo e confortável para o bebé (Oh et al., 2022); Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Durante o estágio, foi possível observar que todos os cuidados anteriormente mencionados eram cuidadosamente aplicados. Dependendo da idade gestacional e da condição clínica de cada bebé, utilizavam-se coberturas totais ou parciais nas incubadoras para controlar a luminosidade. Na sala de cuidados intensivos, a janela permanecia com a persiana fechada, garantindo um ambiente mais protegido, enquanto na sala de cuidados intermédios existia uma janela parcialmente aberta, sendo o seu uso ajustado de acordo com o estado clínico do bebé mais próximo.

Além disso, cada incubadora dispunha de um foco de luz individual, cuja intensidade e direção podiam ser ajustadas, permitindo realizar os cuidados com maior precisão e reduzindo ao máximo o stress provocado pela iluminação.

- **Som**

No ambiente intrauterino, o som chega ao feto filtrado pelo líquido amniótico e pelas paredes uterinas, o que reduz a intensidade e elimina frequências mais altas. Assim, os principais sons percebidos são os da mãe, como a sua voz e os ruídos naturais do corpo, proporcionando um meio acústico suave e protetor (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018; (Voegtline et al., 2013).

A exposição ao ruído nas UCIN tem impacto direto nas respostas fisiológicas e comportamentais do RN prematuro, podendo desencadear reações de stress. Sons intensos provocam alterações cardiovasculares, como bradicardia ou taquicardia, aumento da pressão arterial e variações na oxigenação, o que eleva o consumo energético e compromete o crescimento (Hastuti, 2026). Também se verificam respostas neuroendócrinas associadas à ativação do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, semelhantes às observadas em situações de ST, com potenciais efeitos negativos no desenvolvimento neurológico e imunológico. O ruído excessivo está ainda relacionado com complicações como distúrbios do sono, défices auditivos, atraso do desenvolvimento e patologias como a retinopatia da prematuridade e a leucomalácia periventricular. Assim, a redução dos níveis de ruído no ambiente neonatal constitui uma medida essencial para prevenir a sobrecarga sensorial e mitigar os efeitos do stress no RN (Marchal et al., 2021; Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2018).

Algo que achei particularmente interessante durante o estágio foi a utilização de um dispositivo denominado “Orelha”, concebido para monitorizar os níveis de ruído na unidade. Este aparelho, em forma de orelha, sinaliza a intensidade sonora através de cores — verde, amarelo e vermelho —, permitindo à equipa avaliar o ambiente sonoro em tempo real. Desta forma, os profissionais podem ajustar o volume e as atividades, procurando manter o indicador na zona verde e, assim, reduzir o impacto do ruído no bem-estar dos bebés.

- **Dor**

Na UCIN, os bebés são frequentemente submetidos a numerosos procedimentos invasivos — em média entre 12 a 17 por dia — como punções, aspiração endotraqueal ou colocação de cateteres. Além das condições clínicas que exigem cuidados adicionais, muitos prematuros enfrentam estas experiências dolorosas sem recurso consistente a medidas analgésicas ou estratégias não farmacológicas, embora a sensibilização crescente para o tema esteja a impulsionar melhorias nas práticas assistenciais (Shiff et al., 2021).

Acresce que quanto menor a idade gestacional, maior tende a ser a exposição cumulativa a estímulos de dor e stress, frequentemente associada a internamentos prolongados que podem estender-se por dois a três meses (Linhares, 2016).

Os RN prematuros possuem vias neurológicas funcionais para a perceção da dor desde as 22–24 semanas de gestação, sendo possível observar respostas corticais a estímulos nocivos já às 25 semanas. Devido à imaturidade dos sistemas inibitórios e da medula espinhal, apresentam limiares de dor mais baixos, podendo interpretar até manuseamentos rotineiros como dolorosos. A dor no prematuro tende ainda a ser mais difusa e menos localizada, o que potencia o seu impacto (Shiff et al., 2021).

A dor no RN tem consequências significativas tanto a curto como a longo prazo, afetando vários sistemas do organismo. No imediato, podem observar-se alterações fisiológicas como o aumento da frequência cardíaca e respiratória, redução da saturação de oxigénio, elevação da pressão intracraniana, sudorese, palidez e cianose. Estas respostas estão frequentemente associadas ao aumento das hormonas de stress, como o cortisol e as catecolaminas. No comportamento, o bebé manifesta dor através de expressões faciais características, choro, irritabilidade e alterações no sono, podendo ainda verificar-se maior vulnerabilidade a infeções devido à sobrecarga dos sistemas corporais (Roldão, 2020)

A exposição prolongada ou repetida à dor pode originar consequências mais graves, como lesões neurológicas (por exemplo, hemorragia intraventricular e leucomalácia periventricular), alterações na perceção da dor — com maior sensibilidade futura — e perturbações comportamentais. Estas situações podem ainda comprometer áreas cerebrais relacionadas com a aprendizagem e a memória (Roldão, 2020; Silva et al., 2025).

Importa salientar que o RN não consegue verbalizar a dor, e esta não se manifesta de forma proporcional à gravidade da lesão. A sua avaliação baseia-se, assim, em indicadores comportamentais e fisiológicos, sendo os primeiros geralmente mais fiáveis e consistentes para a observação clínica (Roldão, 2020).

Têm surgido, assim, estratégias dirigidas à criação de ambientes neuroprotetores, que visam minimizar o impacto do internamento e favorecer a adaptação do bebé. Entre estas, destaca-se o método canguru, que promove o contacto pele a pele entre pais e filho. Esta prática contribui para reduzir dor e stress, estabilizar funções vitais, favorecer o sono e estimular o aleitamento, enquanto fortalece o vínculo parental e aumenta a confiança no cuidar. Pela sua

abrangência, é hoje reconhecida como uma intervenção central na promoção do desenvolvimento saudável em prematuros (Saldanha & Tauro, 2023; Silva et al., 2025).

Neste enquadramento, a parceria de cuidados com a família assume um papel fundamental na implementação de estratégias não farmacológicas dirigidas ao alívio da dor no RN prematuro. A participação ativa dos pais permite integrar elementos familiares e afetivos no cuidado, como a voz materna, o contacto, os odores conhecidos ou a adaptação do ambiente, potenciando intervenções mais eficazes e individualizadas. Estratégias como a redução da luminosidade, a utilização de sons reconfortantes ou a exposição ao odor do leite materno têm demonstrado benefícios na atenuação da resposta dolorosa, ainda que com níveis de evidência variáveis, reforçando a importância do envolvimento da família como recurso terapêutico no contexto da UCIN (Saldanha & Tauro, 2023; Shiff et al., 2021).

Entre as estratégias de conforto utilizadas em prematuros destaca-se a sucção não nutritiva, geralmente realizada com chupeta, que tem mostrado eficácia na redução do choro e na melhor regulação da dor durante procedimentos invasivos, ainda que o seu efeito imediato sobre a perceção da dor permaneça em debate. O enfaixamento (*swaddling*), ao proporcionar contenção e sensação de segurança, também se revelou benéfico, contribuindo para menores escores de dor e recuperação mais rápida após estímulos dolorosos (Shiff et al., 2021).

Embora a sacarose oral seja amplamente reconhecida como eficaz no controlo da dor neonatal, alguns estudos recentes sugerem que o seu uso deve ser moderado, idealmente limitado a quatro administrações diárias. Esta recomendação surge pela possibilidade de interferir em aspetos como o desenvolvimento motor, a vigilância e a orientação do RN. Assim, tem-se incentivado a investigação de estratégias não farmacológicas alternativas, entre as quais se destaca o leite materno, que pode desempenhar um papel relevante na redução da dor (Oliveira, 2023)

Entre as estratégias não farmacológicas baseadas no contacto do cuidador, várias têm mostrado eficácia no alívio da dor em RN prematuros. O *tucking* facilitado, que consiste em conter suavemente o bebé numa posição fletida, tem revelado benefícios em diferentes procedimentos, embora com resultados variáveis consoante o tipo de intervenção e o momento da avaliação da dor. Técnicas associadas ao toque, como massagem ou contacto terapêutico, também demonstraram reduzir a reatividade dolorosa, ainda que a evidência permaneça heterogénea (Shiff et al., 2021).

O método canguru, através do contacto pele a pele, é uma das abordagens mais consistentes, favorecendo a estabilidade fisiológica e a diminuição das respostas dolorosas durante e após os procedimentos. O aleitamento materno direto revelou igualmente eficácia na redução da dor, enquanto a administração suplementar de leite materno mostrou resultados menos consistentes (Shiff et al., 2021).

Verificou-se que estratégias simples, como disponibilizar o cheiro do leite materno — por exemplo, através de uma pequena bola de algodão impregnada com o mesmo —, podem constituir uma intervenção eficaz no controlo do desconforto e na promoção do bem-estar do RN (Oliveira, 2023).

No conjunto, estas práticas reforçam a importância do envolvimento ativo dos pais nos cuidados, não só como suporte emocional, mas também como recurso eficaz na gestão da dor neonatal (Shiff et al., 2021).

Na UCIN onde decorreu o estágio, era utilizada a escala Échelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau-Né (EDIN) para a avaliação da dor e do desconforto no RN. A aplicação era realizada a cada turno de oito horas ou sempre que o bebé apresentava sinais sugestivos de dor. Esta escala baseia-se na observação de cinco parâmetros — expressão facial, postura corporal, qualidade do sono, interação e capacidade de reconforto — permitindo uma avaliação sistematizada e contínua do bem-estar do RN.

- **Sono**

O ambiente intrauterino garante as condições necessárias para o crescimento e a maturação saudável do feto, favorecendo o desenvolvimento das suas estruturas corporais e neurológicas. Quando o nascimento acontece antes do termo, o bebé prematuro é confrontado com um ambiente totalmente distinto, como o da UCIN, que não reproduz as condições protetoras do útero (Chora & Azougado, 2015). Esta mudança pode interferir nos ciclos de sono e repouso, comprometendo a estabilidade fisiológica e o neurodesenvolvimento, o que pode originar dificuldades ou alterações funcionais a longo prazo (Uchitel et al., 2022)

A manipulação frequente e a interrupção do sono em RN prematuros podem afetar negativamente o seu desenvolvimento neurológico, favorecendo estados de irritabilidade e alterações comportamentais mais tarde na vida. O sono, sendo o principal estado fisiológico do prematuro, é essencial para a maturação cerebral, consolidação da memória, equilíbrio térmico, imunológico e hormonal. A sua perturbação precoce pode estar associada, a longo prazo, a

dificuldades cognitivas, distúrbios de atenção, maior vulnerabilidade a doenças respiratórias, excesso de peso e problemas emocionais e sociais (Maki et al., 2017; Uchitel et al., 2021)

Foram definidas diversas estratégias destinadas a promover um sono de qualidade no RN prematuro, essenciais para o seu crescimento, equilíbrio fisiológico e desenvolvimento neurológico. Estas intervenções organizam-se em quatro áreas principais — ambiente, cuidados, interação e educação —, alinhadas com os princípios dos Cuidados Centrados no Desenvolvimento, que privilegiam uma abordagem global e individualizada. A sua aplicação é recomendada em todas as zonas da UCIN, devendo iniciar-se nas primeiras 48 horas de vida e manter-se até cerca das 34 semanas de idade gestacional corrigida (Rodrigues et al., 2024)

Estas intervenções vão ao encontro dos cuidados anteriormente descritos, reforçando a importância de um ambiente tranquilo na UCIN e de práticas ajustadas às necessidades do RN prematuro. O controlo da luz e do ruído ajuda a reduzir a sobrecarga sensorial e a proteger o sono, enquanto estratégias como o contacto pele a pele, a contenção suave e o posicionamento acolhedor favorecem a autorregulação e a estabilidade fisiológica. A presença e a voz dos pais acrescentam um efeito protetor essencial, contribuindo para um clima emocionalmente seguro. Ao integrar estas medidas e envolver a família, o enfermeiro assegura cuidados consistentes e alinhados com modelos centrados no desenvolvimento, promovendo a redução do stress e um neurodesenvolvimento mais saudável (Rodrigues et al., 2024).

Durante o estágio, foi notório que os cuidados prestados na unidade se orientavam por princípios centrados no desenvolvimento e na individualização do cuidado. Neste contexto, destaca-se a adoção da filosofia Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program [NIDCAP®], promovida pela Federação Internacional, que defende que todos os RN hospitalizados e as suas famílias devem beneficiar de cuidados individualizados, centrados no desenvolvimento e sustentados em evidência científica (NIDCAP® Federation International [NFI], 2024).

A NFI é a entidade responsável por garantir a implementação e a qualidade do modelo NIDCAP® em contexto clínico. Para isso, certifica profissionais e unidades hospitalares, assegurando a continuidade da formação e a atualização das competências. A organização promove ainda oportunidades de aprendizagem contínua e adapta os programas formativos à evolução dos cuidados de saúde, mantendo uma rede ativa de membros e centros que partilham os mesmos princípios de cuidado individualizado e centrado no desenvolvimento (NFI, 2024).

Como se pode constatar, o modelo NIDCAP® apresenta pontos de convergência com o modelo de parceria de cuidados de Casey e com a abordagem dos cuidados centrados na criança e na família. Este modelo valoriza a observação sistemática do comportamento do RN, permitindo ajustar as intervenções às necessidades individuais de cada RN. Paralelamente, promove o envolvimento ativo dos pais no processo de cuidar, reconhecendo-os como elementos fundamentais na prestação de cuidados. Desta forma, reforça-se uma relação de colaboração contínua entre a família e os profissionais de saúde, sustentada na partilha de responsabilidades e na construção conjunta das decisões relacionadas com o cuidado ao RN.

O modelo NIDCAP® assenta numa filosofia de cuidados individualizados, sustentada na observação cuidadosa do RN e na interpretação do seu comportamento face à condição clínica, ao estágio de desenvolvimento e ao ambiente que o rodeia. A sua implementação requer formação especializada e o envolvimento ativo de uma equipa multidisciplinar, assegurando continuidade e coerência entre os contextos hospitalar e comunitário. Este modelo valoriza igualmente as emoções, preocupações e necessidades da família, reconhecendo-a como parte integrante do processo de cuidado (Santos, 2011).

Os elementos-chave desta filosofia incluem a coordenação e avaliação contínua do desenvolvimento do bebé e da qualidade dos cuidados prestados; a criação de um ambiente calmo e controlado, reduzindo estímulos luminosos e sonoros que possam gerar stress; o agrupamento das intervenções, respeitando os períodos de sono e de autorregulação; o posicionamento adequado, que promove o conforto e minimiza o gasto energético; e o contacto pele-a-pele, que favorece a estabilidade cardiorrespiratória e o vínculo afetivo. Por fim, o envolvimento ativo da família é considerado essencial, pois contribui para a redução do stress tanto do RN como dos pais, promovendo um ambiente mais humanizado e propício ao neurodesenvolvimento (Santos, 2011).

No decorrer do estágio, foi possível verificar que a equipa de enfermagem integrava profissionais com formação na filosofia NIDCAP®, assegurando uma observação individualizada dos RN. Cada bebé acompanhado neste âmbito dispunha de um dossier próprio, colocado junto à incubadora, no qual eram registadas observações relativas ao seu comportamento, evolução e necessidades particulares.

1.5. MODELOS TEÓRICOS DE SUPORTE À PRÁTICA CLÍNICA

O desenvolvimento deste projeto requer o enquadramento em modelos e teorias de enfermagem que sustentem, de forma estruturada e fundamentada, a sua aplicação na prática clínica.

A integração da teoria na prática diária permite que o exercício profissional deixe de ser meramente técnico, adquirindo uma orientação consciente e fundamentada, alinhada com os valores nucleares da enfermagem. O conhecimento científico na disciplina é precisamente construído através da interação contínua entre a investigação e a prática (Loureiro et al., 2021).

A teoria não existe de forma abstrata ou distante da realidade clínica; pelo contrário, visa contribuir para a prestação de cuidados mais consistentes, refletidos e capazes de promover ganhos reais em saúde e qualidade de vida. Nesta dinâmica de influência recíproca, a prática e a teoria são fortalecidas. Por conseguinte, sempre que se analisam intervenções de enfermagem num contexto específico, torna-se imprescindível compreender quais os referenciais teóricos que lhes fornecem suporte e orientam a tomada de decisão (Loureiro et al., 2021).

Dado que o ST na infância resulta da interação entre fatores individuais, familiares e ambientais, torna-se pertinente considerar abordagens que integrem estas dimensões. O Modelo dos Cuidados Centrados na Família [CCF] e o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey são modelos de intervenção psicossocial que se destacam pela forma como valorizam o papel da família no suporte à criança. Estes modelos são fundamentais na mitigação dos efeitos do stress. Em contrapartida, o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano de Urie Bronfenbrenner possibilita a compreensão do impacto das relações e do meio envolvente no desenvolvimento infantil, constituindo-se como uma ferramenta crucial para a análise da influência do ST em diferentes níveis. A seleção destes modelos fundamenta-se na necessidade de uma abordagem holística, que contemple não apenas a criança, mas também os sistemas que a rodeiam e que podem influenciar o seu bem-estar.

O Modelo CCF defende que a família também deve ser incluída como destinatária dos cuidados, com o objetivo de preservar e fortalecer os seus papéis e vínculos com a criança, bem como apoiar a manutenção da normalidade nas rotinas familiares (Apolinário, 2012). Os CCF traduzem-se numa abordagem que reconhece a família como elemento nuclear no processo de cuidar, valorizando as suas competências e promovendo o seu envolvimento ativo nas decisões e intervenções em saúde, aos diferentes níveis de organização dos cuidados. Em alguns

contextos, esta perspetiva é também designada por humanização dos cuidados, pela ênfase colocada na proximidade, no respeito e na consideração pelas necessidades da criança e dos seus cuidadores (Hodgson et al., 2024).

No âmbito da pediatria, esta abordagem estrutura-se em quatro princípios fundamentais — respeito e dignidade, partilha de informação, participação e colaboração — que orientam a relação entre profissionais e família. Fundamentado numa relação de confiança e na partilha de responsabilidades entre equipa de saúde e família, este modelo tem vindo a afirmar-se como um paradigma de referência nos cuidados pediátricos em internamento, encontrando-se igualmente alinhado com os padrões internacionais de qualidade definidos para a saúde infantil (Hodgson et al., 2024).

Neste contexto, o Modelo de Parcerias de Cuidado, desenvolvido por Casey, destaca a importância da abordagem de CCF é essencial na prática de enfermagem. A sua importância na prática pediátrica é inquestionável, uma vez que fornece diretrizes para a construção de uma parceria eficaz entre os enfermeiros e os pais. Esta abordagem assenta na compreensão mútua e na adaptação às necessidades específicas de cada família, reconhecendo-a como um elemento fundamental no processo de prestação de cuidados à criança (Matosa, 2022).

O modelo de Anne Casey emerge na literatura como uma abordagem que reconhece os pais como figuras centrais no processo de cuidar da criança em contexto de doença. Esta premissa assenta na ideia de que estes possuem competências, conhecimentos e motivação para assumir um papel ativo nos cuidados ao filho, mesmo em situação de hospitalização. Assim, a intervenção de enfermagem foca-se na valorização e potenciação das competências familiares, preservando o cuidado familiar como elemento central da prática (Loureiro et al., 2021).

Nesta perspetiva, o enfermeiro não assume uma posição de substituição imediata, mas sim de proximidade e suporte. A sua função consiste em apoiar, capacitar e complementar os cuidados parentais, intervindo diretamente apenas quando os pais, por diferentes motivos, não conseguem assegurar determinadas necessidades da criança. Esta relação é, portanto, estabelecida sob os pilares da confiança, do respeito pelas competências parentais e na corresponsabilização no processo terapêutico (Loureiro et al., 2021).

Segundo Casey (1993), citada por Maximiano (2023), o modelo de parceria de cuidados estrutura-se em torno de cinco conceitos nucleares: criança, família, enfermeiro, saúde e ambiente.

Os conceitos supramencionados interligam-se, proporcionando uma estrutura coesa à compreensão do cuidar em contexto pediátrico. Neste enquadramento, a criança é entendida como o foco central da intervenção, sendo os cuidados ajustados ao seu nível de desenvolvimento, às suas capacidades e ao seu potencial de autonomia. Deste modo, a promoção da independência progressiva emerge como um objetivo essencial do processo de cuidar (Maximiano, 2023).

A saúde é perspetivada como um estado de bem-estar físico e psicológico que sustenta o crescimento harmonioso da criança, devendo ser promovida mesmo em contexto de doença. O ambiente assume igualmente um papel determinante, na medida em que influencia o desenvolvimento infantil, devendo proporcionar condições de segurança, afeto e estabilidade emocional. A família é reconhecida como a principal responsável pelos cuidados à criança, exercendo uma influência decisiva no seu crescimento e desenvolvimento. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel de apoio e complementaridade aos cuidados familiares, promovendo orientação, capacitação e suporte à criança e aos seus pais ou cuidadores, de forma a fortalecer a sua competência no desempenho do papel parental (Maximiano, 2023).

Nas últimas décadas, o desenvolvimento infantil tem ocorrido em contextos caracterizados por profundas transformações sociais e tecnológicas. A intensificação dos processos de globalização, aliada à rápida evolução tecnológica, tem vindo a modificar de forma significativa os ambientes em que a criança cresce e se desenvolve. A diversidade crescente das configurações familiares, as assimetrias no acesso a recursos comunitários e a coexistência de diferentes referenciais culturais introduzem novos desafios e incertezas nos percursos desenvolvimentais das crianças. Em paralelo, a disseminação das tecnologias de informação tem reconfigurado os processos de aprendizagem e de interação social, enquanto a globalização potencia dinâmicas de contacto cultural que ocasionalmente se encontram isentas de tensão. Perante este cenário em constante mudança, torna-se imprescindível repensar e reavaliar as trajetórias de desenvolvimento infantil à luz destes novos contextos (Yang & Oh, 2024).

Bronfenbrenner propôs que o desenvolvimento humano decorre mediante a interação dinâmica entre a pessoa e um conjunto de sistemas ecológicos interligados. Na sua formulação inicial, conhecida como Teoria dos Sistemas Ecológicos [EST] apresentada pelo autor, o qual descreveu quatro sistemas ambientais. Posteriormente, o cronossistema foi acrescentado, introduzindo a dimensão temporal no desenvolvimento (Assis et al., 2021; Tong & An, 2023).

O microssistema corresponde aos contextos mais imediatos de interação direta da criança, como a família, a escola ou o grupo de pares. Neste âmbito, a criança estabelece relações face a face e experiências quotidianas com impacto direto no seu desenvolvimento. O mesossistema diz respeito às interligações entre dois ou mais microssistemas, como a relação entre a família e a escola, cuja articulação pode potenciar ou comprometer o desenvolvimento da criança. O exossistema integra contextos nos quais a criança não participa diretamente, mas que influenciam o seu desenvolvimento de forma indireta, como o local de trabalho dos pais ou as redes de apoio social. Por sua vez, o macrossistema engloba os valores culturais, crenças, normas sociais, políticas e condições socioeconómicas que moldam os restantes sistemas e enquadram o desenvolvimento num determinado contexto sociocultural. O cronossistema acrescenta a dimensão temporal, considerando as mudanças e continuidades ao longo do tempo, tanto nas características da criança como nos contextos em que esta se insere (Tong & An, 2023).

Apesar da relevância desta abordagem contextual, Bronfenbrenner reconheceu que a ênfase excessiva no ambiente poderia limitar a compreensão do desenvolvimento humano. Esta constatação resultou na reformulação da teoria no Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano, operacionalizado através do modelo Processo–Pessoa–Contexto–Tempo (PPCT), no qual os processos proximais assumem centralidade, permitindo compreender o desenvolvimento como um fenómeno dinâmico, resultante da interação contínua entre características individuais, sistemas ecológicos e a dimensão temporal (Tong & An, 2023).

Em contextos marcados por instabilidade e desorganização, pode emergir o denominado ST, conceito enquadrado na Teoria do Ecobiodesenvolvimento. As estratégias de enfrentamento menos adaptativas estão associadas a uma maior vulnerabilidade ao stress ao longo do ciclo de vida, assumindo particular relevância na infância, uma vez que a capacidade de autorregulação se encontra ainda em desenvolvimento. À medida que a criança cresce, adquire progressivamente a capacidade de recorrer a estratégias mais intencionais e organizadas, integrando a resolução de problemas, a regulação emocional e a participação de parceiros sociais. Neste processo, são frequentes estratégias como a procura de apoio, a ação instrumental orientada para a resolução do problema, a evasão e, quando esta não é possível, a distração (Linhares & Enumo, 2020).

O desenvolvimento de competências de coping é fortemente influenciado pelo papel dos cuidadores, sendo a promoção da autonomia um elemento central para o fortalecimento da

autoconfiança da criança perante situações adversas. Os cuidadores contribuem para este processo de forma direta, através do modelamento, do ensino e do treino de estratégias, e de forma indireta, ao proporcionar conforto, segurança emocional e apoio na gestão do stress (Linhares & Enumo, 2020).

Este papel assume especial importância em grupos particularmente vulneráveis, como bebés e crianças, pessoas idosas, indivíduos com incapacidades físicas ou mentais e pessoas com doença crónica, nos quais a capacidade autorregulatória é ainda imatura ou se encontra comprometida (Linhares & Enumo, 2020).

Apesar de a relação entre experiências precoces e saúde na idade adulta ser reconhecida há várias décadas, a abordagem cumulativa das experiências adversas na infância revelou-se particularmente relevante para compreender a magnitude destes efeitos. A análise conjunta de múltiplas adversidades permite uma avaliação mais abrangente da exposição ao risco em comparação com a consideração isolada de eventos adversos específicos (Hughes et al., 2017).

O primeiro grande estudo epidemiológico sobre experiências adversas na infância, realizado nos Estados Unidos da América com mais de 17.000 participantes, evidenciou uma associação clara e progressiva entre o número de adversidades vivenciadas na infância e o agravamento dos desfechos em saúde na idade adulta. Constatou-se, por outro lado, um aumento proporcional do risco de comportamentos nocivos, como o consumo de tabaco e comportamentos sexuais de risco, bem como uma maior incidência de doenças infecciosas e não transmissíveis (Hughes et al., 2017).

Estes resultados evidenciam uma relação do tipo dose-resposta, sublinhando que a acumulação de adversidades precoces exerce um efeito significativo e duradouro na saúde ao longo do ciclo vital. Assim, as experiências adversas na infância constituem um fator determinante para a saúde, reforçando a importância de estratégias de prevenção precoce e de intervenção dirigida ao contexto familiar e social da criança (Hughes et al., 2017).

A consideração de diferentes teorias e modelos de enfermagem possibilita uma abordagem mais abrangente e fundamentada no cuidado à criança e à família, integrando tanto a influência dos contextos ambientais como os seus efeitos biológicos e comportamentais.

A conjugação destas perspetivas é fundamental para a identificação de riscos e a definição de intervenções mais eficazes, especialmente no contexto do ST na infância, em que os fatores ambientais adversos têm um impacto direto no desenvolvimento infantil. A integração de

diferentes teorias e modelos de enfermagem permite o reconhecimento antecipado de sinais de vulnerabilidade, a promoção da capacitação parental e a implementação de estratégias centradas na criança e na família, ajustadas à sua realidade e necessidades.

2. SUPORTE METODOLÓGICO

Ao longo deste trabalho foi evidenciada a necessidade de adotar uma abordagem estruturada e orientada para a ação. Neste sentido, recorreu-se à metodologia de projeto, por se revelar adequada à análise de contextos reais e à promoção de intervenções significativas, alinhadas com os desafios identificados na prática profissional. Segundo Ruivo et al. (2010), esta metodologia desenvolve-se no seio de contextos concretos, procurando intervir sobre situações identificadas como problemáticas, promovendo a mudança através da mobilização de recursos e estratégias adequadas. O seu carácter investigativo e transformador contribui para a produção de conhecimento aplicável, centrando-se na identificação de necessidades, na formulação de objetivos e na implementação de ações que respondam de forma eficaz às questões diagnosticadas (Ruivo et al., 2010)

De acordo com os mesmos autores, a metodologia de projeto organiza-se em cinco fases fundamentais: diagnóstico de situação, definição de objetivos, planeamento, execução e divulgação dos resultados.

A primeira fase, o diagnóstico de situação, tem como finalidade a construção de uma representação clara da realidade onde se pretende intervir. Requer a recolha e análise sistemática de dados, com vista à identificação de problemas e das necessidades que deles decorrem (Ruivo et al., 2010). Seguidamente, a definição dos objetivos permite transformar os problemas identificados em metas concretas e exequíveis, orientando a ação para resultados desejados e mensuráveis (Ruivo et al., 2010).

Conforme referido anteriormente, o presente projeto incide sobre o tema “Stress tóxico: Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”. Inicialmente, foi realizado um estudo aprofundado da temática, sustentado através do respetivo enquadramento conceptual. Posteriormente, no início de cada estágio e tendo em consideração as especificidades de cada contexto de prática clínica, procedeu-se à análise da realidade

observada, recorrendo à observação direta e às interações estabelecidas com as equipas de enfermagem. Este processo permitiu identificar necessidades e realizar o diagnóstico de situação em cada contexto, orientando a implementação de atividades ajustadas às características de cada serviço. Após o diagnóstico da situação, e antes do início da fase de planeamento, tornou-se necessário definir objetivos específicos ajustados a cada contexto de estágio. Estes objetivos foram delineados tendo por base os diagnósticos identificados em cada realidade, de modo a orientar de forma mais concreta as intervenções a desenvolver. Importa salientar que, embora adaptados às particularidades de cada contexto, os objetivos específicos permaneceram sempre alinhados com o objetivo geral do projeto, que consiste em “Sensibilizar para a temática do ST, destacando a sua importância no desenvolvimento e na saúde da criança e do jovem”.

A fase de Planeamento corresponde à organização das atividades, à seleção dos meios e recursos necessários, e à calendarização das ações. É nesta fase que se delinea o percurso a seguir, estabelecendo responsabilidades e estratégias que nortearão a intervenção (Ruivo et al., 2010).

Nesta fase, é fundamental identificar os recursos disponíveis e as limitações de cada contexto de estágio. Paralelamente, importa conhecer as atividades previamente desenvolvidas nas instituições, bem como aquelas que se encontram atualmente em curso e as que se encontram previstas para implementação futura. Esta análise permite avaliar a pertinência e a viabilidade das intervenções a desenvolver e ajustá-las às características e possibilidades de cada contexto. Neste processo, revela-se igualmente essencial manter uma comunicação próxima e contínua com as enfermeiras orientadoras dos locais de estágio, a fim de assegurar a adequação e articulação das atividades propostas.

A execução, por sua vez, implica a concretização das ações previstas, sendo acompanhada de uma avaliação contínua que permite monitorizar o desenvolvimento do projeto e introduzir os ajustamentos necessários (Ruivo et al., 2010). A fase de execução do presente projeto será apresentada posteriormente, sendo descrita de forma detalhada no âmbito de cada contexto de estágio.

Por fim, a metodologia culmina com a divulgação dos resultados obtidos, traduzida na elaboração de um relatório final onde se sintetiza o trabalho desenvolvido, os impactos alcançados e as aprendizagens produzidas. Esta última etapa garante a partilha de conhecimento e potencia a replicabilidade do projeto noutros contextos (Ruivo et al., 2010).

Em suma, a escolha da metodologia de projeto assume-se como uma base essencial para estruturar de forma sustentada a proposta de intervenção no âmbito do ST. A sua lógica reflexiva e orientada para a ação proporciona um caminho sólido para desenvolver estratégias adequadas às necessidades identificadas.

3. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS

O PNSIJ estabelece como prioridades estratégicas a deteção precoce de alterações emocionais, comportamentais e relacionais suscetíveis de comprometer o desenvolvimento global da criança e do jovem, assegurando o seu encaminhamento atempado e adequado para respostas especializadas. Reconhece ainda a importância da identificação, apoio e orientação a crianças e famílias em contextos de risco, nomeadamente em situações de maus-tratos ou exposição à violência, promovendo uma atuação centrada na proteção e salvaguarda dos seus direitos. Paralelamente, o PNSIJ reforça a necessidade de estimular o bem-estar familiar e de fomentar práticas de parentalidade positiva, ajustadas às especificidades de cada criança e às suas condições sociofamiliares (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Estes eixos orientadores assumem especial pertinência no âmbito do projeto desenvolvido, uma vez que o ST resulta, frequentemente, da exposição continuada a ambientes adversos, com impacto significativo no desenvolvimento biopsicossocial. Assim, a articulação entre os objetivos do PNSIJ e a intervenção do enfermeiro especialista em contexto de CSP permite consolidar uma abordagem preventiva, promotora da literacia em saúde e centrada na criança e sua família. Esta intervenção é consistente com o modelo bioecológico de Bronfenbrenner, ao reconhecer a importância do contexto familiar e comunitário na promoção da saúde infantil.

De seguida, procede-se à contextualização do estágio, à definição dos objetivos orientadores da prestação de cuidados de enfermagem de natureza especializada, bem como à descrição das competências adquiridas no âmbito do percurso formativo do EEESIP. Posteriormente, expõe-se a análise diagnóstica da realidade observada, os propósitos delineados para a intervenção e as atividades concretizadas ao longo deste período.

3.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A Unidade de Saúde Familiar [USF] onde decorreu o Estágio em ESIP com Relatório faz parte da Unidade Local de Saúde [ULS] do Algarve. Fazem parte da equipa cinco médicos, cinco enfermeiros, quatro secretários clínicos e um interno de medicina. O estágio decorreu de 22 de abril de 2025 a 20 de junho de 2025 tendo um total de 210 horas.

O acesso às consultas de saúde infantil e pediátrica, bem como ao plano vacinal, é realizado mediante agendamento prévio. Estas consultas destinam-se à população em idade pediátrica, sendo a entrada no sistema frequentemente feita através da receção da unidade de saúde ou pela comunicação da ocorrência de nascimento. Neste contexto, é habitualmente marcada uma consulta inicial para a realização do rastreio de doenças metabólicas (teste do pezinho) nos primeiros dias de vida do RN. Após essa avaliação inicial, são então agendadas, de forma sequencial, as consultas previstas até ao final do ano em curso, de acordo com o calendário definido pelo PNSIJ. No início do ano seguinte, é retomado o mesmo processo de agendamento, garantindo a continuidade da vigilância do desenvolvimento. Para além destas consultas programadas, podem ainda ser marcadas avaliações adicionais sempre que os profissionais de saúde o considerem pertinente ou perante preocupações manifestadas pelos pais ou cuidadores.

As USF constituem um modelo organizacional inovador dos CSP, baseado na atuação de equipas multiprofissionais com autonomia técnica e funcional, orientadas para a resposta efetiva às necessidades em saúde da população. Assentam em princípios como a proximidade, acessibilidade, contratualização interna e responsabilização pelos resultados, promovendo cuidados personalizados e de elevada qualidade. As USF modelo B refletem uma maior maturidade organizacional, integrando profissionais com experiência e compromisso com o desempenho, a eficiência e a melhoria contínua. Este modelo contempla ainda mecanismos de incentivo institucional e financeiro, associados ao cumprimento de metas assistenciais e indicadores de qualidade (Ministério da Saúde, 2023).

No contexto desta unidade, o EEESIP assume um papel central na monitorização do crescimento e desenvolvimento infantil. Cada contacto com a criança e respetiva família é valorizado como uma oportunidade estratégica para a promoção da saúde e prevenção da doença. Nestes momentos, o profissional mobiliza saberes técnico-científicos que permitem uma identificação precoce de eventuais alterações, assegurando o seguimento adequado ou o

devido encaminhamento, com vista à proteção e otimização da saúde da criança, do jovem e do seu contexto familiar.

Tendo como objetivo geral do projeto "Sensibilizar para a temática do ST destacando a sua importância no desenvolvimento e saúde da criança e do jovem", foi realizada uma reunião com a enfermeira orientadora, que acumula também funções como enfermeira responsável da unidade. No decurso deste encontro, foi consensual a pertinência de desenvolver os objetivos específico, considerando-se estes os mais adequados face à realidade observada e às necessidades identificadas no contexto:

- Potenciar o aumento da literacia dos profissionais de saúde sobre o ST;
- Otimizar estratégias que visem a prevenção e identificação de crianças/jovens sob ST.

3.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES

Com base nos objetivos definidos, e tendo em consideração os recursos disponíveis, procedeu-se à delineação das atividades que dariam corpo à intervenção planeada. O planeamento destas ações teve por base os princípios da metodologia de projeto, permitindo uma organização estruturada, orientada para a realidade do contexto e para a promoção de mudanças significativas.

Assim, no âmbito da fase de planeamento e implementação das atividades, foram definidas duas ações principais: - Participação nas consultas de saúde infantojuvenil de modo a compreender como é avaliado o desenvolvimento infantojuvenil nas diversas fases; - Promoção de sessão de capacitação para profissionais de saúde, centradas na sensibilização, reconhecimento dos principais sinais e fatores de risco e sinalização de crianças e jovens sob ST;

Com a implementação do plano de ação, iniciei o desenvolvimento das atividades previstas, integrando momentos de grande relevância formativa no âmbito dos CSP. Tive a possibilidade de participar de forma ativa nas consultas de vigilância do desenvolvimento infantil, acompanhando crianças em diferentes etapas da infância. Esta experiência permitiu-me envolver-me diretamente na prática clínica e aprofundar o

conhecimento sobre os processos de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantojuvenil.

A concretização deste estágio representou uma oportunidade enriquecedora para desenvolver e consolidar competências na prática especializada em ESIP com especial enfoque na promoção do desenvolvimento infantil e na atuação precoce perante fatores de risco psicossociais.

A intervenção desenvolvida permitiu operacionalizar várias competências específicas do Enfermeiro Especialista, nomeadamente:

- “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (OE, 2018, p. 19194).

Nas consultas de vigilância, o enfermeiro especialista aplica conhecimentos sobre crescimento e desenvolvimento, avaliando de forma sistemática o percurso da criança e do jovem. Estes momentos permitem ainda orientar antecipadamente as famílias, promovendo um ambiente propício à maximização do potencial do bem-estar infantojuvenil.

- “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19194).

Nas consultas de vigilância, e em conformidade com as orientações PNSIJ, são dinamizados momentos de ensino dirigidos às famílias e às crianças/jovens, promovendo um contexto favorável ao desenvolvimento de competências que potenciam a autonomia na gestão da saúde e da doença, através da partilha estruturada de conhecimentos e da aquisição de habilidades adaptadas às suas necessidades.

- “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

O acompanhamento regular nas consultas de vigilância, sobretudo no contexto de uma USF onde existe proximidade relacional e conhecimento aprofundado da realidade familiar, permite uma identificação mais célere e sensível de situações de risco, como casos de negligência, maus-tratos ou outros comportamentos suscetíveis de comprometer o bem-estar da criança/jovem.

- “Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário” (OE, 2018, p.19194).

A participação numa reunião com a equipa Grupo de Apoio à Saúde Mental Infantil [GASMI], onde foi discutida a referenciação de crianças para respostas diferenciadas, representou uma experiência relevante. Esta atividade ilustrou a importância da articulação em rede, da avaliação precoce de necessidades e da intervenção célere, reforçando o papel do EEESIP na gestão de situações de especial complexidade.

O GASMI é uma iniciativa regional pioneira promovida pela Administração Regional da Saúde do Algarve, que tem como foco crianças entre os 3 e os 12 anos inscritas nos CSP da região. Este programa destina-se a situações em que existam sinais relevantes de perturbações emocionais, comportamentais ou sociais, com impacto significativo no bem-estar psicológico da criança. Atualmente, o projeto integra 11 equipas multidisciplinares, compostas por profissionais de diferentes áreas, como enfermagem, psicologia, medicina geral e familiar, serviço social e terapias especializadas (fala, ocupacional e fisioterapia), distribuídas pelos centros de saúde do Algarve. A intervenção do GASMI é desenvolvida numa lógica de proximidade e visão sistémica, envolvendo não só a criança, mas também a família e a comunidade. O seu trabalho centra-se tanto na prevenção como na intervenção precoce, através de ações terapêuticas e educativas que promovem o equilíbrio emocional e o desenvolvimento saudável da criança (Administração Regional de Saúde do Algarve, n.d.)

A intervenção junto da criança e da família não se esgota na ação do GASMI. Outras entidades, como o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI] e o Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco [NACJR] assumem igualmente um papel essencial na deteção precoce de dificuldades, na promoção do desenvolvimento e na proteção de crianças em situação de vulnerabilidade, sendo parceiros frequentes na prática dos CSP. Esta articulação foi destacada pela equipa multidisciplinar da unidade, que sublinhou a importância do trabalho em rede como elemento estruturante na resposta às necessidades complexas da infância.

O SNIPI corresponde a uma resposta articulada que resulta da colaboração entre os Ministérios da Saúde, da Educação e da Solidariedade e Segurança Social. Destina-se a crianças desde o nascimento até aos seis anos de idade e às suas famílias, com o objetivo de assegurar uma intervenção atempada e adequada sempre que estejam em causa situações que possam comprometer o seu desenvolvimento. Este sistema visa garantir o acesso a serviços

especializados e integrados, promovendo o desenvolvimento global da criança e a capacitação das famílias (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, n.d.).

Já o NACJR reúne equipas multidisciplinares sediadas nos centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico, que intervêm em situações de risco ou perigo para a integridade física, emocional e social de crianças e jovens até aos 18 anos. Estas equipas são compostas por profissionais de saúde — médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais e outros técnicos — e atuam em articulação com as famílias, os profissionais e a comunidade. A sua intervenção centra-se na identificação, avaliação e acompanhamento de casos como negligência, maus-tratos, abuso sexual, violência no namoro, bullying, tráfico de menores, casamento precoce, mutilação genital feminina e trabalho infantil, promovendo uma resposta integrada e centrada na proteção e no desenvolvimento saudável (Administração Regional de Saúde do Algarve, 2024).

Para além do contributo direto para o desenvolvimento de competências clínicas especializadas, este percurso assumiu um papel fundamental no meu percurso académico e profissional, integrando as exigências do grau de mestre e promovendo uma prática crítica e transformadora.

A realização de estágios no âmbito do mestrado tem-me desafiado a adotar uma leitura crítica da realidade e a construir respostas ajustadas às necessidades reais das crianças e das suas famílias, promovendo intervenções fundamentadas e com potencial transformador. Paralelamente, este percurso tem contribuído para o reforço da minha autonomia, da responsabilidade na tomada de decisão e da competência para comunicar de forma clara, rigorosa e adequada a diferentes públicos. Estas dimensões traduzem as exigências inerentes ao grau de mestre, que valoriza uma aprendizagem ao longo da vida, orientada por princípios éticos e com capacidade para responder aos desafios emergentes da prática profissional (Decreto lei nº63, 2016)

Este caminho formativo tem igualmente favorecido o desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019. No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o estágio tem incentivado uma reflexão aprofundada sobre o papel do enfermeiro na defesa dos direitos das crianças e das suas famílias, promovendo uma prática consciente, ética e fundamentada. No que se refere à melhoria contínua da qualidade, tem-me permitido aplicar evidência científica na construção de respostas inovadoras e seguras. A nível da gestão dos cuidados, têm-me sido colocados desafios que

exigem a articulação eficaz entre recursos, necessidades e realidades específicas de cada contexto.

O facto de a enfermeira orientadora ser também a enfermeira responsável do serviço permitiu-me acompanhar de perto várias dimensões da gestão, como a elaboração de horários, a distribuição de tarefas na equipa de enfermagem, a organização logística e a monitorização dos consumos de material clínico. Esta oportunidade foi particularmente enriquecedora para compreender os bastidores da prestação de cuidados e o papel estratégico do enfermeiro especialista na coordenação e supervisão da equipa, na gestão eficiente dos recursos e na garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Este percurso de estágio tem sido uma alavanca essencial para o meu desenvolvimento profissional, estimulando a aprendizagem autónoma, o espírito crítico e o compromisso com uma prática especializada, ética e em permanente evolução (Regulamento n. o140/2019, 2019)

Em síntese, a experiência de estágio em contexto de CSP revelou-se fundamental para consolidar competências especializadas em ESIP, permitindo uma atuação próxima das famílias e centrada na promoção do desenvolvimento saudável da criança. A consulta de vigilância do desenvolvimento mostrou-se um espaço privilegiado não apenas para a monitorização de marcos do desenvolvimento, mas também para a identificação precoce de fatores de risco psicossociais. Neste âmbito, evidenciou-se a pertinência de abordar o ST como uma realidade silenciosa, mas com elevado potencial de impacto negativo a longo prazo. O contacto direto com os contextos familiares e a intervenção educativa junto dos cuidadores reforçaram a importância de capacitar os profissionais para reconhecer sinais precoces e atuar de forma integrada. Esta experiência contribuiu decisivamente para a consciencialização do papel preventivo dos CSP e para o fortalecimento de uma prática baseada na vigilância ativa, na promoção da literacia em saúde e na humanização do cuidado à criança e à sua família.

3.2.1 Sessão de Capacitação Profissional sobre Stress Tóxico na Criança e no Jovem

A sessão de capacitação (Apêndice A) realizou-se no dia 17 de junho de 2025, na sala de formações da USF onde decorreu o contexto de estágio, tendo sido articulada com uma reunião multidisciplinar da unidade, previamente agendada. A apresentação teve início pelas 14 horas e teve uma duração aproximada de 30 minutos. Para a sua concretização, foi previamente elaborado um plano de sessão, que se encontra apresentado no Apêndice B.

Tal como previamente referido, o objetivo geral da sessão consistiu em sensibilizar os profissionais de saúde para a temática do ST, salientando a sua relevância no desenvolvimento infantil e na saúde da criança e do jovem.

Foram definidos dois objetivos específicos:

- Identificar fatores de risco e sinais de alerta em crianças e jovens sujeitos a ST;
- Realçar o papel dos CSP na deteção e intervenção precoce junto destas crianças e jovens.

A metodologia utilizada assentou no método expositivo, com recurso a uma apresentação elaborada na plataforma Canva. Como recursos para a dinamização da sessão, foram utilizados um computador e os telemóveis dos participantes.

O conteúdo abordado incluiu:

- Apresentação do formador e dos objetivos da sessão;
- Introdução ao conceito de ST, principais fatores de risco e sinais de alerta;
- Articulação do tema com o PNSIJ;
- Orientações para a vigilância nas consultas de saúde infantil e juvenil;
- Procedimentos a adotar pelos profissionais de saúde perante a suspeita de uma situação de ST;
- Principais sistemas de apoio disponíveis para referenciação, bem como os respetivos critérios de elegibilidade.

A avaliação da sessão de capacitação foi realizada em dois momentos distintos: antes e após a sua concretização. Numa fase inicial, foi aplicado um questionário diagnóstico (Apêndice C) com o objetivo de aferir o grau de literacia dos profissionais relativamente à temática do ST. Este instrumento, partilhado por via digital através do grupo de WhatsApp da unidade, incluía cinco questões principais. A primeira procurava perceber se os participantes já tinham ouvido falar no conceito de ST. De seguida, no questionário de avaliação (Apêndice D) questionava-se a capacidade de, na sua prática clínica, identificarem sinais sugestivos desta problemática em crianças ou jovens. Uma terceira questão visava avaliar o grau de familiaridade com os recursos disponíveis para apoio e encaminhamento de situações de vulnerabilidade emocional ou psicossocial na infância e adolescência. Posteriormente, os

participantes foram questionados sobre o seu conhecimento relativamente aos efeitos a longo prazo do ST na saúde física e mental da criança/jovem. Por fim, aqueles que afirmaram ter conhecimento ou alguma noção sobre o tema foram convidados a descrever quais os efeitos que associavam a esta realidade.

No final da sessão, foi disponibilizado um segundo formulário, também por via digital, com o intuito de recolher o feedback dos participantes quanto ao impacto da formação na sua prática profissional e perceção da temática abordada. Este questionário visou avaliar diferentes dimensões da sessão. Em primeiro lugar, procurou-se perceber se os profissionais se sentiam, após a formação, mais alerta para identificar sinais indicativos de ST em crianças e jovens. Seguiu-se uma questão de resposta aberta, que solicitava a identificação de um sinal ou comportamento associado a esta problemática.

Adicionalmente, foi avaliado se a sessão tinha contribuído para reforçar a perceção dos participantes relativamente às consequências do ST a longo prazo, bem como a utilidade e pertinência do conteúdo apresentado para a sua prática clínica. Foi ainda questionado se consideravam que os objetivos inicialmente definidos tinham sido alcançados. Por fim, foi disponibilizado um espaço para sugestões e reflexões, permitindo aos participantes partilhar de forma livre e voluntária as suas opiniões e propostas de melhoria.

3.3. AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

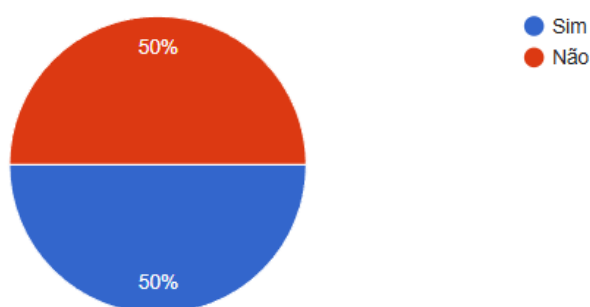
No total, foram obtidas seis respostas. A análise dos dados recolhidos através dos dois questionários — um aplicado antes da sessão e outro após a sua realização — permitiu obter uma visão clara sobre os conhecimentos prévios dos participantes relativamente ao ST, bem como o impacto da sessão de capacitação na sua perceção e prática clínica.

No que diz respeito à avaliação diagnóstica, os resultados revelaram um nível de literacia ainda limitado sobre a temática. Apenas metade dos participantes (50%) referiu ter ouvido falar

no conceito de ST (Figura 1), o que demonstra que esta problemática ainda não está integrada na formação dos profissionais de saúde.

Figura 1. Resultados obtidos na questão 1 do questionário diagnóstico pré-sessão;

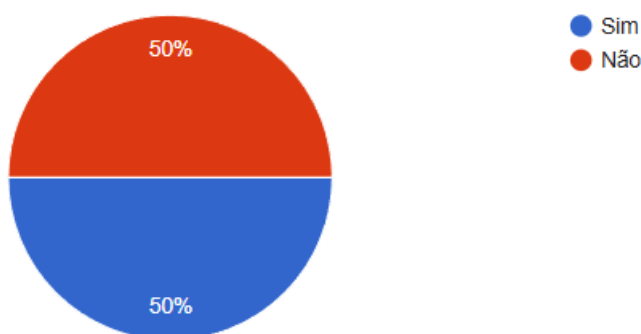
Já ouviu falar do conceito 'Stress Tóxico' ?



A mesma proporção (50%) indicou sentir-se capaz de identificar, na sua prática, sinais que possam sugerir a presença desta realidade em crianças ou jovens (Figura 2).

Figura 2. Resultados obtidos na questão 2 do questionário diagnóstico pré-sessão;

Consegue identificar, na sua prática, sinais que possam sugerir stress tóxico numa criança/jovem?

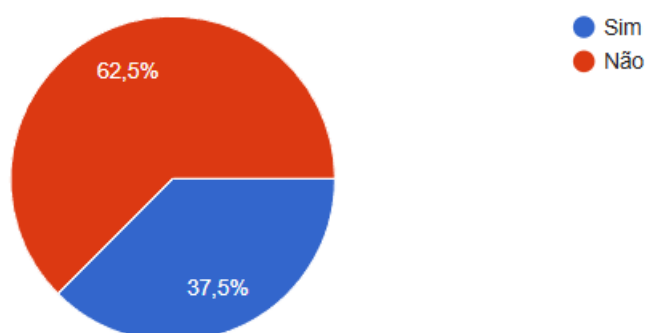


No entanto, a maioria (62,5%) afirmou não estar familiarizada com os recursos disponíveis para encaminhamento de situações de vulnerabilidade emocional ou psicossocial (Figura 3), o

que evidencia a necessidade de reforçar o conhecimento sobre os mecanismos de apoio existentes.

Figura 3. Resultados obtidos na questão 3 do questionário diagnóstico pré-sessão

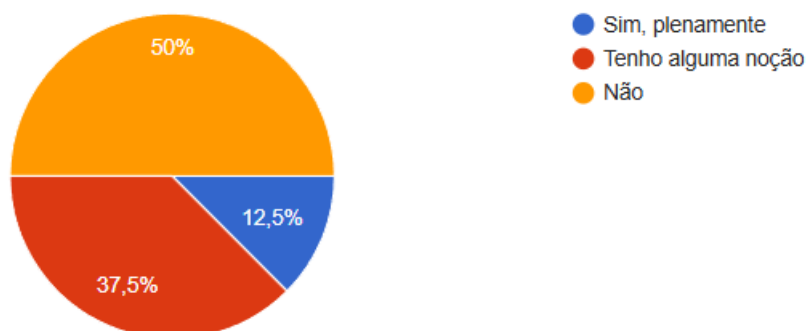
Está familiarizado(a) com os recursos existentes para apoiar e encaminhar crianças em situação de vulnerabilidade emocional ou psicossocial?



No que toca aos efeitos a longo prazo do ST, apenas 12,5% referiu ter plena consciência dos mesmos, 37,5% afirmaram ter alguma noção e 50% revelaram desconhecimento (Figura 4).

Figura 4. Resultados obtidos na questão 4 do questionário diagnóstico pré-sessão

Tem consciência dos efeitos que o stress tóxico pode ter a longo prazo na saúde física e mental da criança/jovem?



Ainda assim, entre as respostas descritivas, foram apontadas consequências relevantes como perturbações emocionais (ansiedade, depressão, fobias), comportamentos desviantes, atrasos no desenvolvimento psicossocial e dificuldades de adaptação na vida adulta. Estes dados refletem uma perceção fragmentada sobre a extensão dos impactos que o ST pode provocar, reforçando a pertinência da abordagem deste tema em contexto formativo.

No questionário aplicado após a sessão, os resultados evidenciaram um impacto positivo.

A totalidade dos participantes (100%) afirmou sentir-se, após a formação, mais alerta para identificar sinais compatíveis com ST (Figura 5). Nas respostas abertas, surgiram exemplos como agitação, irritabilidade, tristeza com interação diminuída, desconfiança, dificuldades de aprendizagem (quando excluídas causas orgânicas ou psiquiátricas) e vivências de luto. Estes exemplos demonstram não só uma maior sensibilidade para a deteção de sinais precoces, mas também uma compreensão mais abrangente do fenómeno.

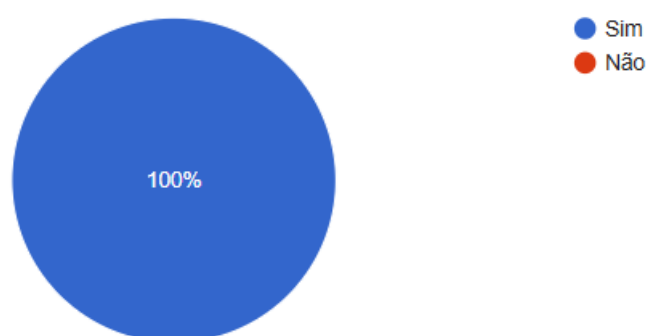
Figura 5. Resultados obtidos na questão 1 do questionário de avaliação pós-sessão



Do mesmo modo, todos os participantes afirmaram que a sessão contribuiu para reforçar a sua perceção quanto às consequências a longo prazo do ST (Figura 6).

Figura 6. Resultados obtidos na questão 2 do questionário de avaliação pós-sessão

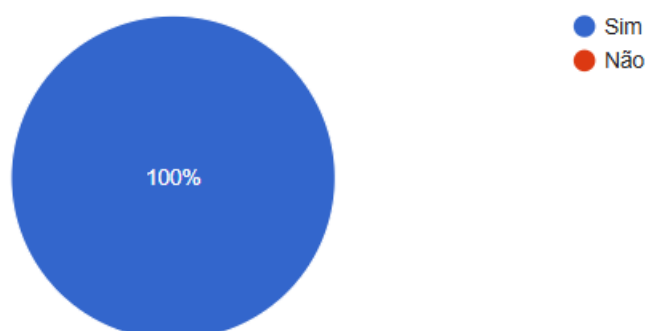
A sessão reforçou a sua perceção sobre as consequências a longo prazo do stress tóxico na saúde da criança/jovem?



Também de forma unânime, consideraram que os objetivos da sessão foram plenamente atingidos (figura 7).

Figura 7. Resultados obtidos na questão 3 do questionário de avaliação pós-sessão

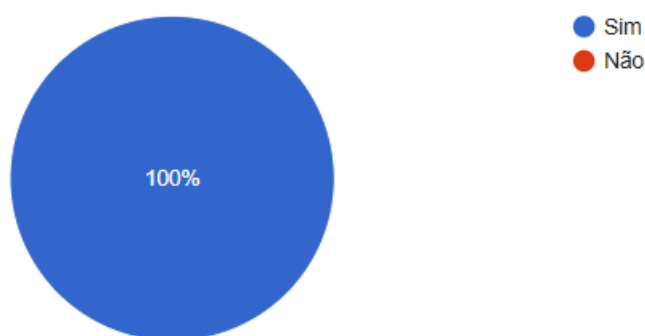
Considera que os objetivos da sessão foram alcançados?



Por fim, 100% dos participantes reconheceram a utilidade e pertinência do conteúdo abordado para a sua prática clínica (Figura 8).

Figura 8. Resultados obtidos na questão 4 do questionário de avaliação pós-sessão

O conteúdo da sessão foi útil e pertinente para a sua prática clínica?



No espaço facultativo para sugestões, surgiram dois contributos significativos: a proposta de elaboração de um panfleto com os principais conteúdos da sessão, a ser disponibilizado na unidade, e a sugestão da formadora repetir sessões semelhantes no futuro.

Como resultado direto da sessão de capacitação, e considerando a relevância do tema para a prática clínica, foi-me solicitado pela equipa da unidade que elaborasse materiais informativos (panfletos físicos) dirigidos aos pais (Apêndice E), com o objetivo de promover a literacia em saúde e apoiar a identificação precoce de sinais de ST na infância. Este pedido refletiu não só o impacto positivo da sessão, como também a abertura da equipa à implementação de estratégias educativas dirigidas à comunidade, potenciando a continuidade e sustentabilidade da intervenção iniciada.

Em síntese, os resultados obtidos evidenciam um claro progresso no conhecimento e na sensibilização dos profissionais relativamente ao ST, demonstrando que iniciativas formativas neste âmbito são não só pertinentes, como fundamentais para promover uma prática clínica mais informada, vigilante e proativa.

4. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A compreensão do enquadramento concetual anteriormente apresentado constitui um elemento essencial para sustentar a intervenção em contexto clínico. Os aspetos discutidos relativamente ao desenvolvimento neonatal, à influência do ambiente nos primeiros momentos de vida e à importância de práticas de cuidado sensíveis ao desenvolvimento reforçam a pertinência de abordar esta temática no contexto dos cuidados intensivos neonatais. Neste sentido, torna-se relevante proceder à caracterização do contexto específico em que decorreu a intervenção, bem como identificar as necessidades observadas no terreno que orientaram as estratégias implementadas.

4.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

O terceiro momento de Estágio em ESIP com Relatório ocorreu numa UCIN de um Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica [SMINP] de uma ULS, onde permaneci durante seis semanas, entre 15 de setembro e 24 de outubro de 2025, totalizando 126 horas de prática clínica.

Este serviço está localizado no edifício central e funciona como unidade de referência regional, assegurando cuidados diferenciados a RN pré-termo, RN com patologia grave e crianças que, pela complexidade da sua condição, necessitam de vigilância e suporte intensivo. A maioria dos RN é admitida diretamente após o nascimento, graças à proximidade funcional com o bloco de partos, permitindo uma intervenção imediata por parte da equipa especializada.

Para além destes doentes, o SMINP recebe também crianças encaminhadas pela urgência pediátrica ou provenientes de outros hospitais. Nestes casos, o transporte é geralmente

assegurado pela ambulância do Transporte Inter-Hospitalar Pediátrico, equipada para garantir a estabilização de doentes desde o período neonatal até aos 18 anos. A tripulação deste meio de transporte é composta por profissionais com formação específica — pediatra, enfermeiro e tripulante de ambulância de emergência — muitos dos quais integram igualmente a equipa assistencial do próprio SMINP.

O serviço onde decorreu o estágio encontrava-se organizado em três zonas funcionais distintas. A primeira correspondia ao berçário, equipado com seis berços destinados aos RN clinicamente mais estáveis. A segunda área, designada de forma informal como “aquário”, possuía paredes em vidro que permitiam à equipa de enfermagem manter uma vigilância permanente. Neste espaço localizavam-se três postos de cuidados intensivos dotados de incubadoras de elevada complexidade tecnológica, utilizadas preferencialmente para lactentes em situação crítica ou com acentuada instabilidade clínica. A terceira área dizia respeito à sala de cuidados intermédios, constituída por nove incubadoras destinadas a RN que necessitavam de monitorização e suporte diferenciados, embora não tão intensivos como os da zona anterior.

O serviço permitia a presença de ambos os pais entre as 9h e as 11h e entre as 18h às 20h. Durante o restante horário, até às 22h, um dos progenitores podia permanecer junto do bebé, com possibilidade de alternância sempre que necessário. Existia ainda uma sala destinada à extração de leite materno, equipada com um frigorífico onde as mães guardavam o leite após o identificarem devidamente. Nesse mesmo local era também armazenado o leite extraído em casa e trazido pelas mães.

Os restantes familiares podiam visitar o bebé em dias específicos — à quarta-feira e ao sábado — por um período limitado.

No decorrer do estágio, tomei conhecimento da intenção do serviço implementar um projeto destinado à divulgação de conteúdos educativos, recorrendo ao televisor existente na sala de extração de leite materno. A ideia passava por criar uma sequência de vídeos informativos que as mães pudessem visualizar enquanto realizavam a extração, promovendo assim momentos de aprendizagem integrados na rotina diária da unidade.

Considerando que o presente projeto se centra na temática do ST na infância, e tendo em conta o contexto específico em UCIN, identificou-se a pertinência de desenvolver uma intervenção educativa dirigida às mães de RN internados. A exposição precoce a múltiplos

stressores, como a dor, o ruído, a luminosidade excessiva e a separação parental, coloca estes bebés numa situação de particular vulnerabilidade, tornando essencial a adoção de estratégias que promovam um ambiente neuroprotetor. Neste enquadramento, surgiu a proposta de elaboração de uma apresentação específica sobre o ST, posteriormente adaptada para formato vídeo, com o objetivo de transmitir informação clara e acessível às mães. Esta intervenção visou não só clarificar o conceito de ST e os seus potenciais impactos no desenvolvimento, mas também capacitar as famílias para a adoção de atitudes protetoras, reforçando o seu papel ativo no cuidado ao bebé durante a permanência na unidade.

4.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES

Com base no diagnóstico da situação e tendo em consideração as particularidades do contexto clínico foram definidos os seguintes objetivos:

- Desenvolver competências especializadas na prestação de cuidados ao RN em situação crítica, assegurando uma abordagem segura, individualizada e baseada na evidência;
- Promover a capacitação parental, incentivando a participação ativa dos pais nos cuidados ao RN e o desenvolvimento da sua autonomia;
- Sensibilizar as mães para o conceito de ST, incluindo a sua definição, impacto no desenvolvimento infantil e relevância no contexto neonatal;
- Incentivar a adoção de práticas parentais promotoras de um ambiente seguro, responsivo e favorável ao desenvolvimento neurobiológico do RN.

Para atingir os objetivos definidos, foram delineadas e implementadas as seguintes atividades: integração progressiva nas rotinas assistenciais da unidade; participação ativa na prestação de cuidados ao RN em situação crítica; vigilância clínica com foco na identificação precoce de sinais de instabilidade; acompanhamento e supervisão dos cuidados prestados pelos pais; realização de ensinios individualizados às mães; desenvolvimento e implementação de uma intervenção educativa sobre ST; promoção do contacto físico entre pais e RN, incluindo o método canguru; aplicação de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor; colaboração com a equipa multidisciplinar na articulação de cuidados.

Em paralelo, foi dada como orientação transversal o desenvolvimento das competências que sustentam a prática avançada em enfermagem, nomeadamente competências comuns ao enfermeiro especialista, específicas da saúde infantil e pediátrica e associadas ao grau de mestre. Este percurso constitui, portanto, a fundamentação da reflexão subsequente sobre as competências adquiridas que apresento de seguida:

- “Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (OE, 2018, p. 19194).

Durante o estágio, foi evidente que um número substancial de famílias acompanhadas na unidade era de origem estrangeira. Uma das principais dificuldades sentidas na prestação de cuidados ao RN e à sua família prendeu-se com as barreiras linguísticas, que por vezes dificultavam a comunicação e a transmissão de informação essencial. Conforme anteriormente mencionado, a comunicação e os ensinamentos iniciavam-se desde o momento da admissão do RN; No entanto, no caso das famílias estrangeiras, este processo exigia um maior investimento de tempo, paciência e sensibilidade, de modo a garantir que a mensagem fosse compreendida de forma clara e correta. Os pais com quem estabeleci contacto não dominavam o português nem apresentavam grande familiaridade com o inglês, língua habitualmente utilizada como meio de comunicação universal. Perante esta realidade, tornou-se evidente a necessidade de adaptar a linguagem, o ritmo e os métodos de comunicação, utilizando recursos visuais, gestuais e estratégias de validação da compreensão.

Esta experiência contrastou com o contexto do meu local de trabalho habitual, onde a comunicação com as famílias estrangeiras decorre maioritariamente em inglês, de forma mais fluida. Este confronto com uma realidade distinta reforçou a importância de prestar cuidados verdadeiramente individualizados, nos quais a comunicação seja ajustada às especificidades de cada família, permitindo construir uma relação de parceria e corresponsabilidade no cuidado ao RN.

- “Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às famílias” (OE, 2018, p. 19194)

Em diversos momentos do estágio, recebi orientação para acompanhar e supervisionar os cuidados prestados pelos pais aos seus filhos. Como referido anteriormente, o início deste processo pode ser desafiante e frequentemente gerador de ansiedade, tanto para os pais como para a equipa de enfermagem. Reconhece-se que as UCIN enfrentam, por vezes, limitações de

recursos humanos e elevada carga de trabalho, o que conduz à necessidade de conciliar a qualidade dos cuidados com uma gestão eficaz do tempo.

Nesse sentido, poderia parecer mais simples que o profissional de saúde executasse diretamente os cuidados, em vez de investir o tempo necessário no ensino e na supervisão parental. Contudo, mesmo em contextos exigentes e com rácios profissionais reduzidos, observou-se que os princípios dos cuidados centrados na criança e na família nunca foram desvalorizados.

Procurei sempre apoiar os pais, encorajando-os a participar ativamente no cuidado ao seu filho e a acreditar na sua capacidade de o fazer. Reforcei frequentemente que os primeiros dias são, naturalmente, mais desafiantes. No entanto, a prática e o apoio da equipa, iriam adquirir confiança e autonomia. Constatou-se, de forma progressiva, uma diminuição dos receios iniciais e o fortalecimento da relação de confiança com a equipa multidisciplinar. Este facto refletiu-se num maior sentimento de segurança e bem-estar por parte das famílias. Esta abordagem encontra-se alinhada com o modelo de parceria de Anne Casey, que valoriza o envolvimento ativo dos pais na prestação de cuidados, reconhecendo-os como parceiros fundamentais da equipa de saúde.

- “Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor” (OE, 2018, p. 19193).

As intervenções baseadas em estratégias não farmacológicas assumem um papel essencial na prática clínica da equipa de enfermagem, contribuindo para o bem-estar e para a estabilidade fisiológica do RN. O respeito pelo RN deve estar presente em todos os momentos de cuidado, especialmente durante a realização de procedimentos invasivos ou potencialmente dolorosos, garantindo que cada intervenção seja conduzida de forma humanizada e sensível às suas reações comportamentais e sinais de stress.

A monitorização destas intervenções é realizada através do registo informático, onde o profissional deve documentar, pelo menos uma vez em cada turno de oito horas, as estratégias aplicadas. O sistema integra uma lista de intervenções possíveis, permitindo selecionar aquelas que foram efetivamente implementadas.

A inclusão deste tipo de registo digital reforça a relevância dos cuidados neuroprotetores no contexto neonatal, evidenciando a preocupação crescente com a prevenção do stress e com a promoção de um ambiente que favoreça o desenvolvimento saudável do RN.

- “Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória” (OE, 2018, p. 19193).

O enfermeiro especialista, nomeadamente aquele que exerce funções numa UCIN, deve assegurar uma vigilância constante e atenta, não apenas sobre o estado clínico atual do RN, mas também sobre qualquer sinal que possa indiciar uma alteração súbita da sua condição. A observação meticulosa de aspetos como a coloração da pele, a reatividade, o tónus muscular e o padrão respiratório constituem uma parte essencial da avaliação global que deve acompanhar cada momento de cuidado.

Embora todos os RN se encontrem sob monitorização cardiorrespiratória contínua, este estágio permitiu-me aprimorar a capacidade de observação e desenvolver um olhar clínico mais apurado, fundamental para a deteção precoce de alterações fisiológicas. Dada a fragilidade e instabilidade dos RN internados, a identificação rápida de qualquer sinal de descompensação pode ter um impacto decisivo no prognóstico e na qualidade dos cuidados prestados.

Importa ainda salientar o papel crucial da equipa multidisciplinar, cuja articulação e cooperação asseguram uma resposta integrada e a prestação de cuidados seguros e de elevada qualidade ao RN e à sua família.

- “Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/recém-nascido” (OE, 2018, p. 19194).

Desde o momento da admissão, os pais eram encorajados a permanecer junto do seu bebé, participando ativamente nos cuidados diários e nos momentos entre as manipulações. Esta proximidade era promovida principalmente através do contacto físico direto, como o colo ou o método canguru. Está comprovado que esta abordagem é fundamental para o fortalecimento do vínculo afetivo entre pais e bebé, enquanto contribui para a redução dos níveis de stress e para a estabilidade emocional de ambos.

No hospital onde decorreu o presente contexto de estágio, sempre que a mãe manifestava interesse em permanecer durante o dia com o seu filho, existia a possibilidade de lhe serem fornecidas as principais refeições — almoço e jantar — mediante registo no sistema informático. Esta medida institucional, para além de facilitar a permanência prolongada, demonstrava o compromisso da unidade com a promoção da vinculação precoce e com a humanização dos cuidados neonatais. Esta prática vai ao encontro dos princípios dos CCF, ao promover a proximidade, a participação e o reforço do vínculo entre pais e RN.

No caso de se tratar de uma família proveniente de outra localidade e com limitações económicas, o hospital procurava apoiar, disponibilizando — sempre que possível — um quarto no próprio serviço. Essa medida possibilitava que a mãe permanecesse mais próxima do RN e contribuísse de forma contínua nos cuidados a este. Adicionalmente, o hospital fornecia as refeições principais, sem custos, às mães que optassem por acompanhar os filhos durante o dia.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, evidencia-se, de forma mais expressiva, o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, decorrente da capacidade de identificar necessidades específicas do serviço e de delinear uma intervenção educativa dirigida aos pais, integrada num projeto em desenvolvimento na unidade. Paralelamente, destaca-se o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, suportado pela mobilização de evidência científica atual na construção de conteúdos educativos, com vista a uma capacitação parental mais ajustada e eficaz. Os domínios da gestão dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal estiveram igualmente presentes ao longo do contexto de estágio, manifestando-se de forma transversal na organização dos cuidados, na articulação com a equipa e na garantia de uma prática centrada na criança e na família (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A experiência desenvolvida na UCIN permitiu ainda mobilizar e evidenciar várias competências inerentes ao grau de mestre, conforme definidas no *Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro*.

b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares

No decurso do contexto de estágio, tive oportunidade de observar e participar em contextos de elevada complexidade, que exigiam da equipa de enfermagem uma constante capacidade de adaptação e de tomada de decisão. Sob a orientação da enfermeira orientadora, que frequentemente acumulava a função de chefe de turno, foi possível compreender a exigência inerente à gestão diária do serviço e à resolução de múltiplos desafios que surgiam ao longo do turno.

No início do turno, competia à enfermeira responsável distribuir os RN pelos profissionais em função da gravidade clínica e da experiência de cada elemento da equipa, garantindo uma alocação equilibrada dos recursos humanos — frequentemente escassos. Em simultâneo, impunha-se a designação do enfermeiro responsável pela preparação dos leites, bem como,

posteriormente, das alimentações parentéricas. Tais tarefas acentuavam a necessidade de rigor, responsabilidade e coordenação.

Acrescia ainda a gestão do material — muitas vezes limitada — e a necessidade de se promover um ambiente de trabalho coeso, através da comunicação assertiva e a resolução construtiva de eventuais divergências. O acompanhamento deste processo permitiu-me reconhecer a importância da liderança em enfermagem, bem como a relevância de uma comunicação clara, empática e fundamentada na tomada de decisões. Esta experiência permitiu-me desenvolver competências de análise e resolução de problemas em contextos reais, complexos e multidisciplinares, demonstrando o verdadeiro exercício da competência de mestre.

4.2.1. Apresentação para sensibilização parental “Cuidar é Proteger”

A apresentação desenvolvida (Apêndice F) aborda, de forma sistematizada, um conjunto de práticas fundamentais para a promoção do bem-estar e da estabilidade neurocomportamental do RN em cuidados intensivos. A sua conceção surgiu da necessidade de criar um recurso educativo acessível e visualmente apelativo, capaz de apoiar mães na compreensão dos fatores que podem intensificar o stress neonatal e, simultaneamente, demonstrar estratégias simples e eficazes para o minimizar. Esta apresentação será utilizada futuramente no âmbito do projeto do serviço que prevê a transmissão de conteúdos audiovisuais na sala de extração de leite. A implementação do projeto em questão ocorrerá após o início formal da difusão dos vídeos previamente planificados pela unidade.

Os objetivos centrais desta apresentação passam por:

- Sensibilizar as mães para os efeitos do stress no RN hospitalizado e para a importância da sua prevenção;
- Apresentar práticas de neuroproteção que favorecem a autorregulação, o conforto e a segurança do bebé;
- Reforçar o papel ativo dos pais como elementos da equipa de cuidados;
- Promover um ambiente de cuidados mais humanizado.

No que se refere à avaliação da atividade desenvolvida neste contexto, foi estabelecido contacto com a orientadora do contexto de estágio, tendo sido indicado que a apresentação se

encontra a ser integrada num processo de compilação mais alargado, que reúne diferentes contributos desenvolvidos no serviço. Esta abordagem tem como finalidade a construção de um recurso final mais completo, em formato de vídeo, em consonância com o planeamento inicialmente definido. Embora a sua implementação não tenha ocorrido de forma imediata, perspectiva-se a sua utilização num futuro próximo.

5. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

O terceiro momento de Estágio em ESIP com Relatório decorreu entre 27 de outubro e 5 de dezembro de 2025, num serviço de IP inserido numa ULS do SNS, constituindo um contexto hospitalar diferenciado pela diversidade e complexidade da população assistida.

5.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

A resposta assistencial era assegurada por uma equipa multidisciplinar, composta por médicos pediatras, enfermeiros, assistentes operacionais e assistentes administrativos, contando ainda, sempre que a situação clínica o justifica, com a intervenção de outros profissionais, nomeadamente fisioterapeutas, terapeutas da fala, dietista, assistente social e psicóloga. A equipa de enfermagem era constituída por 17 enfermeiros, dos quais seis detinham o título de EEESIP, existindo ainda uma Enfermeira Especialista com funções de gestora, responsável pela coordenação e gestão do serviço.

No que se refere à organização do trabalho de enfermagem, os cuidados eram prestados segundo o método individual. O método de trabalho individual baseia-se na atribuição de um número limitado de clientes a cada enfermeiro, considerando o seu grau de dependência. Neste modelo, o enfermeiro assume a responsabilidade pela prestação de cuidados globais durante o turno, promovendo uma abordagem centrada nas necessidades do cliente e evitando a fragmentação das intervenções. A supervisão e avaliação final dos cuidados compete ao enfermeiro responsável pela unidade (Silva, 2017). A distribuição dos utentes era realizada após a passagem de turno, tendo em consideração a complexidade das necessidades de cada criança ou jovem, com o objetivo de assegurar uma repartição equilibrada da carga assistencial, promovendo simultaneamente a segurança e a qualidade dos cuidados.

Em situações específicas, particularmente em contextos de diagnóstico inicial de doença crónica, era atribuída à figura do enfermeiro de referência. O enfermeiro de referência corresponde a um modelo organizacional de prestação de cuidados em contexto de internamento, no qual um enfermeiro assume a responsabilidade pelo acompanhamento do cliente ao longo do seu percurso assistencial. Neste modelo, compete-lhe planear, coordenar e avaliar os cuidados, incluindo a preparação do processo de alta, garantindo que a continuidade dos cuidados após a hospitalização é assegurada e que os cuidadores estão devidamente capacitados para a sua prestação fora do contexto hospitalar. Esta abordagem favorece o estabelecimento de uma relação terapêutica mais consistente entre enfermeiro e cliente, contribuindo para a individualização dos cuidados, para a continuidade assistencial e para a promoção da segurança ao longo de todo o internamento (Silva, 2017)

Tal verificava-se, por exemplo, em situações de diagnóstico inaugural de diabetes mellitus, nas quais se torna necessário um processo intensivo de educação terapêutica dirigido à criança e aos cuidadores, incluindo a aprendizagem da monitorização da glicemia capilar, administração de insulina, reconhecimento de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e adaptação do regime alimentar. Nestes casos, a presença de um enfermeiro de referência favorecia a organização dos ensinamentos, a clarificação de dúvidas e a articulação com os cuidados de saúde na comunidade após a alta hospitalar.

O serviço admitia crianças desde os 28 dias de vida até ao final da adolescência, abrangendo idades até aos 17 anos e 364 dias. Em situações clínicas particulares, como no acompanhamento de utentes com doença crónica, a idade de admissão podia ultrapassar os 18 anos, de forma a garantir a continuidade dos cuidados num contexto assistencial já conhecido pela criança, jovem e família. As admissões provinham maioritariamente do serviço de urgência pediátrica, do hospital de dia, do SMINP, bem como de transferências inter-hospitalares.

Relativamente às estruturas físicas, o serviço encontrava-se organizado em seis enfermarias de três camas, três quartos individuais destinados a situações que exigiam maior isolamento e um quarto com pressão negativa. A distribuição das crianças e jovens pelos quartos era realizada tendo sempre em consideração a idade e, sempre que possível, o género, assumindo particular relevância na fase da adolescência, de modo a garantir a privacidade, o conforto e a prevenção de constrangimentos.

Junto às camas encontravam-se cadeirões reclináveis, permitindo a permanência noturna de um dos pais, reforçando o envolvimento da família no processo de cuidar. O serviço

dispunha ainda de uma sala destinada aos pais, equipada para a realização de refeições, bem como de instalações sanitárias com duche, proporcionando condições adequadas de conforto e apoio durante o internamento.

No âmbito da promoção da humanização dos cuidados, o serviço dispunha de uma sala de brincar equipada com materiais lúdicos e atividades adequadas às diferentes fases do desenvolvimento infantil. Este espaço era dinamizado por duas Educadoras de Infância, cujo papel se revelava fundamental no acompanhamento das crianças durante o internamento. As educadoras mantinham-se sistematicamente informadas sobre as novas admissões no serviço, permitindo um planeamento individualizado das atividades, ajustado à idade, interesses e condição clínica de cada criança ou jovem.

As atividades propostas podiam ser realizadas tanto na sala de brincar como no próprio quarto de internamento, de acordo com a preferência da criança e as limitações impostas pela sua situação clínica, assegurando a inclusão de todas as crianças, mesmo daquelas com restrições à mobilidade ou em isolamento. Esta abordagem flexível favorecia a continuidade do brincar enquanto necessidade essencial da infância, contribuindo para a redução da ansiedade, a expressão emocional e a adaptação ao contexto hospitalar.

Para além destas intervenções, o serviço contava ainda com a colaboração regular de um grupo musical, que se deslocava ao IP munido de uma guitarra, proporcionando momentos de música ao vivo, quer na sala de brincar, quer nos quartos das crianças. Estas intervenções assumiam um carácter particularmente significativo, uma vez que introduziam uma experiência distinta da rotina hospitalar habitual.

Sempre que estas iniciativas decorriam, tornava-se evidente uma alteração positiva do ambiente global do serviço, marcada pela diminuição da tensão emocional e pela substituição dos sons característicos do IP por estímulos musicais agradáveis. Estes momentos contribuíam para a criação de um clima mais leve e acolhedor, com impacto não só nas crianças e jovens, mas também nas famílias e nos próprios profissionais de saúde, reforçando a importância de estratégias de promoção do bem-estar durante a hospitalização.

Apesar da experiência profissional prévia em contexto de IP, o facto de o exercício profissional habitual decorrer num hospital do setor privado traduz-se num perfil de utentes distinto daquele observado durante o contexto do SNS. Esta diferença torna-se particularmente evidente no tipo de patologias e nas circunstâncias sociais associadas aos internamentos.

Entre as principais discrepâncias identificadas destaca-se a maior prevalência de crianças e jovens com quadros de politraumatismo, patologias crónicas complexas e situações de vulnerabilidade social no serviço do SNS. Estes contextos refletem não só a diversidade clínica da população assistida, mas também a resposta a necessidades sociais e familiares que frequentemente ultrapassam o âmbito estritamente assistencial.

O tempo de internamento no serviço do SNS revelou-se, de forma consistente, significativamente mais prolongado quando comparado com a realidade do setor privado, suscitando questões relevantes relacionadas com a articulação interinstitucional e a capacidade de resposta dos recursos comunitários. As situações de cariz social evidenciam, em muitos casos, a dificuldade das estruturas de apoio em dar resposta atempada ao elevado número de crianças, jovens e famílias que necessitam de acompanhamento e intervenção especializada.

Durante o período de contexto de estágio, foram observadas situações particularmente ilustrativas desta realidade. Num dos casos, tratava-se de uma bebé de quatro meses, internada há cerca de dois meses em regime de alojamento conjunto com a mãe, encontrando-se esta referenciada à Comissão de Proteção de Crianças e Jovens por suspeita de negligência. Na ausência de uma decisão definitiva por parte da entidade competente, tornou-se imprescindível uma vigilância contínua por parte de toda a equipa de saúde, não apenas relativamente à prestação de cuidados básicos, mas também no que respeita à qualidade da vinculação mãe-bebé.

Outro caso dizia respeito a um jovem de oito anos, internado há aproximadamente um ano, portador de uma doença crónica degenerativa, acamado e dependente de ventilação invasiva. A manutenção do internamento encontrava-se relacionada com a necessidade de adaptação da habitação familiar, aguardando-se a realização de obras por parte da autarquia, de modo a garantir condições de segurança para a continuidade dos cuidados no domicílio. Neste contexto, os pais assumiam um papel central enquanto cuidadores principais, mesmo durante o internamento, evidenciando a relevância do trabalho colaborativo entre as equipas de saúde e a família. Estas situações podem ser compreendidas à luz do modelo bioecológico de Bronfenbrenner, que evidencia a influência dos diferentes sistemas — familiar, social e institucional — no desenvolvimento e bem-estar da criança.

No contexto do SNS em Portugal Continental, as crianças medicamente complexas representam uma fatia significativa da atividade assistencial e dos custos associados ao IP. Este dado assume particular relevância no planeamento de modelos de cuidados que se pretendem

eficazes, articulados e sustentáveis, permitindo que decisores clínicos e políticos adotem estratégias fundamentadas e ajustadas às necessidades reais, presentes e futuras, das crianças, das famílias e dos profissionais de saúde (Lacerda et al., 2019).

Acresce que o aumento progressivo da prevalência de doenças crónicas complexas na infância constitui um desafio crescente, traduzindo-se frequentemente em internamentos prolongados e na necessidade de maior articulação com respostas comunitárias, sociais e domiciliárias (Lacerda et al., 2019).

Os contextos de internamentos prolongados associados a doenças crónicas complexas e a situações de vulnerabilidade social, como os casos anteriormente descritos, reforçam a importância de uma abordagem integrada, sustentada no trabalho em equipa e na articulação entre os cuidados de saúde e os recursos sociais. Esta abordagem assume particular relevância no acompanhamento de crianças e jovens em situação de maior vulnerabilidade clínica e social, podendo ainda ser compreendida à luz do modelo bioecológico de Bronfenbrenner, ao considerar a influência do contexto hospitalar no equilíbrio emocional e no desenvolvimento da criança.

5.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADES

O diagnóstico da situação previamente realizado evidenciou a relevância do impacto emocional da hospitalização pediátrica e a necessidade de estratégias promotoras de segurança afetiva. Considerando o ST como eixo central do presente projeto, foram delineados os seguintes objetivos:

- Favorecer a expressão das emoções por parte da criança, de forma adequada à sua idade e nível de desenvolvimento;
- Estimular interações positivas entre a criança e os seus cuidadores, reforçando o vínculo afetivo e o papel do adulto enquanto figura de segurança;
- Contribuir para a redução da ansiedade e do desconforto emocional associados ao internamento, através da promoção de um ambiente terapêutico mais humanizado e emocionalmente protetor.

Em consonância com este objetivo, procedeu-se posteriormente à conceção de uma atividade específica dirigida à criança em contexto de internamento.

A definição desta intervenção teve em conta os recursos humanos e materiais disponíveis no contexto, procurando garantir a sua exequibilidade e adequação à realidade assistencial.

A intervenção realizada em contexto de IP permitiu enquadrar diversos critérios de avaliação no âmbito da competência de EEESIP relativa à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade de gestão do regime terapêutico e da reinserção social da criança ou jovem. A aplicação desta competência tornou-se particularmente evidente nas dimensões da comunicação terapêutica, do trabalho colaborativo com a família e da promoção do bem-estar emocional da criança ao longo do processo de cuidar. A análise destes critérios sustenta a reflexão que se apresenta de seguida sobre as competências mobilizadas e consolidadas no contexto da intervenção desenvolvida:

- “Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade, estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis” (OE, 2018, p. 19193).

A implementação da atividade “Caixa dos Afetos” implicou uma reflexão prévia sobre a faixa etária mais adequada à sua aplicação, considerando a diversidade de idades presente no contexto de IP e a consequente necessidade de ajustar a linguagem e as estratégias de comunicação. Após análise da literatura e tendo em conta as características desenvolvimentais das diferentes etapas da infância, optou-se pela sua aplicação em crianças em idade pré-escolar. Esta decisão fundamentou-se no reconhecimento de que esta fase do desenvolvimento é marcada por transformações significativas ao nível emocional e cognitivo, com impacto direto na forma como a criança compreende, expressa e regula as suas emoções. A adequação da atividade a esta faixa etária revelou-se particularmente pertinente, na medida em que permitiu reforçar o papel dos cuidadores enquanto figuras de segurança, promovendo simultaneamente um ambiente terapêutico mais humanizado e emocionalmente protetor. Esta intervenção encontra-se em consonância com os princípios dos CCF, ao integrar os cuidadores no processo terapêutico e valorizar o seu papel no suporte emocional da criança.

- “Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (OE, 2018, p. 19193).

A dinamização da atividade “Caixa dos Afetos” pressupôs uma abordagem centrada na negociação da participação da criança e da família em todo o processo, cabendo à enfermeira responsável avaliar a sua pertinência e esclarecer os cuidadores quanto aos objetivos e funcionamento da atividade. Esta abordagem permitiu uma tomada de decisão partilhada, respeitando não apenas a disponibilidade e concordância da família, mas também a vontade

expressa da própria criança, a quem foi garantida a possibilidade de aceitar ou recusar a participação. Este processo de negociação reforçou o envolvimento ativo dos cuidadores no cuidado à criança, valorizando o seu papel enquanto figuras de segurança. Simultaneamente, a compreensão dos objetivos da atividade constituiu uma oportunidade de capacitação parental, uma vez que as estratégias de interação propostas puderam ser apropriadas pelos cuidadores e utilizadas noutros momentos do quotidiano familiar, promovendo a continuidade do cuidado emocional para além do contexto de internamento.

A experiência desenvolvida em contexto de IP permitiu ainda mobilizar competências inerentes ao grau de mestre, conforme previsto no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de março, alterado pelo Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro, com particular enfoque nas alíneas b) e c):

- b) Saber aplicar os conhecimentos e a capacidade de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares.

O acompanhamento da enfermeira orientadora, EEESIP, com funções de responsável de turno, possibilitou um contacto direto com a gestão diária do serviço de IP, permitindo compreender a complexidade associada à organização dos cuidados em contextos dinâmicos e frequentemente imprevisíveis. A distribuição dos utentes pelos enfermeiros era realizada diariamente, sempre que possível pela enfermeira chefe e, na sua ausência ou perante alterações significativas no número de doentes, pela enfermeira responsável do turno. Este processo exigia uma análise contínua das necessidades assistenciais das crianças internadas, bem como uma adaptação permanente aos recursos humanos disponíveis, traduzindo-se num exercício constante de aplicação de conhecimentos e de resolução de problemas em contexto multidisciplinar.

A utilização do sistema informático SClinico constituiu igualmente uma situação de aprendizagem em contexto não familiar. Apesar de uma experiência prévia com este programa em CSP, a sua aplicação em ambiente hospitalar apresentou uma estrutura distinta, exigindo um processo de adaptação progressiva. Ao longo do ensino clínico, foi possível desenvolver competências na utilização deste sistema, reforçando a autonomia na gestão da informação clínica e a integração dos registos no processo de tomada de decisão.

- c) Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas e formular juízos em contextos de informação limitada

A prática em IP implicou frequentemente a integração de múltiplas dimensões — clínicas, organizacionais e de segurança — na tomada de decisão. A observação do papel da enfermeira responsável na articulação entre serviços e na resposta a alterações súbitas da dinâmica assistencial evidenciou a necessidade de formular juízos profissionais em contextos de elevada complexidade e com informação em constante atualização.

Paralelamente, o acompanhamento da enfermeira orientadora no âmbito da sua atividade na Comissão de Controlo de Infecção Hospitalar, nomeadamente na observação da adesão à higienização das mãos, permitiu reconhecer a importância dos processos de monitorização e vigilância na garantia da qualidade dos cuidados. Esta experiência favoreceu igualmente uma reflexão sobre o papel da articulação entre evidência científica, orientações institucionais e realidade da prática clínica na tomada de decisões orientadas para a segurança do doente e para a melhoria contínua das práticas profissionais.

No que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista, e de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, destaca-se o desenvolvimento de competências no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, evidenciado pela conceção e implementação de uma atividade sustentada em evidência científica, bem como pela elaboração de um documento orientador dirigido à equipa de enfermagem. Adicionalmente, no decorrer deste contexto, fui convidada a participar como palestrante no seminário intitulado “Desafios e Perspetivas do Cuidado Integral em Pediatria/Neonatologia”, organizado pela Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve, no âmbito da unidade curricular de Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Anexo I). O referido seminário teve lugar no dia 15 de novembro de 2025 e contou com a participação de diversos EESIP, que apresentaram os seus relatórios de estágio desenvolvidos.

Esta iniciativa teve como principal objetivo dar a conhecer aos estudantes do 4.º ano da licenciatura em enfermagem os trabalhos realizados no âmbito do MEESIP. A minha participação foi motivada pelo facto de me encontrar ainda em fase de desenvolvimento do relatório de estágio, permitindo, assim, oferecer uma perspetiva distinta, centrada no processo em curso e não apenas no produto final. A apresentação realizada no âmbito deste seminário encontra-se incluída no Apêndice G.

5.2.1. Atividade “Caixa dos Afetos”

No âmbito da intervenção desenvolvida em contexto de IP, foi concebida e implementada a atividade "Caixa dos Afetos", enquanto estratégia promotora do bem-estar emocional da criança hospitalizada e do reforço da relação criança-cuidador. A atividade é fundamentada na utilização de uma caixa que contém um conjunto de cartões com propostas de interação e questões orientadoras. Estas são destinadas a estimular momentos de partilha afetiva e de expressão emocional entre a criança e os seus cuidadores. A operacionalização destes momentos é efetuada através de cartões físicos desenvolvidos para esse efeito. (Apêndice H).

Durante o período de ensino clínico, foi possível implementar esta atividade com uma das crianças anteriormente referidas no presente relatório. Em conferência com a enfermeira orientadora, procedeu-se à reflexão conjunta sobre a adequação da intervenção, tendo sido consensual que a criança reunia critérios que justificavam a sua realização. Tratava-se de “Miguel” (nome fictício), um jovem em idade escolar, com oito anos de idade, internado há aproximadamente um ano no serviço, circunstância que, pela sua duração e pelo impacto emocional associado, justificava a implementação de estratégias promotoras de bem-estar e de ligação afetiva.

Após explicação da atividade ao “Miguel” e à sua mãe, “Ana” (nome fictício), ambos foram questionados quanto à sua disponibilidade para participar, tendo demonstrado interesse imediato em iniciar a dinâmica. Foi garantida privacidade à família, permitindo a realização da atividade no quarto de internamento, num ambiente tranquilo e respeitador do seu ritmo e disponibilidade emocional.

No final do turno, foi solicitada ao Miguel e à mãe uma apreciação informal da experiência vivenciada. O Miguel referiu de forma espontânea que “foi fixe”, enquanto Ana descreveu a atividade como “um momento diferente, que faz pensar em diversas coisas”, evidenciando a perceção da atividade como um espaço de reflexão e partilha emocional distinto da rotina habitual do internamento.

Com o propósito de organizar a atividade, fundamentar a sua pertinência clínica e clarificar junto da equipa de enfermagem o conceito de ST e a relevância desta intervenção no contexto do internamento pediátrico, foi elaborado um documento de apoio dirigido aos profissionais de enfermagem.

O documento elaborado apresenta um enquadramento teórico sobre o ST na infância e o seu impacto no desenvolvimento emocional, contextualizando a hospitalização pediátrica como

um potencial fator de risco. Integra ainda a fundamentação da atividade “Caixa dos Afetos”, explicitando os seus objetivos, o âmbito de aplicação e as responsabilidades dos diferentes intervenientes. Adicionalmente, descreve de forma estruturada a dinâmica da atividade, os cuidados a ter na sua implementação, os procedimentos de higienização do material, bem como os indicadores definidos para a sua avaliação, constituindo um recurso orientador para a prática da equipa de enfermagem (Apêndice I).

No âmbito da avaliação da atividade desenvolvida, foi estabelecido contacto com a enfermeira orientadora do presente contexto de estágio, tendo sido referido que a mesma tem vindo a ser implementada em conformidade com os critérios definidos no documento orientador. Foi ainda salientado que esta intervenção tem assumido particular utilidade, sobretudo junto de crianças com doença crónica e em situações de internamentos prolongados, constituindo um recurso relevante na promoção do bem-estar emocional e na dinamização da relação com os cuidadores.

6. INTERVENÇÃO EM CONTEXTO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO PEDIÁTRICO NÃO PROGRAMADO

O último contexto de Estágio em ESIP com Relatório decorreu num Serviço de Atendimento Pediátrico Não Programado [SAPNP] de uma instituição privada na região sul do país, entre 9 de dezembro de 2025 e 30 de janeiro de 2026, perfazendo um total de 126 horas de prática clínica.

6.1. CONTEXTO E DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO

No período em que decorreu o estágio, o serviço funcionava entre as 9h e a meia-noite, sendo a admissão para triagem efetuada até às 21h. Após este horário, o período compreendido entre as 21h e a meia-noite era dedicado à avaliação e decisão clínica relativamente às crianças previamente admitidas, nomeadamente definição de alta, internamento ou eventual transferência.

Este serviço presta cuidados a crianças e jovens desde 2017, tendo funcionado em regime de atendimento permanente (24 h) até ao ano de 2023. Presta assistência a utentes desde o período neonatal até aos 17 anos, 11 meses e 29 dias, abrangendo não só a região do Algarve, mas também o Baixo Alentejo. Recebe também crianças referenciadas por outras unidades do mesmo grupo hospitalar que, devido à complexidade da sua situação clínica, necessitam de cuidados diferenciados não disponíveis nas respetivas instituições de origem.

Importa salientar que se trata da única unidade do grupo com IP e UCIN, o que facilita a articulação célere com serviços complementares, como bloco operatório, imagiologia, análises clínicas e diversas especialidades médicas.

A nível de organização física, o serviço dispõe de uma sala de espera pediátrica, posto de triagem, sala de observação com quatro postos (um dos quais equipado com um berço para

crianças mais pequenas, dois com uma maca cada e um destinado a emergências), uma sala de tratamentos, um posto de enfermagem em regime open space, dois gabinetes médicos e uma instalação sanitária exclusiva para a população pediátrica.

A equipa de enfermagem era constituída por oito enfermeiros, dos quais quatro tinham a especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, contando ainda com a colaboração de oito enfermeiros em regime de prestação de serviços. A equipa médica era composta por 20 profissionais, incluindo 12 pediatras, dois internos de pediatria, três médicos de medicina geral e familiar e três médicos de clínica geral.

Tendo em conta a reduzida dimensão das instalações e ao aumento progressivo da afluência ao serviço, foi instituída a norma de que cada criança ou jovem poder ser acompanhado apenas por uma pessoa de referência. Esta medida, embora frequentemente geradora de surpresa e alguma resistência por parte dos pais no momento da admissão, visa garantir condições de segurança, organização e funcionalidade do espaço. Esta política encontra respaldo nos princípios consagrados na Carta dos Direitos da Criança Hospitalizada, que garante o direito da criança a permanecer acompanhada de forma contínua por uma figura significativa, assegurando a sua estabilidade emocional durante o processo de cuidados (IAC, 1988).

Relativamente ao sistema de informação clínica, era utilizado o software Gestão Hospitalar da Glintt. Embora já tivesse experiência prévia com este sistema no meu contexto profissional habitual, constatei que tanto o módulo utilizado pela equipa de enfermagem como a aplicação destinada à triagem apresentavam configurações distintas, o que implicou um período de adaptação. A triagem era realizada com base numa norma interna da instituição, onde estavam definidos os critérios orientadores para a atribuição do grau de prioridade clínica. Este processo exigia do enfermeiro responsável um conhecimento aprofundado da referida norma, dado que a decisão relativa ao nível de urgência recaía exclusivamente sobre si.

Considerando as limitações do espaço físico, havia ainda três lugares mais resguardados destinados à permanência de crianças e jovens com suspeita de patologia que justificasse medidas de isolamento, procurando, desta forma, minimizar o risco de contágio numa sala de espera de dimensões reduzidas.

No início do estágio, a enfermeira orientadora que me acompanhou exercia funções de articulação entre o SAPNP e a enfermeira chefe do departamento de pediatria, tendo posteriormente assumido a chefia do próprio serviço. O contacto próximo com esta transição permitiu-me compreender, de forma mais concreta, os desafios inerentes à gestão de um serviço

desta natureza. A elaboração de horários revelou-se particularmente exigente, sobretudo numa equipa que integra um número significativo de enfermeiros em regime de prestação de serviços. A organização diária implicava também uma distribuição criteriosa dos profissionais pelos vários postos — triagem, sala de tratamentos e sala de observação — assegurando o funcionamento contínuo e seguro do serviço. A gestão de materiais constituiu outro desafio relevante, tendo em conta a imprevisibilidade inerente ao atendimento não programado.

Paralelamente, a minha orientadora integrava o grupo responsável pela implementação da futura Unidade da Dor da instituição. Este envolvimento proporcionou-me a oportunidade de observar de forma mais próxima as estratégias adotadas para a avaliação e controlo da dor em contexto de atendimento não programado. Embora a natureza urgente de muitos procedimentos não permitisse, por vezes, aguardar o efeito pleno de determinadas intervenções analgésicas, tal não significava desvalorização da experiência dolorosa da criança. Pelo contrário, ficou evidente a preocupação da equipa em integrar medidas de controlo da dor ajustadas à situação clínica, recorrendo a diferentes estratégias farmacológicas e não farmacológicas. A observação destas abordagens, distintas das habitualmente utilizadas em contexto de internamento pediátrico, revelou-se particularmente enriquecedora, permitindo-me ampliar a minha compreensão sobre a gestão da dor em cenários de maior imprevisibilidade e exigência temporal.

A instituição hospital onde se insere o SAPNP é uma instituição acreditada pela Joint Commission International [JCI]. Os padrões da JCI constituem referenciais de avaliação que apoiam as organizações de saúde na monitorização e melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde. A sua definição baseia-se em contributos multidisciplinares e é sustentada por evidência científica, consensos técnicos e enquadramento legal aplicável (Joint Commission International, n.d.).

Os objetivos desenvolvidos para ajudar na organização das instituições foram projetados em seis metas fundamentais: identificação correta do paciente; melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde; melhorar a segurança dos medicamentos; garantir cirurgias com local cirúrgico correto, procedimento correto e ao paciente correto; reduzir o risco de infeções associado aos cuidados de saúde; reduzir o risco de lesões resultante das quedas (Joint Commission International, n.d.).

As instituições contam também com elementos internos que realizam auditorias trimestrais, de modo a manter a organização dos serviços. A minha enfermeira orientadora era também um

elemento pertencente às auditorias internas no serviço de SAPNP, o que me permitiu seguir de perto como eram realizadas as auditorias e como os resultados eram importantes para cada serviço (Joint Commission International, n.d.).

Outro dos sistemas amplamente utilizado em todos os serviços do hospital era a plataforma RISI. Esta ferramenta assumia duas funções principais. Por um lado, permitia a gestão do risco institucional, possibilitando a notificação e o registo de incidentes clínicos e não clínicos ocorridos na instituição. Por outro lado, funcionava como repositório central de normas e procedimentos internos.

Todos os procedimentos e protocolos desenvolvidos internamente são formalizados sob a forma de normas de serviço. Após a sua elaboração, estas são submetidas a um processo de validação e aprovação pelos elementos designados pela instituição. Posteriormente, são disponibilizadas na plataforma RISI, garantindo o acesso por parte de todos os profissionais e promovendo a uniformização das práticas institucionais. Para assegurar a atualização e pertinência da informação, estas normas são sujeitas a revisão periódica.

Após diálogo com a orientadora e consulta da plataforma institucional anteriormente referida, foi possível verificar que a instituição hospitalar não dispunha de qualquer norma de atuação ou documento orientador relacionado com o tema do ST na infância. Perante esta lacuna, surgiu a proposta de desenvolver uma norma de atuação destinada à identificação e intervenção perante suspeita de ST. A elaboração deste documento teve como objetivo contribuir para a orientação da prática profissional e possibilitar a sua futura implementação nos diferentes serviços do departamento de pediatria da instituição.

6.2. PLANEAMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DAS ATIVIDADE

Na sequência do diagnóstico da situação previamente realizado, e considerando a inexistência de orientações institucionais dirigidas à temática do ST na infância, definiu-se como objetivo:

- Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança e ao jovem, através da integração da temática do ST na prática clínica, promovendo uma abordagem mais estruturada, preventiva e centrada nas necessidades da criança e da família.

Para dar resposta a este objetivo, foi delineada como atividade o desenvolvimento de uma norma de atuação perante a suspeita de ST. Paralelamente, no âmbito da elaboração desta norma, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- Uniformizar a atuação dos profissionais de saúde do Departamento de Pediatria perante a suspeita de ST na criança e no jovem;
- Promover a identificação precoce de fatores de risco e sinais de alerta associados ao ST;
- Definir procedimentos de atuação, encaminhamento e referência ajustados às situações identificadas;
- Favorecer a articulação entre os diferentes profissionais e serviços envolvidos nos cuidados pediátricos;

Em consonância com os objetivos definidos, procedeu-se à elaboração de uma norma de atuação perante a suspeita de ST na criança e no jovem (Apêndice J). A elaboração desta norma encontra-se também alinhada com os princípios dos CCF, ao promover uma abordagem estruturada e sensível às necessidades da criança e do seu contexto familiar.

A norma em questão foi elaborada durante o período de estágio, sob orientação da enfermeira orientadora, tendo posteriormente sido encaminhada para a enfermeira do Departamento de Pediatria responsável pelo processo de submissão institucional. Após esta etapa, o documento seguiu para apreciação pelo enfermeiro coordenador de enfermagem, de modo a dar continuidade ao circuito de validação interna.

A experiência desenvolvida no âmbito do SAPNP possibilitou mobilizar diferentes critérios de avaliação associados às competências do EEESIP. No entanto, importa destacar, uma competência em particular que se revelou mais evidente ao longo do planeamento e da implementação da atividade anteriormente referida:

- “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (OE, 2018, p. 19193).

A realização desta atividade durante o período de estágio revelou ser particularmente relevante para o desenvolvimento de competências relacionadas com a identificação de fatores de risco e com o encaminhamento e a articulação com os diferentes profissionais envolvidos na

prestação de cuidados. Importa salientar que, tratando-se de uma instituição privada, o hospital não dispõe de um Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. Neste contexto, torna-se especialmente pertinente a existência de orientações institucionais que apoiem os profissionais e sua intervenção em situações de suspeita. Assim, a elaboração de normas de atuação assume um papel fundamental, ao contribuir para uma abordagem mais estruturada, facilitando a tomada de decisão clínica e promovendo uma resposta mais articulada entre os diferentes intervenientes no processo de cuidados.

No que se refere às competências comuns do enfermeiro especialista, e de acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros destaca-se o desenvolvimento de competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, na medida em que foi identificada uma lacuna existente na instituição e, em resposta a essa necessidade, elaborada uma norma de atuação orientadora da prática clínica. Esta intervenção visa contribuir para a uniformização dos procedimentos e para a prestação de cuidados mais estruturados e centrados na criança e na família. Paralelamente, evidencia-se o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, suportado na realização de uma pesquisa baseada na evidência científica, que permitiu a construção de um documento consistente, atualizado e fundamentado. Os domínios da gestão dos cuidados e da responsabilidade profissional, ética e legal estiveram igualmente presentes ao longo do estágio, sustentando uma prática de enfermagem mais segura, organizada e cientificamente fundamentada

No âmbito da fase de avaliação das atividades desenvolvidas, foi realizado um contacto com a orientadora de estágio, com o objetivo de aferir a aplicabilidade e evolução da intervenção implementada. Foi possível verificar que a norma elaborada se encontra, à data, em fase de apreciação pelo departamento de qualidade da instituição, prevendo-se a sua posterior integração no sistema de gestão documental. Este percurso evidencia o reconhecimento da pertinência do trabalho desenvolvido, ainda que a sua operacionalização esteja dependente dos procedimentos institucionais em curso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio de enfermagem em saúde infantil e pediátrica com relatório, inserido no contexto da formação académica do MEESIP, foi uma etapa fundamental para a integração dos conhecimentos teóricos e práticos, com particular enfoque nas questões relacionadas com o ST e a saúde infantil.

A abordagem ao ST, desenvolvida neste relatório, permitiu aprofundar o conhecimento sobre um fenómeno complexo e com impacto significativo no desenvolvimento infantil. A revisão da literatura não só clarificou a definição, as causas e as manifestações deste tipo de stress, como também as suas consequências a longo prazo, reforçando a urgência de estratégias preventivas e de intervenção precoce. A escolha da metodologia de projeto revelou-se adequada para estruturar o pensamento crítico em torno desta problemática, permitindo a articulação entre teoria, evidência científica e prática profissional. A integração de modelos teóricos como o Modelo Bioecológico de Bronfenbrenner e o Modelo de Parcerias de Cuidados de Anne Casey reforçou a necessidade de uma abordagem holística e centrada na criança e na família.

Importa destacar que este projeto contribuiu para o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista, das competências do mestre em enfermagem e das competências específicas do especialista em saúde infantil e pediátrica, promovendo uma prática fundamentada, reflexiva e orientada para a transformação dos contextos de cuidados à criança. Os objetivos delineados orientaram consistentemente o desenvolvimento do projeto nos contextos de estágio. A execução das atividades não só permitiu cumprir os objetivos inicialmente propostos, como também evidenciar importantes lacunas na literacia dos profissionais de saúde sobre o ST.

Embora as intervenções desenvolvidas tenham permitido alcançar os objetivos definidos, considera-se que este trabalho não se esgota com a sua implementação. A continuidade das iniciativas propostas, nomeadamente a aplicação da norma de atuação, a promoção de novas ações de sensibilização e formação e a avaliação dos seus resultados na prática clínica, poderá contribuir para o aperfeiçoamento das estratégias implementadas e para uma integração progressiva da temática do ST nos diferentes contextos de prestação de cuidados de saúde infantil e pediátrica.

O desenvolvimento deste percurso contribuiu para sensibilizar os profissionais e para promover um maior conhecimento sobre esta temática. A frequência do curso de mestrado revelou-se particularmente relevante neste processo, dado que a componente teórica proporcionada ao longo das unidades curriculares permitiu o primeiro contacto com o conceito de ST, tendo despertado desde então um interesse significativo pela temática.

As limitações identificadas durante a implementação do projeto acabaram, simultaneamente, por constituir um estímulo para o seu desenvolvimento. A falta de conhecimento generalizada sobre o tema revelou-se um dos principais desafios encontrados. Em diversos momentos verificou-se alguma confusão entre os diferentes tipos de stress descritos na literatura, nomeadamente entre o ST, o stress positivo e o stress tolerável. Por outro lado, surgiam frequentemente referências a estratégias ou atividades que não se enquadravam no âmbito conceptual do projeto. Ainda assim, estas situações revelaram-se importantes para orientar a intervenção desenvolvida, permitindo reforçar a clarificação do conceito e, assim, contribuir para o cumprimento do objetivo geral delineado para o projeto.

Perante as dificuldades identificadas, foram mobilizadas diversas estratégias, nomeadamente a pesquisa sistemática de evidência científica atualizada e ajustada às especificidades de cada contexto, a articulação contínua com os orientadores de estágio e a adequação progressiva das intervenções à realidade observada. Estas abordagens permitiram sustentar uma prática mais flexível, refletida e centrada nas necessidades de cada cenário assistencial.

A concretização deste projeto constituiu também uma oportunidade para refletir sobre o papel do enfermeiro na prevenção do stress tóxico e na promoção de ambientes protetores para a criança e a família. As experiências desenvolvidas ao longo dos diferentes contextos de estágio demonstraram que a adoção de intervenções sustentadas na evidência científica, adaptadas à realidade de cada serviço, pode ter um impacto relevante na qualidade dos cuidados e na promoção do desenvolvimento saudável. Esta experiência reforçou, igualmente, a convicção de que a sensibilização contínua dos profissionais para esta temática representa um passo essencial para uma prática clínica mais consciente, humanizada e centrada nas necessidades da criança e da sua família.

Este percurso permitiu consolidar a perceção de que o EEESIP ocupa uma posição privilegiada na prevenção do ST e na promoção do desenvolvimento saudável da criança e do jovem. A proximidade estabelecida com as crianças e as suas famílias, aliada à capacidade de

identificar precocemente situações de vulnerabilidade e de mobilizar estratégias de apoio adequadas, reforça a relevância da intervenção especializada. Desta forma, o EEESIP pode contribuir para a construção de ambientes mais protetores e promotores de resiliência, com benefícios que se refletem não apenas na infância, mas também na saúde e no bem-estar ao longo da vida.

A relevância crescente desta temática evidencia igualmente a necessidade de continuar a produzir conhecimento científico que sustente a prática clínica e contribua para o desenvolvimento de intervenções cada vez mais fundamentadas. O ST é uma temática que, apesar do reconhecimento crescente da sua relevância, continua a ser sustentada por um corpo de evidência científica ainda relativamente limitado. Desde a fase inicial de desenvolvimento deste projeto surgiu a intenção de realizar uma revisão da literatura que permitisse aprofundar o conhecimento existente sobre o tema e sistematizar os principais contributos científicos disponíveis. No entanto, não tendo sido possível concretizar esse propósito durante a elaboração do presente relatório, permanece o interesse em desenvolver esse trabalho no futuro, com o objetivo de organizar e consolidar os estudos já realizados nesta área.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Administração Regional de Saúde do Algarve. (n.d.). *Grupos de Apoio a Saúde Mental Infantil (GASMI)*. <https://Www.Arsalgarve.Min-Saude.Pt/Saude-Publica/Grupos-de-Apoio-a-Saude-Mental-Infantil-Gasmi/>.

Administração Regional de Saúde do Algarve. (2024). *Equipas multidisciplinares de apoio à criança e ao jovem em risco*. [ARS | Algarve](#)

Amaro, R., Pinto, S., Ribeiro, C., Magalhães, M., Duarte, N., Sanchez, J., & Silva, . (2022). Vamos falar de saúde mental infantil? Um estudo do impacto de formação especializada em saúde mental infantil para médicos e técnicos de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(6), 631–638. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i6.13096>

Andrade, A., Machado, L., Silva, V., Oliveira, L., & Souza, N. (2022). *Cuidados de enfermagem aos recém-nascidos submetidos a fototerapia em unidades neonatais: um protocolo de scoping review*. 43. <https://doi.org/10.15517/enferm.actual.cr.v>

Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, III(7). <https://doi.org/10.12707/RIII11145>

Assis, D., Moreira, L., & Fornasier, R. (2021). Teoria Bioecológica de Bronfenbrenner: a influência dos processos proximais no desenvolvimento social das crianças. *Research, Society and Development*, 10(10), e582101019263. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i10.19263>

Batista, G., Pereira, C., Felipe, F., Luz, K., Cruz, M., Silva, D., Melo, K., Furtado, N., Silva, D., Gomes, L., & Silva, J. (2021). Unidade de terapia intensiva neonatal (utin): A importância na sobrevivência dos recém nascidos. *Research, Society and Development*, 10(6), e40910615884. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15884>

Bennett, S., Shafran, R., Coughtrey, A., Walker, S., & Heyman, I. (2015). Psychological interventions for mental health disorders in children with chronic physical illness: A systematic review. BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2014-307474>

Blackman, J., Gurka, M., Gurka, K., & Oliver, M. (2011). Emotional, developmental and behavioural co-morbidities of children with chronic health conditions. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 742–747.

Carvalho, C. (2021). *Bioética e Medicina Narrativa em Contexto dos Cuidados Intensivos Neonatais: O Lugar das Narrativas de Pais e Profissionais de Saúde*. <https://repositorio.ucp.pt/entities/publication/3e7eae6b-2fb9-4f06-84ca-fa4735830baa/full>

Cavaco, T., & Silva, F. (2024). Critical Reflection on Child and Adolescent Mental Health, in Portugal. <https://scielo.pt/pdf/game/v11n2/2184-0628-game-11-02-133.pdf>

Colizzi, M., Lasalvia, A., & Ruggeri, M. (2020). Prevention and early intervention in youth mental health: Is it time for a multidisciplinary and trans-diagnostic model for care? <https://doi.org/10.1186/s13033-020-00356-9>

Constituição da República Portuguesa. (1976). *Artigo 64.º – Saúde*. <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-aprovacao-constituicao/1976-34520775>

Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494–502. <https://doi.org/10.1177/1367493516642744>

Cunha, T. (2023). *O conceito da infância ao longo da história* (J. Pessoa, Ed.). www.periodicojs.com.br

Decreto lei nº63. (2016). *Ciências, Tecnologia e Ensino Superior*. 3159–3191. <https://dre.pt/application/conteudo/75319452>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf

Garg, A., Boynton-Jarrett, R., & Dworkin, P. (2016). Avoiding the unintended consequences of screening for social determinants of health.. *JAMA - Journal of the American Medical Association* (Vol. 316, Number 8, pp. 813–814). American Medical Association. <https://doi.org/10.1001/jama.2016.9282>

Greenberg, J. M. (2025). *Gravens by Design: Brighter Beginnings: Why Light in the NICU Matters*. www.NeonatologyToday.nettApril

Hastuti, D., Anggorowati, & Zubaidah, Z. (2026). Developmental care for preterm infants: a scoping review of interventions, outcomes, and implementation contexts. *Frontiers in Pediatrics* (Vol. 14). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fped.2026.1730571>

Hilliard, M., McQuaid, E., Nabors, L., & Hood, K. (2014). Resilience in youth and families living with pediatric health and developmental conditions: Introduction to the special issue on resilience. *Journal of Pediatric Psychology*, 40(9), 835–839. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv072>

Hodgson, C., Mehra, R., & Franck, L. (2024). Child and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions for hospitalized pediatric patients: A systematic review. *Children*, 11(8), 949. <https://doi.org/10.3390/children11080949>

Hughes, K., Bellis, M., Hardcastle, K., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)

Lacerda, A., Oliveira, G., Cancelinha, C., & Lopes, S. (2019). Hospital inpatient use in mainland Portugal by children with complex chronic conditions (2011 – 2015). *Acta Medica Portuguesa*, 32(7–8), 488–498. <https://doi.org/10.20344/amp.10437>

Li, R., Wu, D., Zhu, L., Mi, T., Jia, S., & Ren, Z. (2025). The association between family resilience and psychological well-being during the COVID-19 pandemic: A three-level meta-analysis. *Journal of Health Psychology* (Vol. 30, Number 10, pp. 2411–2428). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/13591053241311572>

Linhares, M. (2016). Stress precoce no desenvolvimento: Impactos na saúde e mecanismos de proteção. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(4), 587–599. <https://doi.org/10.1590/1982-02752016000400003>

Linhares, M., & Enumo, S. (2020). Reflections based on psychology about the effect of COVID-19 pandemic on child development. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 37, 1–13. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202037E200089>

Lins, S., Silva, M., Lins, Z., & Carneiro, T. (2014). *A Compreensão da infância como construção sócio-histórica*.
http://scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802014000200010

Loureiro, F., Antunes, A., & Charepe, Z. (2021). Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem* (Vol. 74, Number 3) <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>

Magalhães-Barbosa, M., Prata-Barbosa, A., & Cunha, A. (2022). Toxic stress, epigenetics and child development. *Jornal de Pediatria* (Vol. 98, pp. S13–S18). Elsevier Editora Ltda. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2021.09.007>

Maki, M., Sbampato, K., Orsi, C., Tsunemi, M., Hallinan, M., Pinheiro, E., Ferreira, A., & Avelar, M. (2017). *Artigo Original The effects of handling on the sleep of preterm infants*. 30(5), 489–496. <https://doi.org/10.1590/1982>

Marchal, A., Melchior, M., Dufour, A., Poisbeau, P., Zores, C., & Kuhn, P. (2021). Pain behavioural response to acoustic and light environmental changes in very preterm infants. *Children*, 8(12). <https://doi.org/10.3390/children8121081>

Mastorci, F., Lazzeri, M., Ait-Ali, L., Festa, P., & Pingitore, A. (2025). Chronic Disease in Pediatric Population—A Narrative Review of Psychosocial Dimensions and Strategies for Management. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/children12080967>

Matosa, A. (2022). *A Parceria de Cuidados: A intervenção do enfermeiro especialista no cuidar da criança com necessidades paliativas e família*.
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1571348>

Mattson, G., & Kuo, D. (2019, January 1). *Psychosocial Factors in Children and Youth With Special Health Care Needs and Their Families*.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1542/peds.2018-3171>

Maximiano, A. (2023). *A Doença na Criança/Jovem e a Família: Parceria de Cuidados*. <http://hdl.handle.net/10400.26/48647>

Ministério da Saúde. (2023). *Portaria n.º 454-A/2023, de 28 de dezembro*.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/portaria/454-a-2023-212210368>

Moreno-Sanz, B., Alferink, M., O'Brien, K., & Franck, L. (2025). Family integrated care: State of art and future perspectives. *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics* (Vol. 114, Number 4, pp. 710–730). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1111/apa.17272>

Murray, L., Doherty, N., & Adair, P. (2025). Exploring the Impact of Child Hospitalisation on the Family System: A Qualitative Study Using Framework Analysis. *Children*, 12(9). <https://doi.org/10.3390/children12091159>

Nascimento, C., Brancher, V., & Oliveira, V. (2008). *A Construção social do conceito de infância: uma tentativa de reconstrução historiográfica*. <https://revistas.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1394>

Neves, P. (2021). *Promoting child development in early childhood: Specialist Nurse Intervention*. <http://hdl.handle.net/10400.14/36824>

NIDCAP® Federation International. (2024). *NIDCAP Federation International*. <https://nidcap.org/>

Oh, R., Orsi, K., Pinheiro, E., Santos, L., & Avelar, A. (2022). Lighting level in Neonatal Units according to environment and furniture management. *ACTA Paulista de Enfermagem*, 35. <https://doi.org/10.37689/ACTA-APE/2022AO02517>

Oliveira, T. (2023). *Intervenção não-farmacológicas para controlo da dor durante procedimentos dolorosos, em Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos/Neonatais: Scoping Review*. <http://hdl.handle.net/10400.19/8263>

Pedrosa, A. (2018). *Experiências adversas na infância-consequências psicopatológicas e importância de uma boa orientação*. <https://hdl.handle.net/10216/114011>

Pinquart, M. (2020). Health-related quality of life of young people with and without chronic conditions. *Journal of Pediatric Psychology*, 45(7), 780–792. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsaa052>

Pontes, A., Barros, N., Rodrigues, N., Albuquerque, M., Cabral, M., Lucena, M., Duda Júnior, L., Paixão, T., Araújo, S., & Andrade, A. (2022). O impacto da hospitalização na criança e na família. *Research, Society and Development*, 11(12), e111111234161. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i12.34161>

Regulamento n.º 140/2019. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista da Ordem dos Enfermeiros. In https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019_119236195. Diário da República nº26/2019,

Regulamento n.º 422. (12 de julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. 19192-19194. Diário da República, 2.ª série - N.º 133. Obtido de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>

Rodrigues, S., Malveira, A., Silva, R., Chora, A., Goes, M., & Dias, A. (2024). Promover e Proteger o Sono de Qualidade no Prematuro: Quais as Estratégias? *RIASE*, 10, 151–165. [https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10\(02\).685.151-165](https://doi.org/10.60468/r.riase.2024.10(02).685.151-165)

Roldão, G. (2020). *A Dor numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2020/02/Dor-Graca-Rold%C3%A3o.pdf>

Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). *Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas*. [Http://Web.Ess.Ips.Pt/Percursos/Pdfs/Revista_Percursos_15.Pdf](http://Web.Ess.Ips.Pt/Percursos/Pdfs/Revista_Percursos_15.Pdf)

Saldanha, S., & Tauro, V. (2023). *Family Centered Care in Promoting Neuroprotective Environment dor Preterm Neonates: Quality Standarts in Neonatal Intensive Care Unit (NICU)*. <https://journalgrid.com/view/article/rjns/12433541>

Santos, A. (2011). NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados... *Nascer e Crescer*, XX, 26–31. <http://hdl.handle.net/10400.16/705>

Scientific Council on the Developing Child, N. (2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain*. <http://www.developingchild.harvard.edu>

Shiff, I., Bucsea, O., & Riddell, R. (2021). Psychosocial and Neurobiological Vulnerabilities of the Hospitalized Preterm Infant and Relevant Non-pharmacological Pain Mitigation Strategies. *Frontiers in Pediatrics* (Vol. 9). Frontiers Media S.A. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.568755>

Shonkoff, J., Slopen, N., & Williams, D. (2021, January 26). *Early Childhood Adversity, Toxic Stress, and the Impacts of Racism on the Foundations of Health*. *Annual Review of Public Health*. .

<https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-publhealth-090419-101940>.

Silva, D., Maftum, M., & Mazza, Verônica. (2014). Vulnerability in child development: Influence of weak family bonds, substance abuse and domestic violence. *Texto e Contexto Enfermagem*, 23(4), 1087–1094. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014001700013>

Silva, J., Santos, R., Alves, G., Lima, A., Silva, C., Mendonça, F., Souza, J., & Saboia, C. (2025). Estratégias de manejo da dor em recém-nascidos prematuros na Unidade Terapia Intensiva Neonatal. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 18(4), e17278. <https://doi.org/10.55905/revconv.18n.4-276>

Silva, M. (2017). *Método de trabalho de enfermeiro responsável -melhoria da qualidade*. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>

Silva, R., Raimundo, A., Santos, C., & Vieira, A. (2020). *O Stress Tóxico como fator de risco para o desenvolvimento infantil* (Number 4). <https://www.seer.ufal.br/index.php/gepnews/article/view/12290/8851>

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (n.d.). *Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância*. <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>.

Soares, C. (2025). *Neonatologia: uma experiência prática*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/167508/2/731599.pdf>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2016). *O Ambiente das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/10/O-ambiente-nas-Unidades-Cuidados-Intensivos-Neonatais1.pdf>

Tomás, C., & Ferreira, M. (2021). *Olhar sociológico sobre educação de infância em Portugal*. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/139482/2/528334.pdf>

Tong, P., & An, I. (2023). Review of studies applying Bronfenbrenner's bioecological theory in international and intercultural education research. *Frontiers in Psychology* (Vol. 14). Frontiers Media SA. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1233925>

Uchitel, J., Vanhatalo, S., & Austin, T. (2022). Early development of sleep and brain functional connectivity in term-born and preterm infants. *Pediatric Research* (Vol. 91, Number 4, pp. 771–786). Springer Nature. <https://doi.org/10.1038/s41390-021-01497-4>

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e protocolos facultativos* (ed. rev.). Comité Português para a UNICEF. [Página Oficial UNICEF Portugal | Há mais de 75 anos a defender os direitos das crianças](#)

Voegtline, K., Costigan, K., Pater, H., & DiPietro, J. (2013). Near-term fetal response to maternal spoken voice. *Infant Behavior and Development*, 36(4), 526–533. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2013.05.002>

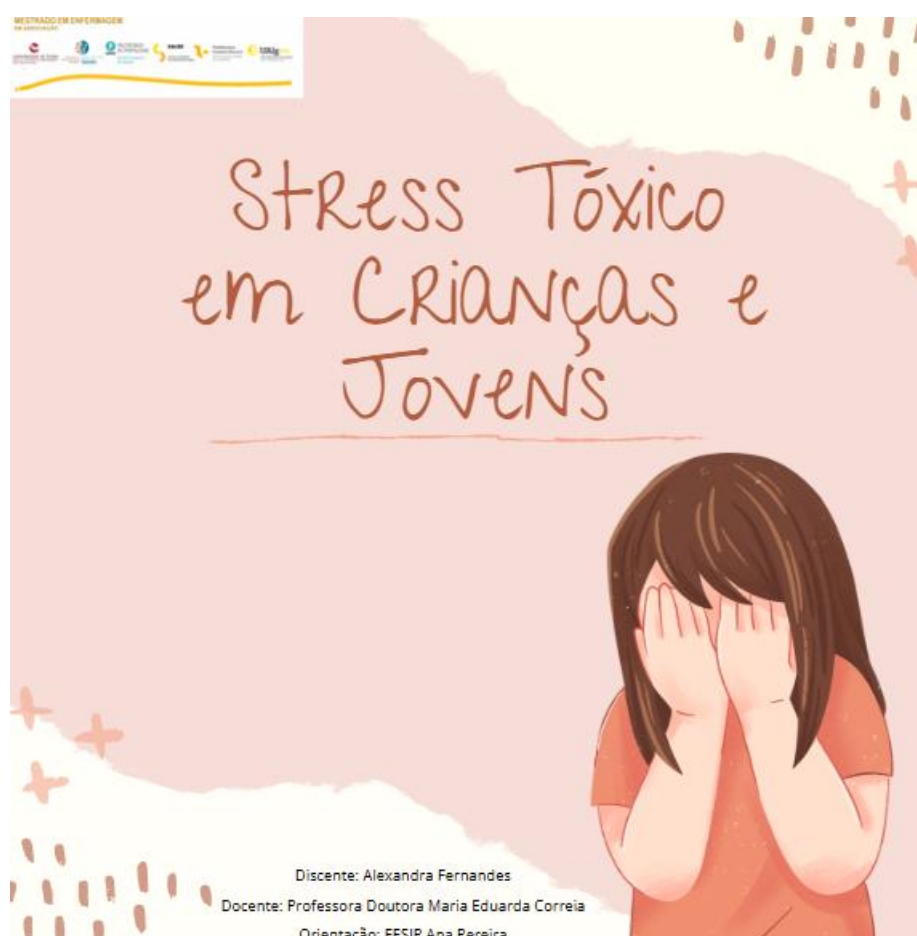
Weber, A., & Harrison, T. (2019). Reducing toxic stress in the neonatal intensive care unit to improve infant outcomes. *Nursing Outlook*, 67(2), 169–189. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.11.002>

Yang, S., & Oh, E. (2024). Analysis of Children’s Development Pathways based on Bronfenbrenner’s Ecological Systems Theory. In *International Journal of Education and Humanities* (Vol. 16, Number 3). https://www.researchgate.net/publication/385193015_Analysis_of_Children’s_Development_Pathways_based_on_Bronfenbrenner’s_Ecological_Systems_Theory

Zanini, J., Milbrath, V., Borges, A., Gabatz, R., Silva, D., & Rosa, C. (2024). Cuidados neuroprotetores na assistência neonatal: repercussões de uma atividade de sensibilização. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(12), e12517. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.12-107>

APÊNDICES

Apêndice A - Sessão de capacitação de profissionais de saúde “stress tóxico na criança e no jovem”



Apêndice B – Plano de sessão de capacitação de profissionais de saúde ‘stress tóxico na criança e no jovem

Formadora	Aluna MESIP Alexandra Fernandes
Nome da sessão	ST na Criança e no Jovem
Objetivo geral	-Sensibilizar para a temática do ST, destacando a sua importância no desenvolvimento infantil e o papel dos CSP na deteção e intervenção precoce. -Realçar o papel dos CSP na deteção e atuação precoce.
Objetivos específicos	- Identificar fatores de risco e sinais de alerta de crianças e jovens sujeitos a ST; - Identificar os circuitos de referência e as principais estruturas de apoio disponíveis.
Conteúdos abordados	-Introdução ao conceito de ST, principais fatores de risco e sinais de alerta; -Articulação do tema com o PNSIJ; -Orientações para a vigilância nas consultas de saúde infantil e juvenil; -Procedimentos a adotar pelos profissionais de saúde perante a suspeita de uma situação de ST; -Principais sistemas de apoio disponíveis para referência, bem como os respetivos critérios de elegibilidade.
Método	Expositivo com recurso ao Canva
Recursos materiais	Computador e telemóveis dos participantes.

Tempo por fase	- Apresentação do tema e objetivos: 5 minutos - Enquadramento teórico: 10 minutos; - Intervenção e referenciação: 10 minutos; - Esclarecimento de dúvidas e encerramento: 5 minutos.
Avaliação	Avaliação diagnóstica e formativa realizada através do envio de questionários online (Google Forms), aplicados no pré e pós-sessão, com o objetivo de identificar conhecimentos prévios e avaliar a evolução dos participantes.

Apêndice C – Questionário diagnóstico pré sessão de educação para a saúde

Stress Tóxico na Criança e do Jovem

B *I* U  

O meu nome é Alexandra Fernandes e sou aluna do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica pela Universidade de Évora. No âmbito do meu percurso académico, estou a desenvolver um projeto sobre o **Stress Tóxico na Criança e no Jovem**, um tema com crescente relevância na prática clínica.

Este inquérito faz parte da minha intervenção e tem como objetivo compreender o conhecimento prévio e posterior dos profissionais de saúde sobre esta temática.

A participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento. As respostas serão confidenciais e usadas apenas para fins académicos. Ao responder, estará a dar o seu consentimento informado para participar. Agradeço, desde já, a sua colaboração!

Apêndice D – Questionário de avaliação pós sessão de educação para a saúde

Sente-se, atualmente, mais alerta para identificar sinais que possam refletir a presença de stress tóxico em crianças/jovens? *

- ☐ Sim
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

Identifique um sinal ou comportamento que possa estar associado ao stress tóxico em crianças/jovens: *

Texto de resposta curta

A sessão reforçou a sua perceção sobre as consequências a longo prazo do stress tóxico na saúde da criança/jovem? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

O conteúdo da sessão foi útil e pertinente para a sua prática clínica? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Considera que os objetivos da sessão foram alcançados? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Caso tenha alguma sugestão ou pretenda partilhar uma reflexão sobre o tema, agradeço desde já a partilha:

Texto de resposta longa

Apêndice E – Panfleto de educação para a saúde dirigidos aos pais/cuidadores

ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO

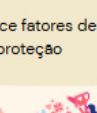
Promova um ambiente familiar seguro, estruturado e afetivo



Estabeleça vínculos afetivos consistentes



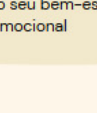
Esteja atento a alterações no comportamento



Reforce fatores de proteção



Procure apoio profissional sempre que necessário



Cuide do seu bem-estar emocional






Urbanização Graça Mira – Lejana de Cima –
Centro de Saúde de Faro
8009-003 Faro

Horário de Funcionamento
De 2ª a 6ª feira: 08:00 às 20:00
Sábados, domingos e feriados: Encerrado

Telefone
289830316
Email
usf-golfinho@ulsaig.min-saude.pt



Discente: Alexandra Fernandes
Docente: Professora Doutora Maria Eduarda Correia
Orientação: EESIP Ana Pereira

VESTRADO EM ENFERMAGEM (EM ASSOCIAÇÃO)



STRESS TÓXICO EM CRIANÇAS E JOVENS



STRESS TÓXICO EM CRIANÇAS E JOVENS

O que é?
Resposta fisiológica intensa, persistente e desregulada ao stress, sem a presença de um suporte emocional adequado por parte de um cuidador.

Quais são os sinais de alerta?
Medo persistente e exacerbado; dificuldade em lidar com novas situações; perturbações do sono; défices de memória e concentração; dificuldades na linguagem; respostas emocionais desreguladas; comportamentos desorganizados ou agressivos; regressões do comportamento.



Como afeta as crianças e jovens?
Pode provocar alterações na estrutura cerebral e aumentar o risco de doenças crónicas, autoimunes, comportamentais e neuropsiquiátricas na vida adulta.





Quais os principais fatores de risco?

-  Maus-tratos físicos e emocionais;
-  Dificuldades económicas;
-  Hospitalização;
-  Negligência;
-  Problemas de saúde mental ou consumo de substâncias pelos cuidadores;
-  Exposição à violência;
-  Racismo estrutural e desigualdade social.

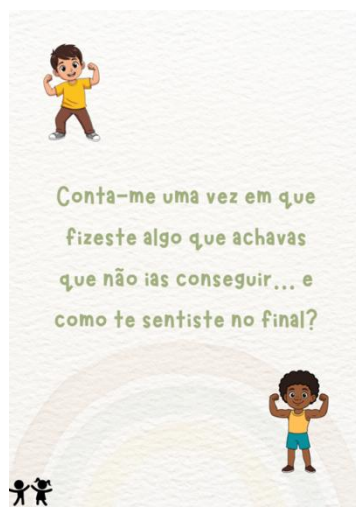
Apêndice F – Apresentação para sensibilização parental sobre o stress tóxico na UCIN



Apêndice G – Sessão de apresentação do stress tóxico no seminário “Desafios e perspetivas do cuidado integral em pediatria/neonatologia”



Apêndice H – Cartões da atividade “Caixa dos Afetos”



Apêndice I – Documento da atividade “Caixa dos Afetos”



ULS
ALGARVE



ATIVIDADE “CAIXA DOS AFETOS”

- **ENQUADRAMENTO**

A segunda infância, correspondente aproximadamente dos 6 aos 12 anos, constitui um período de profundas transformações cognitivas, emocionais e sociais. Nesta fase, as crianças demonstram maior capacidade para compreender e expressar emoções, estabelecer relações mais elaboradas e integrar vivências que influenciam diretamente a forma como respondem a desafios e situações adversas (Voss et al., 2023).

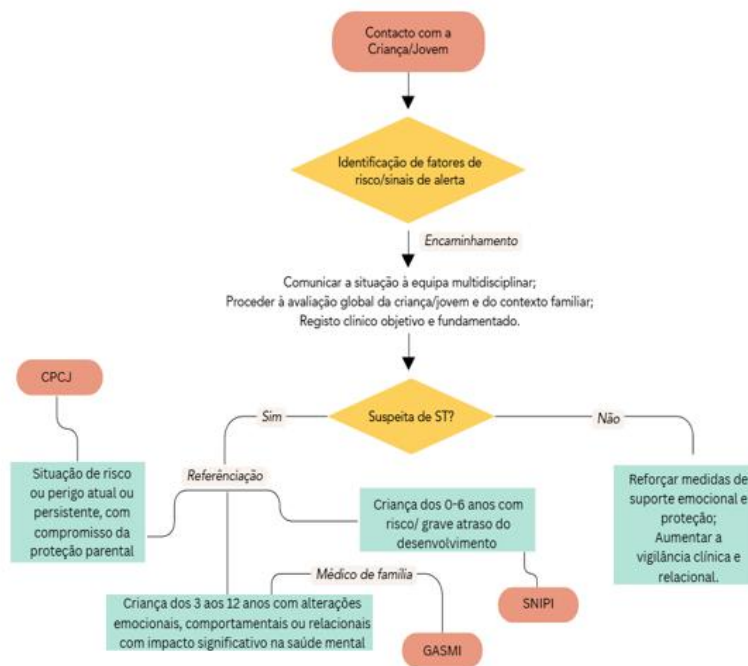
Paralelamente, sabe-se que algumas crianças podem estar expostas a ambientes adversos que ultrapassam a sua capacidade de autorregulação. O stress tóxico corresponde precisamente a uma ativação intensa, persistente e mal regulada dos sistemas de resposta ao stress, desencadeada quando a criança enfrenta adversidades significativas sem o apoio emocional consistente de um adulto de referência. Este tipo de resposta, quando não mitigado por relações seguras, pode comprometer a arquitetura cerebral, perturbar a regulação emocional e aumentar o risco de dificuldades comportamentais e psicológicas ao longo do desenvolvimento (Magalhães-Barbosa et al., 2022; Shonkoff et al., 2021).

No contexto hospitalar, estes fatores podem ser ainda mais acentuados. A separação do ambiente familiar, a incerteza clínica e a exposição a rotinas desconhecidas tornam a hospitalização um potencial gerador de ansiedade, medo e insegurança, tanto na criança como na família, podendo intensificar respostas de stress e afetar o bem-estar emocional (Pontes et al., 2022; Oliveira et al., 2020).

Face a este cenário, torna-se essencial implementar intervenções que não apenas minimizem o impacto emocional da hospitalização, mas também promovam oportunidades de ligação afetiva. A “Caixa dos Afetos” enquadra-se neste propósito ao criar momentos estruturados de interação positiva, reforçando o papel dos cuidadores como figuras de segurança e contribuindo para um ambiente terapêutico mais humanizado e emocionalmente protetor.

Apêndice J – Norma de atuação perante suspeita de stress tóxico em crianças e jovens

PROTOCOLO DE ATUAÇÃO PERANTE SUSPEITA DE ST NA CRIANÇA/JOVEM



ANEXOS

Anexo A – Certificado de palestrante no Seminário “Desafios e Perspetivas do Cuidado Integral em Pediatria/Neonatologia”



Certificado

Certifica-se que **Alexandra Fernandes** participou como **palestrante** no Seminário “**Desafios e Perspetivas do Cuidado Integral em Pediatria/Neonatologia**”, com o tema “**Stress tóxico na criança e no jovem**”, no âmbito da unidade curricular Ensino Clínico de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, organizado pela Escola Superior de Saúde Jean Piaget do Algarve, que decorreu no dia 15 de novembro de 2025, num total de 4 horas.

Silves, 15 de novembro de 2025.

O Diretor da ESSJP do Algarve

INSTITUTO POLITÉCNICO JEAN PIAGET DO SUL
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE JEAN PIAGET
DO ALGARVE
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Nelson Sousa