



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Utilização da *Neonatal Skin Risk Assessment Scale*: uma análise descritivo-retrospectiva

Inês Solange Loureiro Coelho

Maio 2026



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Utilização da *Neonatal Skin Risk Assessment Scale*: uma análise descritivo-retrospectiva

Inês Solange Loureiro Coelho

Estágio com Relatório Final

2.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Luís Miguel Condeço

Maio 2026

Agradecimentos

A realização deste relatório marca o culminar de uma etapa muito importante do meu percurso académico e pessoal. Ao longo deste caminho, tive a sorte de contar com o apoio, incentivo e presença de várias pessoas, às quais gostaria de expressar o meu sincero agradecimento.

Ao meu orientador, Professor Luís Miguel Condeço, pela orientação, disponibilidade e partilha de conhecimento ao longo de todo este processo. A sua dedicação, sugestões e espírito crítico foram fundamentais para o desenvolvimento e concretização deste trabalho.

Aos meus pais, por todo o esforço, amor incondicional e confiança que sempre depositaram em mim. Por serem suporte, alento, modelos de amor, trabalho e perseverança. À minha irmã, por estar sempre presente, pelo apoio e pelas palavras de motivação nos momentos mais exigentes. Se hoje encerro este capítulo, é graças a vocês não só por me apoiarem, mas por vibrarem com as minhas conquistas e sentirem os meus desgostos, tanto ou mais do que eu.

À minha restante família, pelo apoio, compreensão e incentivo ao longo deste caminho. Foram sempre uma lufada de ar fresco.

Aos meus amigos, que acompanharam este percurso de perto, pelo companheirismo, pela paciência e por todos os momentos que ajudaram a tornar esta etapa mais leve.

Um agradecimento especial ao Fábio. Aquele que traz luz aos dias cinzentos, que nunca duvidou de mim e que me fez crer que tudo é possível, mesmo que as dificuldades sejam grandes. Pelo amor, paciência e compreensão constante. Hoje agradeço-te não apenas pelo que és, mas principalmente pelo que me permites ser.

À minha avó Cacilda, que partiu antes de me ver chegar aqui, mas que mesmo não estando presente fisicamente, sinto-a ao meu lado todos os dias. Espero que esta conquista te encha de orgulho aí em cima. Levo-te comigo em cada passo, com uma saudade incalculável.

Por fim, a todos os que direta ou indiretamente estiveram presentes no decurso deste caminho.

Grata por tudo.

Resumo

Enquadramento: Ao longo do percurso formativo, foram desenvolvidas competências fundamentais em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com foco na qualidade dos cuidados e na prática baseada em evidência. Destaca-se a realização de um estudo sobre a *Neonatal Skin Risk Assessment Scale*, relevante na prevenção de lesões por pressão em neonatos, um problema associado à imaturidade cutânea e ao uso de dispositivos médicos.

Objetivos: Descrever e analisar criticamente o percurso formativo, promovendo a consolidação de competências do Enfermeiro Especialista, e identificar fatores de risco para lesões por pressão em neonatos internados.

Metodologia: Abordagem descritiva e reflexiva do percurso formativo e estudo quantitativo, exploratório, descritivo, correlacional e retrospectivo, com base em dados clínicos informatizados de recém-nascidos internados numa Unidade Local de Saúde da região centro de Portugal. A recolha baseou-se nos registos de enfermagem no *SClínico*.

Resultados: A amostra incluiu 50 recém-nascidos, com distribuição equitativa por sexo, maioritariamente de termo e com peso normal. Observou-se diminuição dos *scores* da *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* entre a avaliação inicial e final, sugerindo redução do risco de lesões por pressão ao longo internamento. Não se observaram diferenças entre sexos. Menor idade gestacional e menor peso ao nascer, associam-se a um maior risco.

Conclusão: O estudo reforça a importância da *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* e do papel do enfermeiro na prevenção de lesões por pressão. A realização dos estágios traduziu-se no desenvolvimento de competências que sustentam uma prática de cuidados pediátricos avançados, para a obtenção do título de especialista e mestre.

Palavras-chave: recém-nascido; úlcera por pressão; enfermagem neonatal; avaliação de risco; segurança do paciente.

Abstract

Background: Throughout the training pathway, key competencies in Pediatric and Child Health Nursing were developed, with a focus on quality of care and evidence-based practice. A study on the Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS) is highlighted, given its relevance in preventing pressure injuries (PIs) in neonates, a problem associated with skin immaturity and the use of medical devices.

Objectives: To describe and critically analyse the training pathway, promoting the consolidation of Specialist Nurse competencies, and to identify risk factors for pressure injuries in neonates admitted to a neonatal unit.

Methods: A descriptive and reflective approach to the training pathway, combined with a quantitative, exploratory, descriptive, correlational, and retrospective study, based on computerized clinical data from newborns admitted to a Local Health Unit in the central region. Data collection was based on nursing records from the SClínico system.

Results: The sample included 50 newborns, with an equal sex distribution, mostly full-term and with normal birth weight. A decrease in NSRAS scores was observed between initial and final assessments, suggesting a reduced risk of pressure injuries. No statistically significant differences were found between sexes. Lower gestational age and lower birth weight are associated with a higher risk.

Conclusion: This study highlights the importance of the NSRAS and the nurse's role in preventing pressure injuries. The completion of the internships resulted in the development of competencies that support an advanced pediatric care practice, contributing to the attainment of the specialist and master's degrees.

Keywords: newborn; pressure ulcer; neonatal nursing; risk assessment; patient safety.

Sumário

Lista de Tabelas

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

Introdução	17
Parte I – Percurso Formativo em Estágio.....	23
1. Estágio de Pediatria.....	25
2. Estágio de Neonatologia	33
3. Estágio de Urgência Pediátrica.....	41
Parte II – Estudo de Investigação	51
4. Enquadramento Teórico.....	53
5. Metodologia.....	59
5.1. Tipo de Estudo.....	59
5.2. População e Amostra.....	59
5.3. Instrumentos de Colheita de Dados	60
5.4. Procedimentos de Colheita de Dados	61
5.5. Tratamento e Análise dos Dados	61
5.6. Considerações Éticas	62
6. Resultados	63
7. Discussão dos Resultados.....	67
8. Conclusão	71
Considerações Finais.....	73
Referências Bibliográficas	75
Apêndices	83
Apêndice I – Base de Dados	85
Anexos.....	91
Anexo I – Escala NSRAS.....	93
Anexo II - Parecer Comissão Ética.....	95
Anexo III – Autorização do Conselho de Administração.....	97

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Caracterização da Amostra	63
Tabela 2. Intervenções da Prática de Enfermagem	64
Tabela 3. Estatística Descritiva NSRAS	64
Tabela 4. Correlação de <i>Spearman</i> entre características RN e <i>score</i> NSRAS	65
Tabela 5. Relação entre o sexo dos RN e os <i>scores</i> da NSRAS	66
Tabela 6. Relação entre o <i>score</i> inicial e final da NSRAS	66

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AN – Anorexia Nervosa

BN – Bulimia Nervosa

CMMS – Centers for Medicare and Medicaid Services

DC – Doença Celíaca

DIG – Dieta Isenta de Glúten

DGS – Direção-Geral da Saúde

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EVITA – Epidemiologia e Vigilância dos Traumatismos e Acidentes

FINE – Family and Infant Neurodevelopmental Education

FTE – Fístula Traqueoesofágica

IBM – International Business Machines

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse

LPP – Lesão por Pressão

NIDCAP - Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do Recém-Nascido

NSRAS – Neonatal Skin Risk Assessment Scale

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

RN – Recém-nascido

SDR – Síndrome de Dificuldade Respiratória

SO – Serviço de Observação

SPMS – Serviços Partilhados do Ministério da Saúde

SRAMT - Skin Risk Assessment and Management Tool

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TTRN – Taquipneia Transitória do Recém-nascido

UCERN – Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-nascido

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

ULS – Unidade Local de Saúde

VSR – Vírus Sincicial Respiratório

Introdução

O sistema de saúde em Portugal, à semelhança do que se verifica a nível internacional, encontra-se em constante transformação, influenciado por mudanças demográficas, epidemiológicas, sociais e tecnológicas. A evolução das necessidades em saúde da população, a crescente complexidade dos cuidados, o desenvolvimento de tecnologias digitais e a reorganização dos serviços de saúde constituem fatores determinantes para a adaptação contínua dos profissionais de saúde (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2021). Neste contexto, a formação contínua e o desenvolvimento profissional dos enfermeiros é uma condição *sine qua non* para a garantia da segurança do doente, na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na resposta eficaz aos desafios emergentes dos sistemas de saúde.

No âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, esta necessidade torna-se particularmente relevante, uma vez que os enfermeiros são responsáveis pela prestação de cuidados especializados à criança e à família, desde o período neonatal até à adolescência. Estes cuidados incluem a promoção do crescimento e desenvolvimento saudável, a prevenção da doença, a gestão de situações de doença aguda ou crónica e o apoio à família no processo de adaptação às necessidades da criança (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Assim, a especialização nesta área exige a aquisição e atualização contínua de conhecimentos científicos, competências técnicas e capacidades relacionais que permitam uma abordagem holística e centrada na criança e na família.

Em Portugal, o desenvolvimento profissional contínuo dos enfermeiros encontra-se enquadrado nas orientações da OE e nas políticas nacionais de saúde, sendo reconhecido como um elemento essencial para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados, o que implica a qualificação e a valorização dos profissionais de saúde como estratégia fundamental para promover sistemas de saúde mais eficientes, equitativos e sustentáveis (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2022).

Neste sentido, a formação especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constitui um instrumento essencial para o desenvolvimento de competências avançadas e diferenciadas na prestação de cuidados à população pediátrica. A evidência científica demonstra que a atualização contínua de conhecimentos e a especialização profissional estão associadas à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem, ao aumento da segurança do doente e à promoção de melhores resultados em saúde (OMS, 2021). Assim, o investimento na formação especializada e no desenvolvimento profissional

contínuo revela-se fundamental para garantir cuidados de saúde cada vez mais qualificados, seguros e centrados nas necessidades da criança/jovem e da família.

O ingresso na especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica teve origem na minha experiência profissional no serviço de Neonatologia, onde contactei de forma próxima com o cuidado ao recém-nascido e à sua família. Esta vivência despertou em mim um forte interesse e motivação por esta área de intervenção. Ao longo do meu percurso profissional, desenvolvi uma identificação progressiva com os cuidados à criança e à sua família, reconhecendo nesta área uma verdadeira vocação.

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) são profissionais qualificados que acompanham crianças/jovens de diferentes idades e em diversos contextos de cuidados de saúde. Estes profissionais necessitam de conhecimentos específicos relacionados com o crescimento e desenvolvimento infantil, de forma a adaptar a comunicação, as intervenções e os cuidados às características e necessidades individuais de cada criança/jovem (OE, 2017). Reconhecem a família como elemento central no processo de cuidar, colaborando de forma próxima com os pais ou cuidadores na promoção da saúde e no tratamento da doença. Quando se aborda a parceria de cuidados, torna-se primordial referir o Modelo de Parceria de Cuidados, desenvolvido por Anne Casey (1993). A aplicação deste modelo encontra-se em consonância com o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (OE, 2018), que recomenda a utilização de um modelo concetual centrado na criança e na família na prática profissional do enfermeiro especialista. Neste sentido, no desenvolvimento da minha prática clínica procurei reger-me pelos princípios deste modelo, valorizando a participação ativa da criança, dos pais e da família no processo de cuidar.

O Modelo de Parceria de Cuidados defende que a prestação de cuidados de enfermagem à criança e ao jovem só é possível quando os profissionais possuem competências que lhes permitam responder às necessidades específicas desta etapa do ciclo vital, estabelecendo uma relação de parceria com os pais e a família. Os pais são reconhecidos como os principais cuidadores das crianças, desempenhando um papel fundamental no seu crescimento e desenvolvimento (Carvalho, 2020). Assim, o planeamento dos cuidados deve ser realizado em colaboração com os pais, considerando as suas capacidades, conhecimentos e disponibilidade para participar no processo de cuidar. Desta forma, as decisões relativas aos cuidados são partilhadas e negociadas entre a díade enfermeiro e família. Estabelece-se, assim, uma relação de mutualidade orientada para o bem-estar da criança, na qual se reconhece, por um lado, o papel dos pais enquanto principais cuidadores e, por outro, o contributo dos enfermeiros enquanto profissionais

qualificados para responder às necessidades de saúde da criança que os pais não conseguem suprir (Craig et al., 2015).

De acordo com Carvalho (2020), a população pediátrica apresenta características próprias que a tornam particularmente vulnerável, devido à complexidade dos cuidados de saúde que frequentemente necessita. Os cuidados de enfermagem pediátrica diferenciam-se dos cuidados prestados aos adultos, uma vez que as crianças apresentam características fisiológicas, psicológicas e de desenvolvimento próprias. As doenças, os tratamentos e os equipamentos utilizados podem apresentar diferenças significativas relativamente à população adulta, exigindo dos profissionais conhecimentos específicos e competências diferenciadas.

Os EEESIP podem exercer funções em diferentes contextos assistenciais, como unidades de internamento pediátrico, serviços de urgência pediátrica, unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos ou unidades de reabilitação pediátrica. Nestes contextos, os enfermeiros devem estar preparados para prestar cuidados a crianças/jovens com diversas condições clínicas, desde situações agudas até doenças crónicas ou condições críticas que exigem monitorização e intervenções especializadas. Por conseguinte, a experiência adquirida ao longo deste percurso formativo reforçou em mim a vontade de aprofundar conhecimentos e desenvolver competências específicas nesta área. Assim, a decisão de frequentar esta especialidade surgiu não só como uma oportunidade de desenvolvimento profissional, mas também como a concretização de um objetivo pessoal: investir numa área pela qual sinto uma forte motivação e na qual pretendo continuar a desenvolver a minha prática profissional, contribuir para a prestação de cuidados de enfermagem qualificados, seguros e centrados na criança e na família.

Face ao exposto e no âmbito do plano de estudos da 2.^a edição do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Viseu do Politécnico de Viseu, foram realizados diferentes contextos de estágio com o objetivo de desenvolver competências especializadas na área da Saúde Infantil e Pediátrica. Neste sentido, foram realizados estágios nas áreas de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica, que permitiram o contacto direto com diferentes contextos assistenciais e a consolidação de conhecimentos teórico-práticos fundamentais para a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e à família. Estes estágios contribuíram para o desenvolvimento de competências clínicas, técnicas e relacionais, fundamentais para a promoção da saúde, prevenção da doença e prestação de cuidados seguros e de qualidade em contexto pediátrico.

A OE afirma que o enfermeiro especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (OE, 2019). Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham de um grupo de domínios, consideradas competências comuns, ou seja, a atuação do enfermeiro especialista inclui competências aplicáveis em ambientes de cuidados de saúde primários, secundários e terciários, em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Também envolve as dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança e inclui a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante, que permita avançar e melhorar a prática da enfermagem (OE, 2019).

No caso do EEESIP, tal como já referenciado, este utiliza um modelo concetual centrado na criança e família, encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados (OE, 2018). Trabalha em parceria com a criança e família, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível; presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família. A performance como especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e das suas famílias (OE, 2018).

Nesta perspetiva, concebendo a família como contexto da criança/jovem, os cuidados de enfermagem implicam o estabelecimento de uma comunicação efetiva, tendo em conta intervenções ao nível dos seguintes domínios de atuação: envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados. A relação de parceria estabelecida, no âmbito do exercício profissional dos EEESIP, caracteriza-se por uma articulação em equidade, dinâmica e flexível, podendo a criança/jovem, ser integrados na prestação de cuidados em unicidade ou numa perspetiva multidimensional, cuja operacionalização decorre dos relacionamentos estabelecidos, de natureza aberta e colaborativa, entre a díade e a equipa de enfermagem, nos quais podem intervir outros membros da família (OE, 2017).

As competências específicas do EEESIP são as seguintes: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2018). Este

profissional desempenha um papel fundamental na promoção, manutenção e recuperação da saúde da criança e do jovem, integrando ainda a família como parte central do cuidado. Possui competências específicas que lhe permitem avaliar de forma holística, intervir de modo personalizado e comunicar eficazmente com diferentes faixas etárias e contextos familiares. A complexidade do desenvolvimento infantil, aliada à vulnerabilidade inerente a esta população, exige uma prática baseada em conhecimento científico, tomada de decisão clínica e sensibilidade relacional.

Para além da realização dos estágios clínicos, é igualmente preconizada a realização de um estudo de investigação, com o objetivo de aprofundar o conhecimento sobre uma problemática relevante para a prática profissional e contribuir para o desenvolvimento de cuidados de enfermagem sustentados na evidência científica. A prática baseada na evidência em Enfermagem consiste na prestação de cuidados holísticos e de qualidade sustentados no conhecimento científico mais atual, em vez de se basear exclusivamente em métodos tradicionais, opiniões de colegas ou crenças pessoais (Rivera & Shelley, 2024). Este modelo de atuação possibilita que os enfermeiros fundamentem as suas decisões clínicas em resultados de investigação e promove cuidados mais seguros, eficazes e centrados na pessoa alvo dos cuidados, no caso, a criança/jovem/família.

Neste contexto, os enfermeiros podem adquirir mais conhecimentos, um alicerce para melhorar a sua *praxis* através da recolha, análise e aplicação de resultados provenientes da investigação científica. A prática baseada na evidência coloca a pessoa no centro dos cuidados, orientando as intervenções de enfermagem para aquilo que se revela mais eficaz à luz do conhecimento científico disponível (Rivera & Shelley, 2024).

Neste enquadramento, o trabalho de investigação tem como tema *Utilização da Neonatal Skin Risk Assessment Scale: uma análise descritivo-retrospectiva*. A escolha desta temática justifica-se pela relevância das lesões por pressão (LPP) na população neonatal hospitalizada, uma vez que a imaturidade fisiológica da pele, associada a fatores como imobilidade, dispositivos médicos e fragilidade clínica, aumenta significativamente o risco de lesões cutâneas (Curcio et al., 2024). Estas lesões podem acarretar consequências importantes, nomeadamente maior risco de infeção, prolongamento do internamento hospitalar e aumento dos custos em saúde (Harjati et al., 2025). Neste contexto, torna-se fundamental a utilização de instrumentos de avaliação validados que permitam identificar precocemente os recém-nascidos em risco e implementar medidas preventivas adequadas. A *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS), desenvolvida especificamente para a população neonatal, constitui uma ferramenta relevante na prática clínica, justificando a pertinência da análise da sua utilização em contexto assistencial.

O presente relatório apresenta uma análise crítica e reflexiva das experiências e das aprendizagens adquiridas ao longo dos diferentes contextos de estágio. Assim sendo, pretende promover uma reflexão fundamentada sobre o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais, um contributo para a consolidação do percurso formativo. Sob uma perspetiva reflexiva, possibilita a análise do percurso realizado, permite identificar dificuldades, estratégias de superação e de aprendizagens relevantes, configurando-se como um elemento fundamental na avaliação do desempenho nas várias áreas de estágio. Integra ainda uma componente de investigação centrada na problemática das LPP em contexto neonatal, tendo em conta a sua relevância enquanto indicador da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Como forma de se poder estudar este problema, definiu-se como objetivo geral identificar os fatores de risco mais prevalentes para LPP em neonatos internados numa unidade neonatal. De forma mais específica, pretende-se avaliar a aplicabilidade da NSRAS em contexto clínico neonatal; relacionar o risco de LPP em neonatos com a otimização de dispositivos de prevenção e o posicionamento adequado; avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem na alteração do risco de LPP; e sugerir melhorias nas práticas clínicas com base na evidência científica.

O presente documento encontra-se estruturado em duas partes principais. Na primeira parte, é realizado um balanço dos objetivos inicialmente definidos para os diferentes contextos de estágio, com descrição das atividades desenvolvidas e reflexão crítica sobre as aprendizagens adquiridas, tanto a nível pessoal como profissional. Na segunda parte, apresenta-se a componente de investigação, que inicia comum enquadramento teórico, seguido da metodologia adotada, apresentação e discussão dos resultados e, por fim, as conclusões decorrentes do estudo. O mesmo termina com as considerações finais.

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

1. Estágio de Pediatria

Neste documento reflexivo, começo por apresentar as vivências e as aprendizagens resultantes do estágio realizado no serviço de Internamento de Pediatria de uma Unidade Local de Saúde *situ* na região centro do país, durante seis semanas, totalizando 120 horas de contacto, nas quais tive a oportunidade de vivenciar uma prática clínica desafiante, diversificada e profundamente enriquecedora, de 15 de setembro a 24 de outubro de 2025.

Este foi um percurso feito com resiliência, desejo de aprender mais e melhor, e um compromisso profundo com o meu crescimento pessoal e profissional. Cada desafio enfrentado ao longo do estágio contribuiu para moldar não só a minha identidade enquanto futura EEESIP, mas também a minha sensibilidade perante a criança/jovem e família, por vezes em situações de enorme vulnerabilidade, a necessitar de cuidados holísticos e de sentirem que estava presente, atenta às suas dúvidas e expectativas.

A diversidade de situações clínicas, a interação com crianças de diferentes faixas etárias e contextos familiares, bem como a colaboração com a equipa multidisciplinar, enriqueceram a minha prática e consolidaram competências fundamentais. Aprimorei a minha capacidade de escutar com empatia, de agir com muita ponderação e de refletir sobre cada gesto, cada decisão e cada cuidado prestado.

Este percurso foi também marcado pela capacidade de me adaptar, de sair da zona de conforto e de transformar dificuldades em oportunidades de aprendizagem. A reflexão tornou-se um pilar essencial deste processo, permitindo-me integrar a teoria com a prática, reconhecer as minhas emoções e delinear metas concretas para o futuro. Este estágio foi encarado com a certeza de que a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é, para mim, mais do que uma escolha profissional, é uma vocação. Sigo confiante, com sentido crítico reforçado, mais preparada e motivada para continuar a trilhar este caminho, com o compromisso inabalável de prestar cuidados de excelência às crianças/jovens e às suas famílias.

O Serviço de Internamento de Pediatria encontrava-se dividido em dois setores distintos: o Setor 1, dedicado à faixa etária pré-escolar, e o Setor 2, dirigido a crianças em idade escolar e adolescentes. Integrava ainda o Hospital de Dia, em regime de ambulatório, o que me permitiu contactar com uma variedade significativa de contextos clínicos, reforçando a minha capacidade de adaptação e intervenção diferenciada.

Ao longo do estágio, fui confrontada com diversas patologias, das quais destaco a diabetes inaugural, as perturbações do comportamento alimentar (PCA) e as patologias

respiratórias nas faixas etárias mais jovens. Estas situações exigiram conhecimentos técnicos e competências relacionais e comunicacionais ajustadas ao desenvolvimento da criança/jovem e às necessidades da família, assumindo sempre uma abordagem holística e centrada no cuidar humano. Fui constatando a crescente exigência por parte dos pais ou cuidadores de uma abordagem mais abrangente dos profissionais de saúde, que respondam de forma mais sensível e completem as necessidades da criança ou jovem. Assim, procurei compreender e respeitar a dinâmica vivida pela criança/jovem/pais/cuidador, de modo a viabilizar uma atenção verdadeiramente integral, baseada em práticas humanizadas e respeitadoras.

O enfermeiro especialista destaca-se como elemento essencial no processo de cuidar, assegurando a continuidade e qualidade dos cuidados prestados, através da construção de planos individualizados que considerem as necessidades e especificidades da criança ou jovem e da família (Guerra et al., 2021). A elaboração destes planos deve ser um processo colaborativo, onde se valorize a vontade da criança/jovem, as expectativas e preocupações dos pais ou cuidadores, bem como a perspetiva profissional do enfermeiro (Jesus, 2019). A articulação entre estes três intervenientes, assente no diálogo e na negociação contínua, é fundamental para garantir cuidados personalizados e eficazes.

Neste contexto, considero que compete ao enfermeiro o papel de orientar, apoiar e capacitar os pais ou cuidadores, promover o seu empoderamento para que possam assumir, de forma segura e adequada, a prestação de cuidados à criança/jovem. Todavia, sempre que estes não estavam presentes ou quando a complexidade e especificidade dos cuidados exigiam competências técnicas especializadas, assegurei diretamente essa prestação. Como salienta Guerra (2021), para o desenvolvimento de uma parceria de cuidados eficaz, é essencial que o enfermeiro possua competências sólidas em comunicação, partilha de informação e negociação. O EEESIP deve, assim, adotar uma abordagem que valorize a dignidade, a integridade e as particularidades individuais de cada criança ou jovem e do seu contexto familiar (Guerra et al., 2021).

Durante o meu estágio, pude observar que, de uma forma geral, os enfermeiros especialistas reconhecem a importância da presença dos pais/cuidadores na prestação de cuidados, considerando-a um fator que contribui positivamente para o bem-estar e recuperação da criança/jovem. A presença familiar tende a transmitir segurança, conforto e estabilidade emocional. No entanto, identifiquei também situações em que a própria fragilidade emocional dos pais/cuidadores, muitas vezes agravada por experiências prévias negativas em contextos hospitalares, interferia na sua capacidade de lidar com o momento presente. Estas vivências anteriores, especialmente quando associadas a desfechos clínicos desfavoráveis, revelavam-se por vezes através de ansiedade, medo ou

desconfiança, o que acabava por impactar não só o estado emocional da criança/jovem, mas também a dinâmica da equipa e a gestão de determinados procedimentos clínicos. Esta realidade reforçou, para mim, a importância do enfermeiro adotar uma postura empática e atenta, capaz de reconhecer e gerir estas emoções, promovendo um ambiente mais humanizado e seguro para todos os envolvidos (Santos & Príncipe, 2020).

O maior desafio sentido ao longo deste percurso foi, sem dúvida, a necessidade de me adaptar às especificidades de cada faixa etária. Tendo uma experiência prévia maioritária com recém-nascidos (RN), deparei-me com a necessidade de ajustar constantemente a minha linguagem, postura e estratégias de intervenção ao nível de desenvolvimento psicossocial de cada criança/jovem, desde o bebé até ao adolescente. Este desafio foi, simultaneamente, uma oportunidade de crescimento profissional e pessoal, pois permitiu-me ampliar a minha visão sobre o papel do enfermeiro especialista na resposta às necessidades de saúde ao longo do ciclo vital pediátrico, tendo sempre a família como parceira do cuidar. Neste sentido, tive a oportunidade de aplicar princípios do modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (1995), que valoriza a colaboração ativa entre os enfermeiros e a família. Este modelo defende que a família é um elemento fundamental no processo de cuidar, pois conhece profundamente a criança, compreende as suas necessidades e é a sua principal fonte de segurança e afeto. Esta proximidade permite-lhe interpretar sinais subtis de desconforto ou bem-estar que, por vezes, escapam aos profissionais de saúde. De igual forma, os Cuidados Centrados na Família, abordagem também presente nas práticas da unidade onde estagiei, orientam-se para a promoção do bem-estar global da criança/jovem e família, reconhecendo o impacto emocional e social da situação vivenciada. Ao longo das minhas intervenções, percebi como é essencial respeitar o ritmo, os sentimentos e as escolhas da família, devolvendo-lhes parte do controlo sobre a situação e preservando a sua dignidade. Este modelo reforça a ideia de que o cuidado deve ir além do corpo físico, incluindo também o apoio emocional e relacional como partes integradas do processo terapêutico (Casey, 1995).

A minha experiência reforçou a necessidade de uma mudança de paradigma nos cuidados em saúde pediátrica e infantil, deixando de olhar apenas para a criança/jovem como foco exclusivo da intervenção e passar a integrar, de forma ativa e consciente, a família como parte essencial do processo terapêutico. Este modelo de parceria de cuidados é fundamental para garantir uma assistência verdadeiramente holística, respeitando as necessidades emocionais e contextuais quer da criança, quer da sua família (Santos & Príncipe, 2020).

Uma das experiências mais significativas foi a possibilidade de participar na supervisão clínica de estudantes de enfermagem. Esta responsabilidade revelou-se uma mais-valia, não só pelo contributo direto na formação dos futuros profissionais, mas também pelo desenvolvimento das minhas próprias competências pedagógicas e de liderança, que são intrínsecas ao perfil de um enfermeiro especialista.

No plano emocional e humano, duas histórias marcaram profundamente o meu percurso neste estágio. A primeira, diz respeito a um bebé de um mês, ex-prematuro, internado por infeção respiratória poucos dias após ter tido alta de um hospital, onde o seu irmão gémeo tinha falecido por sépsis. O sofrimento visível dos pais, ainda em processo de luto e receosos de uma nova perda, exigiu de mim um cuidado profundamente empático e humanizado. O acompanhamento próximo, a escuta ativa e o apoio emocional foram ferramentas essenciais para a prestação de cuidados integrados a esta família fragilizada.

A perda de um RN é frequentemente vivida como uma experiência traumática, com implicações psicológicas e sociais relevantes não só para os pais, mas também para o núcleo familiar (Lee & Steer, 2020). Esta perda, ocorrida após o nascimento, representa o desaparecimento físico de um filho desejado e o colapso de expectativas, sonhos e planos construídos durante a gravidez. Ambos os elementos do casal podem ser profundamente afetados a nível físico e emocional, com possíveis consequências a longo prazo (Arach et al., 2022). O reconhecimento do sofrimento parental e a disponibilização de apoio emocional adequado são, por isso, fundamentais para fortalecer a capacidade de resiliência dos casais neste período crítico. Apesar de a relação com o RN poder ter sido breve, muitos pais desenvolvem um vínculo emocional intenso com o bebé logo após o nascimento, ou mesmo antes, o que intensifica a dor da perda (Kochen et al., 2020).

Vivenciar a morte e o luto em contexto pediátrico, como refere Carvalho (2024), constitui uma experiência de elevada complexidade emocional, marcada por sofrimento profundo e múltiplos desafios para todos os intervenientes. A perda de uma criança assume um impacto particularmente intenso, afeta de forma significativa as famílias, que enfrentam uma dor incomensurável, mas também os profissionais de saúde, que são confrontados com as suas próprias emoções e limites. A compreensão das diferentes dimensões do luto em pediatria revela-se condição *sine qua non* para a prestação de cuidados verdadeiramente centrados na criança e na família (Carvalho, 2024). Este processo implica considerar as necessidades emocionais dos familiares, os dilemas éticos inerentes a estas situações e o impacto psicológico nos profissionais de saúde, nomeadamente nos enfermeiros, que acompanham de forma próxima estas vivências (Carvalho, 2024).

As reações emocionais após esta experiência podem incluir a tristeza profunda, o desespero, os sentimentos de culpa, a raiva, o vazio existencial e uma sensação persistente de perda (Slot et al., 2022; Voss et al., 2020). Consequentemente, a intensidade do luto vivido após a morte neonatal pode ser comparável à sentida noutros tipos de perda significativos, refletindo a profundidade do laço afetivo estabelecido com o RN (Slot et al., 2022; Voss et al., 2020). Os pais ficam com um sentimento de luto intenso e avassalador. Estes experienciam uma acumulação de sentimentos de perda (Kochen et al., 2020).

A vivência da perda de um RN representa uma experiência traumática profunda, com implicações emocionais e espirituais significativas para os pais. Neste contexto, torna-se pertinente integrar a Teoria do Crescimento Pós-Traumático, que descreve mudanças psicológicas positivas que podem surgir após eventos extremamente desafiantes (Black & Wright, 2012). Este crescimento não anula a dor do luto, mas pode coexistir com ele, promovendo novas percepções sobre a vida, fortalecimento de relações e desenvolvimento espiritual (Calhoun & Tedeschi, 2006; Tedeschi & Calhoun, 2007). O luto envolve um processo subjetivo de atribuição de significado, essencial para reconstruir a visão do mundo quando esta é abalada pela perda. As emoções intensas despertadas, como a culpa, a ansiedade e o vazio, exigem uma reformulação interior que permita encontrar coerência e sentido.

A Teoria do Cuidado Caritativo de Katie Eriksson, como refere Cassidy (2020), oferece um enquadramento ontológico e ético profundamente centrado na dignidade humana, sendo especialmente útil na abordagem ao luto perinatal. Esta teoria propõe um cuidar que integra corpo, alma e espírito, fundado no amor incondicional, *caritas*, na esperança e na fé. O cuidado caritativo implica uma comunhão autêntica entre quem cuida e quem sofre, numa relação de presença, respeito e acolhimento. O sofrimento é visto como uma experiência existencial, total e única, que exige reconhecimento e espaço para ser vivido. Eriksson distingue diferentes formas de sofrimento, associadas à doença, ao cuidado ou à própria vida, e substitui a noção de “doente” pela de “ser humano que sofre”, reconhecendo a resiliência e a paciência como dimensões humanas essenciais (Cassidy, 2020). A reconciliação surge como um processo transformador central na Teoria do Cuidado Caritativo, permitindo integrar o sofrimento na existência e restaurar a totalidade da pessoa (Cassidy, 2020). A cultura do cuidado, baseada em valores e rituais, sustenta-se num *ethos* de serviço e compromisso ético. Neste cenário, os EEESIP assumem um papel fundamental no apoio ao casal enlutado, oferecendo um cuidado holístico, ético e espiritual que contribui para a reconstrução do sentido de vida após a perda de um recém-nascido.

A segunda situação que me tocou particularmente foi a de um menino com perturbações do comportamento alimentar (PCA), inserido num contexto familiar disfuncional e recém-diagnosticado com doença celíaca. A constante crítica da mãe e a sua dificuldade em estabelecer uma relação de contenção e suporte com o filho acentuavam os sinais de ansiedade e baixa autoestima da criança.

A doença celíaca (DC) é uma das doenças autoimunes crónicas mais comuns, caracterizada por atrofia e inflamação das vilosidades do intestino delgado. Manifesta-se em pessoas geneticamente predispostas após a ingestão de glúten, uma proteína presente no trigo, centeio, aveia e cevada. Com uma prevalência entre 0,5% e 2% na população geral, representa um desafio significativo para a saúde pública a nível global (Wei et al., 2025).

Atualmente, a única forma de tratamento recomendada para a DC é uma dieta isenta de glúten (DIG) rigorosa e para toda a vida, a qual geralmente alivia os sintomas e melhora os danos na mucosa intestinal. No entanto, nem todas as pessoas respondem adequadamente à DIG, seja em termos sintomáticos ou histológicos, principalmente devido à exposição involuntária ao glúten (Wei et al., 2025). Manter a DIG é particularmente desafiante quando se consome comida preparada por terceiros fora de casa, onde a contaminação cruzada é frequente (Catassi et al., 2022). Mesmo os cereais naturalmente isentos de glúten podem ser contaminados com cereais contendo glúten durante o cultivo, a colheita ou o processamento. Assim, manter uma DIG pode ser penoso, podendo contribuir para ou agravar tendências pré-existentes de depressão, ansiedade, perturbações alimentares, isolamento social e redução da qualidade de vida (Catassi et al., 2022; Wei et al., 2025).

As PCA são condições psiquiátricas graves, caracterizadas por comportamentos alimentares desordenados, distúrbios da imagem corporal e diversos problemas de saúde física e nutricional. As PCA incluem, sobretudo, anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN) e perturbação da compulsão alimentar (Lebwohl et al., 2021). As causas das PCA são extremamente complexas, exigindo frequentemente a intervenção de várias áreas da saúde, com resultados por vezes limitados (Lebwohl et al., 2021). Recentemente, têm surgido evidências que mostram uma interação intrínseca entre as PCA e a DC. Existe uma associação bidirecional significativa entre estas duas condições. Pessoas com DC têm um risco significativamente mais elevado de desenvolver PCA do que pessoas saudáveis; da mesma forma, indivíduos com PCA apresentam um risco global significativamente superior de desenvolver DC. Ambas as condições são mais prevalentes em mulheres e estão associadas a várias perturbações mentais, como perturbação de hiperatividade e défice de atenção, ansiedade e perturbações do humor (Catassi et al., 2022; Wei et al., 2025).

Tendo em conta a experiência vivenciada e segundo Fonseca et al. (2017), o ambiente familiar constitui o principal sistema de suporte da criança e influencia fortemente o seu desenvolvimento emocional e psicológico. Quando este sistema é disfuncional, pode surgir um terreno fértil para o aparecimento de distúrbios como a ansiedade, depressão ou perturbações alimentares. Bowlby (1988), através da Teoria do Apego, reforça que a ausência de vínculos seguros e relações de confiança com as figuras parentais compromete o desenvolvimento de uma autoestima saudável e a regulação emocional.

Esta experiência reforçou a minha consciência sobre a importância do papel do EEESIP enquanto elemento-chave na identificação de fatores de risco psicossociais e na articulação com equipas multidisciplinares. Tal como referem Oliveira e Fernandes (2020), a intervenção do enfermeiro deve ir além dos cuidados físicos, incluindo a avaliação do bem-estar emocional da criança e a dinâmica familiar, de forma a promover estratégias de intervenção adequadas e integradas. Neste caso específico, o enfermeiro pode desempenhar um papel fundamental como mediador entre a família e os restantes profissionais, facilitar a comunicação, sensibilizar os cuidadores para o impacto das suas atitudes e promover a adesão ao plano terapêutico. Além disso, deve ter a capacidade de reconhecer sinais precoces de sofrimento psicológico e de os referenciar para apoio psicológico especializado, contribuindo, assim, para uma abordagem holística e centrada na criança (Kamboj & Oxentenko, 2017). Por conseguinte, esta experiência realçou de forma vívida a complexidade das situações clínicas em pediatria, onde os fatores físicos, emocionais e sociais se entrelaçam. Mais do que tratar a doença, importa cuidar da criança na sua totalidade, valorizar o seu contexto, os seus sentimentos e as suas relações e é nesse espaço relacional que o enfermeiro especialista pode realmente fazer a diferença.

Este estágio foi uma etapa fulcral para a consolidação de conhecimentos, competências e atitudes essenciais ao exercício da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em contexto de internamento. Reforcei a importância da escuta, da empatia e da humanização dos cuidados, bem como a necessidade de uma prática baseada na evidência, ajustada às diferentes fases do desenvolvimento infantil e à complexidade dos contextos familiares. Saí desta experiência mais preparada, mais consciente do impacto do meu cuidar e mais motivada para continuar a crescer nesta área tão exigente como gratificante.

Apesar da experiência enriquecedora que este estágio me proporcionou, tenho plena consciência de que ainda estou no início do meu percurso formativo como EEESIP. Este é um caminho que exige conhecimento técnico-científico, maturidade emocional, pensamento crítico e uma capacidade contínua de adaptação às necessidades das crianças, jovens e

suas famílias. Reconheço que há ainda muito a aprender, com os colegas, com enfermeiros especialistas, com outros profissionais de saúde e, sobretudo, com as próprias crianças/jovens e família com quem interajo diariamente. Cada situação clínica, cada família, cada história de vida é uma oportunidade de crescimento e de aprofundamento da minha prática.

É com humildade, mas igualmente com determinação, que encaro os próximos desafios. Levo comigo as aprendizagens feitas até aqui e mantenho o compromisso de continuar a investir no meu desenvolvimento, com o objetivo de me tornar uma profissional cada vez mais competente, empática e preparada para prestar cuidados de excelência na área da Pediatria.

Concluí este estágio com um profundo sentimento de missão cumprida, plenamente consciente do crescimento pessoal, profissional e acadêmico que vivi ao longo deste percurso. Foram semanas intensas, exigentes do ponto de vista físico e emocional, nas quais fui constantemente desafiada a sair da minha zona de conforto, a adaptar-me a novas realidades clínicas e a interagir com crianças, jovens e famílias com diferentes histórias, necessidades e fragilidades. Foi, sem dúvida, uma experiência exigente, mas profundamente transformadora. Cada obstáculo superado tornou-se uma oportunidade de aprendizagem e cada pequena conquista reforçou a certeza de que a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é, verdadeiramente, a minha vocação. Aprofundei competências técnicas, desenvolvi ainda mais a minha capacidade de comunicação com diferentes faixas etárias e vivi momentos de grande entrega, empatia e humanização dos cuidados.

É com entusiasmo e sentido de propósito que afirmo: quero, no futuro, continuar a exercer nesta área, contribuindo para cuidados especializados, éticos e humanizados, que respeitem a individualidade de cada criança e o contexto da sua família. Levo comigo um legado de vivências inesquecíveis e, acima de tudo, a certeza de estar no caminho certo.

Não posso deixar de expressar a minha mais profunda gratidão a toda a equipa do Internamento de Pediatria, que me acolheu com profissionalismo, empatia e espírito de entreaajuda.

2. Estágio de Neonatologia

Este estágio decorreu no serviço de Neonatologia de uma Unidade Local de Saúde da Região Norte do país. O referido estágio decorreu durante um período de seis semanas, entre 27 de outubro e 5 de dezembro de 2025, perfazendo um total de 120 horas de contacto. Destaco a importância desta experiência na minha prática profissional e as implicações emocionais e éticas associadas ao cuidado neonatal.

Para melhor contextualizar esta reflexão, importa enquadrá-la teoricamente no conceito de prática reflexiva, tal como proposto por Schön (1983, 1991), cujas contribuições têm influenciado significativamente a literatura de enfermagem relacionada com o pensamento crítico e a aprendizagem em contexto clínico.

Schön (1983) descreveu a aquisição de conhecimento, a denominada prática reflexiva: *reflexão-na-ação* e *reflexão-sobre-a-ação*. Schön (1991, p. 34) desafiou a noção da ciência e do conhecimento técnico como hegemonia dominante e sugeriu que esse tipo de conhecimento pode ser eficaz quando existe um “terreno firme e elevado”, mas salientou que os profissionais trabalham frequentemente em “pântanos confusos”, cheios de incertezas, onde as práticas artísticas e intuitivas são essenciais. O autor sugeriu ainda que grande parte do que os profissionais sabem é aprendida na prática, através de um processo de constante alternância entre a *reflexão-na-ação* e a *reflexão-sobre-a-ação*.

É precisamente o resultado da minha *reflexão-na-ação*, aquela que ocorreu durante a prática, e da *reflexão-sobre-a-ação*, realizada após a vivência das experiências, que passo agora a apresentar. Esta reflexão surge da análise crítica e ponderada das situações experienciadas ao longo do estágio, permitindo-me identificar aprendizagens significativas, consolidar conhecimentos e reconhecer aspetos a melhorar. Ao revisitar estas experiências, procuro compreender de forma mais profunda o efeito que tiveram no meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto enfermeira em contexto de Serviço de Neonatologia.

Este estágio representou uma experiência verdadeiramente enriquecedora e transformadora, quer a nível profissional quer pessoal. Como esta é a área onde atualmente exerço funções permitiu-me aprofundar conhecimentos e adquirir/aprimorar competências, sobretudo no setor dos Cuidados Intensivos Neonatais, onde realizei a maioria dos turnos.

O serviço está dividido em dois setores, nomeadamente Cuidados Intensivos e Cuidados Intermédios, todavia, apenas realizei um turno nos Cuidados Intermédios, por já estar familiarizada com esta vertente. Optei por centrar o meu estágio nos Cuidados

Intensivos, pois era a área que mais me despertava interesse e onde sabia que teria oportunidade de aprender e evoluir mais. Esta decisão refletiu não só um interesse profissional, mas também a consciência da necessidade de me confrontar com contextos mais exigentes e complexos, que desafiassem as minhas competências técnicas, emocionais e humanas. Senti que, ao sair da minha zona de conforto, estaria a permitir-me crescer enquanto enfermeira, ao enfrentar situações menos familiares e, por isso mesmo, mais formadoras.

Durante este período, tive contacto com várias situações clínicas, desde casos de prematuridade e baixo peso ao nascimento, compreendendo casos de Síndrome de Dificuldade Respiratória (SDR) e de taquipneia transitória do recém-nascido (TTRN), que é uma perturbação respiratória comum e autolimitada que afeta principalmente recém-nascidos de termo e pré-termo tardios, apresentando-se geralmente nas primeiras duas horas de vida (Bruschettini et al., 2022). Esta condição é causada por uma remoção retardada do fluido pulmonar fetal, o que leva à diminuição da complacência pulmonar e à troca gasosa comprometida. Os recém-nascidos com taquipneia transitória apresentam geralmente taquipneia, tiragem discreta, adejo nasal e, ocasionalmente, gemido (Bruschettini et al., 2022). Contudo, esta condição geralmente não está associada a hipoxémia significativa nem a desconforto respiratório grave. Entre os fatores de risco estabelecidos encontram-se o parto por cesariana sem trabalho de parto, prematuridade e diabetes materna (Neri et al., 2025).

O diagnóstico é essencialmente clínico, sendo sustentado pela exclusão de outras causas de dificuldade respiratória neonatal. A TTRN distingue-se da chamada “transição atrasada”, um breve período de desconforto respiratório que ocorre no período pós-natal imediato e que, geralmente, se resolve nas primeiras seis horas sem intervenção. A transição atrasada é considerada uma variação normal da adaptação à vida extrauterina (Bruschettini et al., 2022; Neri et al., 2025). Em contraste, TTRN caracteriza-se por taquipneia e sinais de desconforto respiratório que persistem por mais de seis horas, o que exige frequentemente monitorização e cuidados de suporte. Ambas as condições estão associadas à eliminação retardada do fluido pulmonar fetal, mas a TTRN representa uma alteração mais significativa e prolongada desse processo (Bruschettini et al., 2022; Neri et al., 2025).

Exames de imagem, como radiografia torácica e ecografia pulmonar, podem ajudar a distinguir a TTRN de condições mais graves, como a SDR ou pneumonia. Os resultados radiográficos típicos da TTRN incluem marcadores vasculares proeminentes, fluido nas fissuras interlobares e hiperinsuflação pulmonar (El-Fattah et al., 2024). O tratamento consiste em cuidados de suporte, com ênfase na administração de oxigénio suplementar e

observação clínica cuidadosa (El-Fattah et al., 2024). Os recém-nascidos com TTRN podem necessitar de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), para monitorização, suporte respiratório e administração de fluidos e medicação por via intravenosa. A maioria dos bebés recupera em 24 a 72 horas, sem consequências a longo prazo. No entanto, alguns estudos associam esta condição clínica a um risco aumentado de pieira ou desenvolvimento de asma na infância (Neri et al., 2025).

Vivenciei também casos mais complexos do foro cirúrgico, como hérnia diafragmática, onfalocelo, atresia do esófago e cardiopatias congénitas (incluindo transposição dos grandes vasos). Estes casos suscitaram-me particular interesse, por serem patologias que não acompanho no serviço onde trabalho atualmente. Acompanhar os recém-nascidos no pós-operatório, executar os cuidados minuciosos que exigem e compreender a complexidade destas situações foi, sem dúvida, uma mais-valia.

A atresia esofágica é uma anomalia congénita do esófago, com uma incidência global estimada de 2,4 casos por cada 10.000 nascimentos. Frequentemente, ocorre em associação com uma fístula traqueoesofágica (FTE) e pode estar relacionada com a síndrome VACTERL (anomalias vertebrais, atresia anal, anomalias cardiovasculares, fístula traqueoesofágica, anomalias renais e malformações dos membros). Cerca de 55% dos recém-nascidos com atresia esofágica apresentam outras malformações congénitas associadas, sendo as anomalias cardiovasculares as mais comuns, representando 29% dos casos (Heneghan et al., 2020). A transposição das grandes artérias em dextro (d-TGA) é uma anomalia cardiovascular relativamente frequente, correspondendo a 5-7% de todas as malformações cardíacas congénitas, com uma incidência de cerca de 2 casos por cada 10.000 nascimentos vivos. Neste relato, é apresentado um recém-nascido com atresia esofágica associada a d-TGA, que foi submetido a uma abordagem cirúrgica em dois tempos por esternotomia mediana, técnica que, até à data, não tinha sido descrita anteriormente (Heneghan et al., 2020).

A correção da atresia esofágica é normalmente realizada por via torácica. Existe um relato prévio que demonstra a eficácia da abordagem por esternotomia mediana para a correção da atresia esofágica, embora esta técnica possa implicar risco de mediastinite grave devido a fuga na anastomose. No caso apresentado, o RN apresentava ainda outras anomalias cardiovasculares, nomeadamente d-TGA (Heneghan et al., 2020). As anomalias cardiovasculares congénitas têm um impacto crucial na sobrevivência do neonato com atresia esofágica. Deve ser considerada uma abordagem agressiva para a correção da maioria das malformações congénitas cardiovasculares e gastrointestinais, sempre que possível e viável cirurgicamente (Tsai et al., 2023).

As diretrizes clínicas recomendam que a cirurgia de *switch* arterial primário em neonatos com transposição das grandes artérias seja realizada nos primeiros dias até às três semanas de vida. A decisão quanto ao momento ideal para a abordagem cirúrgica é complexa em RN com estas patologias congénitas. Mery et al. (2017) demonstraram que, na maioria dos casos, as anomalias torácicas foram corrigidas antes da reparação cardíaca e que ambas as anomalias congénitas foram tratadas durante o mesmo internamento em cerca de metade dos casos do estudo. Considerando a circulação e oxigenação do RN, pode ser ponderada a oxigenação por membrana extracorporal veno-arterial eletiva como ponte ou então dar prioridade à cirurgia de *switch* arterial em casos neonatais específicos. Esta abordagem pode implicar um internamento prolongado e dificultar a realização da anastomose, caso a reparação da atresia esofágica seja adiada (Tsai et al., 2023).

Um dos momentos mais marcantes deste estágio foi o contacto com a minha primeira morte em idade pediátrica. Até então, a minha experiência profissional com a morte limitava-se ao contexto de adultos. Sempre tive receio de viver esse momento na Neonatologia e acabou por acontecer durante este estágio. Lidar com a perda de um bebé é, sem dúvida, uma das experiências mais difíceis enquanto profissional de saúde. Enfrentar esta realidade, apoiar os pais num momento de dor tão profunda e, simultaneamente, gerir as próprias emoções foi um grande desafio. Afinal, o nascimento deveria ser o início de uma longa vida, e quando isso não acontece, é impossível ficar indiferente.

O fim de vida em contexto neonatal representa um profundo desafio para os enfermeiros, uma vez que a perda de um RN rompe com a compreensão do ciclo natural da vida, o que leva à procura de razões e significados mais profundos. Nas UCIN, os enfermeiros deparam-se frequentemente com a morte, incluindo recém-nascidos nos primeiros momentos de vida (Ferro et al., 2024). As estatísticas revelam que 75% das mortes neonatais ocorrem na primeira semana de vida, sendo a prematuridade, a asfixia, as infeções neonatais e as anomalias congénitas as principais causas observadas. Estas mortes, predominantemente em ambiente hospitalar, expõem os enfermeiros a situações emocionalmente exigentes e a desafios éticos (Ferro et al., 2024).

Durante a formação profissional, predomina um modelo curativo, o que dificulta a preparação para a gestão de situações de fim de vida e a prestação de cuidados neste período. Os cuidados em fim de vida referem-se à fase em que o estado de saúde da pessoa indica um declínio contínuo e inevitável em direção à morte, exigindo planos de assistência individualizados (Ferreira et al., 2018). Em ambiente de UCIN, as decisões relacionadas com este tipo de cuidados levantam questões complexas que afetam não só a criança e a sua família, mas também a equipa de saúde e o enfermeiro diretamente envolvido nos cuidados. A morte do RN pode ser percecionada como uma invalidação dos

cuidados prestados, tornando o grau de envolvimento um dilema constante para a equipa de enfermagem (Wong et al., 2023).

A literatura sobre o tema indica que os EEESIP em Neonatologia experienciam diferentes atitudes e emoções, que vão do luto à exaustão perante a morte pediátrica. O desafio para estes profissionais consiste em considerar os recém-nascidos como seres frágeis e vulneráveis, que exigem relações próximas com as famílias. Esta proximidade pode resultar em atitudes positivas, como a inclusão da família nos cuidados àquele ser tão frágil em fim de vida ou a participação em cuidados pós-morte. No entanto, podem surgir atitudes negativas, como frustração pela perda do doente apesar de todos os esforços. Os enfermeiros enfrentam *burnout*, *stress* e sofrimento moral ao cuidar de recém-nascidos em fase terminal, lidando com angústia e fadiga perante doenças crónicas complexas, especialmente quando o risco de morte é iminente (Ferro et al., 2024; Wong et al., 2023).

Sabe-se que as crenças pessoais influenciam significativamente as decisões e os comportamentos dos enfermeiros. Neste contexto, as crenças representam as perceções individuais e coletivas sobre o mundo, refletindo-se em ações e comportamentos. Estas crenças, sejam limitadoras ou facilitadoras, têm o potencial de reduzir ou aumentar a capacidade de enfrentar desafios do quotidiano, intensificar ou minimizar o sofrimento (Ferro et al., 2024; Wong et al., 2023). As crenças podem ter origem em múltiplas dimensões, incluindo questões socioculturais e subjetividades, relacionadas com as experiências de vida, idade, religião, ou mesmo com a existência (ou não) de diálogo sobre a morte durante a formação académica. As crenças orientam comportamentos e interpretações. Neste sentido, podem ser limitadoras, o que exige a exploração e a mudança; ou facilitadoras, merecendo reconhecimento e reforço. Inicialmente utilizado em estudos com famílias perante doenças graves, este modelo tem sido aplicado no apoio à tomada de decisões por parte dos enfermeiros (Ferro et al., 2024; Wong et al., 2023).

Esta foi a primeira vez que vivi uma experiência de fim de vida em contexto neonatal, e ficará para sempre marcada no meu percurso enquanto enfermeira. Confrontar-me com a morte de um recém-nascido fez-me refletir profundamente sobre o meu papel, não só como prestadora de cuidados, mas como presença humana num momento de dor e fragilidade extrema. Aprendi que, mesmo quando a cura já não é possível, há ainda muito que podemos oferecer: conforto, escuta, respeito e apoio à família. Esta vivência permitiu-me crescer, reforçou a minha empatia e despertou-me uma vontade ainda maior de humanizar os cuidados em todos os seus momentos, incluindo o mais difícil: o da despedida.

Tive ainda a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos no curso FINE 1, que tinha realizado em maio de 2025, sobre os cuidados de neurodesenvolvimento no

âmbito do projeto NIDCAP. As minhas tutoras, sendo ambas formadoras FINE, foram uma excelente fonte de orientação e inspiração, permitindo-me colocar em prática cuidados mais individualizados e centrados no RN e na família.

Assim, posso dizer que este estágio permitiu-me crescer enquanto enfermeira, aprofundar conhecimentos técnicos e científicos, e, acima de tudo, reforçar a minha vocação por esta área tão delicada e apaixonante que é a Neonatologia.

A prestação de cuidados à criança/jovem e família é um processo complexo, condicionado por diversos fatores e que exige do EEESIP um conjunto de competências diferenciadas. Por conseguinte, este relatório de estágio reporta o meu percurso formativo, desenvolvimento e consolidação de competências.

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exige um olhar atento, uma escuta sensível e uma presença segura, capaz de responder às necessidades de um ser em desenvolvimento, bem como da sua família, que partilha medos, expectativas e esperanças. Este relatório reforça o compromisso com uma prática de cuidados especializada, centrada na criança, no jovem e na família, e da vontade de crescer, enquanto enfermeira e futura especialista, num percurso que alia o conhecimento científico à humanização do cuidado. O estágio evidenciou a importância de uma abordagem centrada na família, onde a construção de uma relação de confiança e uma comunicação eficaz com a equipa de enfermagem se revelam fundamentais para reduzir o *stress* parental. Quando os pais se sentem preparados e apoiados, estão mais capacitados para proporcionar conforto emocional ao recém-nascido, assegurar o seu bem-estar durante a hospitalização e promover uma transição mais tranquila para o domicílio após a alta.

Neste contexto, é essencial reconhecer os pais como parceiros ativos no processo de cuidado, integrando-os de forma participativa e respeitosa. A prática clínica permitiu-me observar que cuidados humanizados e individualizados têm impacto direto nos resultados em saúde, beneficiando não só a criança, mas também a dinâmica familiar. A adoção de estratégias baseadas em evidência torna-se, assim, imprescindível na atuação do enfermeiro, contribuindo para a identificação de fatores de risco e proteção associados ao *stress* familiar, bem como para a implementação de intervenções ajustadas às necessidades de cada situação.

A experiência acumulada reforça que a prática do cuidado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, especialmente no contexto da Neonatologia, exige não só competências técnicas, mas também uma abordagem empática e centrada no outro, que reconheça as famílias como integrantes fundamentais do processo de recuperação. A promoção de estratégias personalizadas, fundamentadas em evidência científica e

adaptadas às necessidades individuais de cada bebê e família constitui um caminho essencial para a humanização e melhoria dos cuidados em pediatria. Deste modo, o presente relatório de estágio não encerra um ciclo, mas inaugura um percurso contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento, com o compromisso de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados às crianças e às suas famílias.

Não posso deixar de manifestar a minha mais sincera gratidão a toda a equipa do serviço que me recebeu durante este estágio, pelo acolhimento caloroso, pelo profissionalismo exemplar e pela empatia constante demonstrada ao longo deste percurso.

3. Estágio de Urgência Pediátrica

No âmbito do meu percurso formativo, foi realizado mais um estágio com a duração de seis semanas, perfazendo um total de 120 horas de contacto, de 8 de dezembro de 2025 a 30 de janeiro de 2026. Este estágio decorreu no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) de uma Unidade Local de Saúde *situ* na região centro do país, contexto que me proporcionou uma experiência enriquecedora e desafiadora, tanto ao nível técnico como relacional. A vivência neste serviço permitiu-me consolidar conhecimentos teóricos previamente adquiridos, desenvolver competências práticas essenciais e aprofundar a minha capacidade de atuação em situações de urgência pediátrica. Ao longo deste período, tive a oportunidade de integrar a dinâmica de uma equipa multidisciplinar, refletindo continuamente sobre a minha prática e crescimento profissional.

Neste sentido, Schön (1986) destaca a importância da prática reflexiva no desenvolvimento profissional, defende que os profissionais constroem conhecimento através da reflexão na ação, sobre a ação e para a ação. Este processo permite analisar as situações vivenciadas, interpretar as decisões tomadas e projetar melhorias para intervenções futuras, o que contribui para uma prática mais consciente, fundamentada e adaptada à complexidade dos contextos clínicos. O conceito de “reflexão” tornou-se um termo muito utilizado no meio académico, com um vasto conjunto de implicações em diferentes áreas, disciplinas e subdisciplinas. No que diz respeito à reflexão sobre as práticas de ensino, John Dewey (1933) apresenta uma definição pertinente: a reflexão é “a consideração ativa, persistente e cuidadosa de qualquer crença ou suposta forma de conhecimento à luz dos fundamentos que a sustentam e das conclusões adicionais a que conduz” (Dewey, 1933, p. 9). Numa perspetiva mais pragmática, a reflexão envolve considerar experiências passadas ou presentes, aprender com os resultados observados e planear formas mais adequadas de abordar situações análogas no futuro.

Antes de proceder à minha reflexão acerca da realidade vivenciada no SUP, considero pertinente apresentar, ainda que de forma sumária, a constituição e a organização do serviço. A compreensão da sua estrutura funcional, dos recursos humanos envolvidos e da dinâmica assistencial é fundamental para enquadrar adequadamente as experiências vividas e as aprendizagens realizadas. Só através deste enquadramento contextual é possível analisar de forma crítica e fundamentada as situações observadas e as intervenções desenvolvidas ao longo do estágio.

O SUP é uma unidade funcional que tem como objetivo a prestação de cuidados urgentes de forma continuada a todas as crianças e jovens até aos 18 anos de idade. Faz

parte das suas instalações a receção/secretariado, sala de espera, sala de triagem, salas de observação, sala de pequena cirurgia, sala de gessos, sala de aerossol, sala de reanimação, serviço de observação (SO), que funciona como uma unidade de internamento de curta duração, sala de reunião e copa. A equipa multidisciplinar no SUP conta com enfermeiros, administrativo, técnicos auxiliares de ação médica e médicos.

A equipa de enfermagem é constituída por enfermeiros especialistas e mestres em Saúde Infantil e Pediátrica, enfermeiros especialistas e enfermeiros generalistas, assegurando uma resposta diferenciada e adequada às necessidades da criança e da família. O método de trabalho em vigor é o método individual, promovendo a responsabilidade profissional e a continuidade dos cuidados prestados.

Relativamente à organização dos turnos, a distribuição da equipa realiza-se da seguinte forma: no turno da manhã estão presentes quatro enfermeiros, dois em funções de apoio, um no SO e um na triagem; no turno da tarde mantém-se a mesma distribuição, com quatro enfermeiros, dois de apoio, um no SO e um na triagem; durante o turno da noite, a equipa é constituída por três enfermeiros, um de apoio, um no SO e um na triagem. Esta organização permite assegurar a prestação contínua de cuidados, garantindo segurança, eficiência e qualidade assistencial ao longo das vinte e quatro horas.

Os RN/criança/adolescente iniciam o seu percurso no serviço através da inscrição no secretariado, sendo posteriormente encaminhados para a triagem de enfermagem. Neste momento, o enfermeiro responsável procede à avaliação clínica inicial, com o objetivo de determinar a prioridade de atendimento, de acordo com a gravidade da situação apresentada, permitindo uma observação médica hierarquizada e segura, através da Triagem de *Manchester*. Durante este processo podem ser avaliados diversos parâmetros, como a temperatura corporal, o peso e a saturação periférica de oxigénio, podendo ainda ser administrada terapêutica analgésica ou antipirética, conforme os protocolos institucionais em vigor.

Nas situações que exigem intervenção imediata, como intoxicações, convulsões, politraumatismos ou estados de choque, os utentes são encaminhados diretamente para a sala de reanimação. Neste espaço, a equipa multidisciplinar atua de forma articulada e célere, assegurando cuidados emergentes e diferenciados. A operacionalidade permanente da sala é fundamental, sendo a verificação do carro de emergência selado e de todo o equipamento da responsabilidade do enfermeiro chefe de turno.

O SO dispõe de seis camas, destinadas a recém-nascidos, latentes, crianças e adolescentes até aos dezoito anos. Nesta unidade são admitidos utentes com necessidade de vigilância clínica mais apertada ou com diagnóstico ainda em esclarecimento, sendo o

período de permanência, regra geral, compreendido entre vinte e quatro a quarenta e oito horas. Após este período, o destino pode incluir internamento noutros serviços, encaminhamento para consulta externa, alta para o domicílio ou transferência para outra instituição de saúde.

Durante o internamento no SO, é assegurada a permanência de um dos pais, que dispõe de um cadeirão junto à cama da criança ou jovem. Apenas um acompanhante pode permanecer durante o período noturno. Os pais são incentivados a participar ativamente nos cuidados, colaborando em aspetos como a alimentação, higiene e administração de medicação, de acordo com as orientações da equipa.

Neste contexto, prevalece o modelo de cuidados centrados na família, sustentado na filosofia de Casey (1993), que defende que os cuidados à criança ou jovem são mais eficazes quando realizados pela família, com o apoio e supervisão de profissionais qualificados, sempre que necessário. Este modelo assenta em cinco conceitos estruturantes: a criança/jovem, reconhecida como sujeito singular com necessidades e direitos próprios; a família, enquanto principal fonte de cuidado e suporte; a saúde, entendida numa perspetiva holística que integra dimensões física, emocional, social e espiritual; o ambiente, enquanto fator influenciador do bem-estar; e o enfermeiro, que assume o papel de facilitador, educador e defensor da criança e da família (Casey, 1993).

Dando continuidade à descrição do SUP, o mesmo tem disponíveis pequenas refeições para as crianças e para os pais que aguardem, no mesmo, o resultado ou a execução de algum exame complementar. A gestão desta refeição é da responsabilidade dos enfermeiros e tem como objetivo também ajudar em situações sociais e familiares, cuja passagem pelo SUP seja mais demorada, ocorra a horas de refeições, longe do domicílio e sem suporte familiar. A equipa médica e de enfermagem em serviço no SUP devem pedir a colaboração da Assistente Social, sempre que a história social e familiar mereça uma avaliação mais detalhada.

Todos os utentes, quando entram para ser observados no SUP, podem ser acompanhados por um dos seus pais ou pessoa de referência para a criança ou adolescente. As crianças e os adolescentes podem ser observados sozinhos sempre que manifestem esse desejo, reconhecendo e respeitando os direitos da família, para promover os cuidados centrados na mesma, em parceria e numa relação terapêutica.

Reitero que a realização deste estágio constituiu uma experiência profundamente transformadora, sobretudo pela diversidade e intensidade das situações vivenciadas. Ao longo das semanas, tive contacto com todas as faixas etárias, desde recém-nascidos a

adolescentes, o que exigiu de mim uma constante adaptação da comunicação, da abordagem relacional e da prestação de cuidados. Cada idade implica necessidades específicas, quer ao nível clínico quer emocional, o que reforçou a importância de uma prática individualizada e centrada na criança e na família.

Neste contexto, tive a oportunidade de desenvolver e consolidar competências comunicacionais e relacionais junto da criança/jovem e respetiva família, aprofundar simultaneamente a minha compreensão da parceria de cuidados, tal como preconizada por Casey (1993). O modelo adotado no SUP valoriza a centralidade da família no processo de cuidar, enfatizando a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança, na negociação e na partilha de responsabilidades.

As intervenções que realizei exigiram uma comunicação clara, ajustada à idade e ao nível de compreensão da criança ou jovem, bem como uma postura empática e disponível perante os pais. Foi fundamental saber escutar ativamente, esclarecer dúvidas, respeitar emoções e promover a participação ativa da família nos cuidados. Esta experiência reforçou em mim a importância de reconhecer os pais como parceiros essenciais no processo terapêutico, tendo sempre valorizado o seu conhecimento sobre a criança e promover uma verdadeira colaboração na tomada de decisões.

Relativamente às patologias observadas, o período de estágio foi marcado maioritariamente por situações do foro respiratório, nomeadamente SDR associadas a bronquiolites e pneumonias. Foram também frequentes quadros do foro gastrointestinal e urinário, bem como situações de intoxicação voluntária em adolescentes, que exigiram não só intervenção clínica, mas também uma abordagem sensível e atenta às dimensões psicológica e social. Esta diversidade permitiu-me consolidar conhecimentos e desenvolver maior capacidade de priorização e raciocínio clínico em contexto de urgência.

As patologias do foro respiratório representam uma das principais causas de recurso aos serviços de urgência e de internamento em idade pediátrica, destacando-se, entre as mais frequentes, as SDR associadas a bronquiolites e pneumonias (Kjærgaard et al., 2020). Estas entidades clínicas assumem particular relevância em latentes e crianças até aos 6 anos de idade, dada a imaturidade do sistema imunitário, o reduzido calibre das vias aéreas e a menor reserva funcional pulmonar, fatores que potenciam a rápida instalação de compromisso respiratório (Kjærgaard et al., 2020).

A bronquiolite, predominantemente de etiologia viral, sendo o vírus sincicial respiratório (VSR) o agente mais frequentemente implicado, caracteriza-se por inflamação e obstrução das pequenas vias aéreas (Bozzola et al., 2021). Clinicamente, manifesta-se por taquipneia, tiragem intercostal e subcostal, adejo nasal, gemido expiratório, sibilância e, em

casos mais graves, hipoxémia. A obstrução bronquiolar, associada ao aumento da produção de secreções e ao edema da mucosa, conduz a alterações na ventilação-perfusão, podendo evoluir para insuficiência respiratória aguda, sobretudo em latentes de baixo peso, prematuros ou com comorbilidades. A bronquiolite causada pelo VSR está entre as principais causas de hospitalização em lactentes. A profilaxia com vacinação pode reduzir a infeção por VSR. (Bozzola et al., 2021). No seu estudo, os autores referenciados determinaram retrospectivamente os custos da hospitalização aguda por bronquiolite. Foram incluídos no estudo 531 lactentes com idades compreendidas entre 1 mês e 1 ano, admitidos no Hospital Pediátrico Bambino Gesù, em Roma, Itália, com diagnóstico de bronquiolite, no período de 1 de janeiro a 31 de dezembro de 2017. A média de idades foi 78,75 dias e o principal agente etiológico responsável pela bronquiolite foi o VSR, representando 58,38% das infeções. O custo total das hospitalizações por bronquiolite foi de 2.958.786 euros. O estudo confirma o elevado custo associado ao internamento por bronquiolite. Especificamente, nos casos de infeção por VSR, os custos foram superiores em comparação com outras etiologias, provavelmente devido a períodos de internamento mais prolongados e à maior necessidade de admissão em unidade de cuidados intensivos. Este estudo evidencia que a bronquiolite representa um encargo económico significativo, o que reforça a importância da vacinação contra o VSR (Bozzola et al., 2021).

Em Portugal, desde 2013, o Serviço Nacional de Saúde tem disponibilizado o anticorpo monoclonal palivizumab para crianças consideradas de maior risco, nomeadamente grandes prematuros e lactentes com patologia crónica cardíaca, pulmonar ou neurológica (DGS, 2013). Mais recentemente, em outubro de 2022, foi autorizado pela Agência Europeia de Medicamentos um novo anticorpo monoclonal, o nirsevimab, inicialmente implementado em projetos piloto em algumas regiões europeias, incluindo a Região Autónoma da Madeira e a Galiza, em bebés nascidos a partir de abril de 2023. Os resultados obtidos demonstraram uma redução significativa da infeção, da transmissão e dos internamentos associados ao VSR. Na sequência destes resultados, o nirsevimab foi aprovado em Portugal no verão de 2024, estando prevista a sua administração, na época sazonal de 2025/2026, a todos os latentes nascidos entre 1 de junho de 2025 e 31 de março de 2026. Esta estratégia abrange ainda grupos específicos, como prematuros com idade gestacional inferior a 34 semanas e crianças até aos 24 meses com fatores de risco acrescido para doença grave por VSR, compreendendo as patologias crónicas cardíacas, as respiratórias ou as neurológicas (Gabinete da Secretária de Estado da Saúde, 2025).

Por sua vez, a pneumonia em idade pediátrica pode ter etiologia viral, bacteriana ou mista, apresentando-se com febre, tosse, dificuldade respiratória, dor torácica e sinais de

consolidação pulmonar. A resposta inflamatória ao nível do parênquima pulmonar compromete as trocas gasosas, favorecendo a ocorrência de hipoxemia e aumento do trabalho respiratório. Em situações mais graves, pode verificar-se evolução para SDR aguda, exigindo suporte ventilatório e monitorização em contexto hospitalar diferenciado.

Segundo Sathe et al. (2024), múltiplos agentes patogénicos, incluindo bactérias, vírus e fungos, podem estar na origem da pneumonia na infância. As manifestações clínicas da pneumonia viral e bacteriana apresentam frequentemente características semelhantes, dificultando a sua distinção apenas com base na avaliação clínica. Embora os vírus constituam a causa mais comum, os antibióticos continuam a ser a primeira linha terapêutica na abordagem da pneumonia. O estudo retrospectivo e descritivo de Sathe et al. (2024), realizado num único centro ao longo de três anos teve como principal objetivo descrever os padrões histopatológicos pulmonares observados em autópsias de crianças com menos de doze anos de idade, com diagnóstico de pneumonia, procurando identificar a etiologia mais provável e correlacioná-la com as manifestações clínicas apresentadas em vida. Os dados clínicos relevantes foram correlacionados com os dados *post mortem*. Com base na etiologia provável, os casos foram classificados nas seguintes categorias: viral, bacteriana, mista ou outras. Entre 262 autópsias realizadas em crianças, 89 casos (34%) apresentaram diagnóstico *post mortem* de pneumonia. A maioria revelou padrões histológicos sugestivos de etiologia viral (46 casos; 51,7%) e bacteriana (27 casos; 30,3%). Verificou-se que 35 das 46 crianças com padrão viral tinham recebido antibioterapia. 12 casos apresentaram padrões mistos, viral e bacteriano. Nos 4 casos restantes (4,5%), que apresentavam quadro clínico semelhante, foi igualmente administrada antibioterapia, tendo a autópsia revelado diagnóstico de tuberculose (3 casos) e aspergilose invasiva (1 caso) (Sathe et al., 2024). Os autores concluíram que nem as características clínicas nem os exames complementares permitem diferenciar de forma fiável a pneumonia viral da bacteriana. A autópsia assume, assim, um papel relevante na compreensão da fisiopatologia da doença e na identificação de possível exposição inadequada a antibióticos (Sathe et al., 2024).

A abordagem destas situações requer uma avaliação clínica rigorosa e contínua, com monitorização de parâmetros como frequência respiratória, saturação periférica de oxigénio, sinais de esforço respiratório e estado geral da criança. A intervenção incluiu oxigenoterapia, fluidoterapia, terapêutica antibiótica (quando foi indicada), suporte ventilatório não invasivo ou invasivo e medidas de conforto e controlo sintomático.

Assim, as SDR associadas a bronquiolites e pneumonias constituem um desafio clínico significativo na prática pediátrica, exigindo atuação precoce, conhecimento técnico-científico atualizado e uma abordagem integrada, centrada na criança e na família, de forma a prevenir complicações e promover melhores desfechos clínicos.

O contacto com vítimas de trauma foi, sem dúvida, uma das áreas que mais despertava a minha curiosidade, por ser tão distinta das experiências anteriores em contexto de internamento. Tive oportunidade de assistir e participar na assistência a crianças e adolescentes vítimas de quedas e redução de fraturas, compreendendo a complexidade técnica e a necessidade de atuação rápida e coordenada. Contudo, o caso que mais me marcou foi o de um menino de nove anos que sofreu um esmagamento grave do pé após a queda de uma pedra de grandes dimensões. Apresentava múltiplas fraturas e compromisso significativo dos tecidos. Apesar de ter sido submetido a intervenção cirúrgica, vim posteriormente a saber que houve complicações, com necrose, culminando na amputação do hálux. Esta situação teve um forte impacto emocional em mim, levando-me a refletir sobre a imprevisibilidade da prática, a vulnerabilidade da criança e a importância do apoio à família em momentos de crise.

Em Portugal, as quedas são uma das causas mais frequentes de acidentes em crianças e jovens, estando entre os principais motivos de lesões que levam à procura dos serviços de saúde e urgência. De acordo com dados do sistema EVITA, em 2022 foram registados 25 371 episódios de quedas em crianças e jovens até aos 14 anos no Serviço de Urgência, ocorrendo maioritariamente na escola (52 %) e em casa (38,2 %), o que evidencia a elevada exposição a riscos no quotidiano destes grupos etários (Direção-Geral da Saúde, 2023).

Estudos apontam que, historicamente, as quedas representam uma das principais causas de acidentes não intencionais em crianças, sendo muitas vezes associadas ao ambiente físico onde a criança vive e brinca, como superfícies inadequadas ou falta de supervisão (Shafqat et al., 2025).

Embora as estatísticas específicas de mortalidade por quedas isoladas nem sempre estejam separadas dos outros tipos de acidentes em relatórios nacionais, sabe-se que os acidentes em geral (incluindo as quedas) são uma das principais causas de morte em crianças e jovens em Portugal. Entre 2012 e 2020 morreram, em média, 66 crianças por ano vítimas de acidentes não intencionais na faixa etária dos 0 aos 19 anos, representando cerca de 12 % da mortalidade total nessa população (APSI, 2022).

Relatórios sobre a segurança infantil em Portugal destacam ainda que mais de três mil crianças são internadas por ano na sequência de acidentes, com as quedas sendo frequentemente relatadas como motivo principal de internamento em várias faixas etárias (APSI, 2022).

Estudos epidemiológicos concluíram que as quedas constituem uma proporção elevada dos acidentes em crianças e jovens em contexto nacional, o que reforça a necessidade de políticas de prevenção adaptadas às diferentes idades e ambientes (casa, escola e espaços públicos) (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2023).

Neste contexto, pude observar que o EEESIP desempenha um papel ativo na sensibilização dos pais e cuidadores para esta realidade, promovendo a prevenção de quedas através da educação para a saúde, da vigilância ativa e da criação de ambientes seguros e adaptados ao desenvolvimento das crianças.

Outro aspeto muito significativo foi a oportunidade de colaborar na supervisão clínica de alunos da licenciatura. Esta experiência representou uma mais-valia no meu percurso, pois desenvolver competências pedagógicas e de supervisão constitui também uma dimensão essencial do papel do enfermeiro especialista. Orientar implicou rever conhecimentos, refletir sobre a minha própria prática e assumir maior responsabilidade na transmissão de saberes e valores profissionais.

O maior desafio ao longo do estágio foi, sem dúvida, lidar com a imprevisibilidade constante do serviço de urgência. A necessidade de tomar decisões clínicas de forma célere, gerir prioridades e, simultaneamente, manter o equilíbrio emocional revelou-se exigente. A experiência na triagem foi particularmente marcante, pois permitiu-me compreender a complexidade e responsabilidade associadas à definição de prioridades, onde cada decisão pode influenciar diretamente o desfecho clínico.

Não tendo tido qualquer experiência prévia em contexto de urgência, nem durante a licenciatura, nem em contexto profissional, onde apenas contactei com serviços de internamento, este estágio representou um verdadeiro desafio e, simultaneamente, uma enorme mais-valia. Permitiu-me sair da minha zona de conforto, desenvolver novas competências técnicas e relacionais e ampliar a minha visão sobre a prática de enfermagem em contextos de elevada exigência e dinamismo. Foi, sem dúvida, uma experiência diferenciadora no meu percurso formativo e profissional.

Durante este percurso formativo, procurei alcançar uma integração eficaz entre os conhecimentos teóricos e a prática clínica, com vista à realização de intervenções competentes, consistentes e sustentadas na melhor evidência científica disponível. A prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família, no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, exigiu-me não apenas domínio técnico-científico, mas também sensibilidade, pensamento crítico e capacidade de adaptação contínua às diferentes realidades encontradas.

A experiência de estágio representou uma oportunidade ímpar de desenvolvimento de competências, reforçando em mim a importância da escuta ativa, da empatia e da humanização dos cuidados. A prática em contexto real permitiu-me aplicar os conhecimentos adquiridos, interpretar diferentes dinâmicas familiares e responder às especificidades de cada etapa do desenvolvimento infantil, confirmando-se como uma fase indispensável para o meu crescimento profissional e pessoal.

Reconheci, igualmente, a existência de dificuldades e limitações inerentes a esta etapa de consolidação da minha identidade enquanto futura enfermeira especialista. A gestão emocional perante situações exigentes, a adaptação a diferentes equipas, serviços e ritmos de trabalho, bem como a necessidade de atuar em contextos clínicos complexos e imprevisíveis, constituíram desafios significativos. No entanto, procurei enfrentá-los com resiliência, capacidade de autorreflexão e abertura à aprendizagem contínua. A consciência de que o processo de aprendizagem é permanente, e de que há sempre algo a aprender com colegas, especialistas, crianças e famílias, revelou-se essencial para manter uma postura humilde e construtiva.

A minha participação neste estágio foi sustentada pela motivação pessoal, pelo apoio da tutora e pela vontade constante de aperfeiçoamento. Apesar das exigências físicas e emocionais vivenciadas, consegui ultrapassar os obstáculos que surgiram, encarando cada desafio como uma oportunidade de evolução. Cada conquista, por mais pequena que fosse, reforçou o meu compromisso com esta área de especialização.

Encarei cada desafio com sentido de responsabilidade e propósito, convicta de que cada experiência contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP e para a consolidação de uma prática profissional ética, crítica, reflexiva e humanizada.

Importa ainda salientar o papel fundamental da equipa do serviço, que se revelou extremamente acolhedora e disponível. Desde o primeiro momento senti-me integrada, apoiada e incentivada a participar ativamente, o que contribuiu de forma decisiva para a minha aprendizagem e confiança.

Parte II – Estudo de Investigação

4. Enquadramento Teórico

As LPP são definidas como lesões localizadas na pele e nos tecidos subjacentes, geralmente sobre proeminências ósseas ou associadas à utilização de dispositivos médicos. Podem manifestar-se sob a forma de pele intacta ou de úlcera aberta, podendo ser dolorosas e resultam de pressão intensa e/ou prolongada, isoladamente ou em combinação com forças de fricção ou cisalhamento (Razmus & Keep, 2021). A tolerância dos tecidos a estas forças pode ser influenciada por diversos fatores, como o microclima (temperatura e humidade), o estado nutricional, o fluxo sanguíneo, a presença de comorbilidades e o estado geral dos tecidos (Razmus & Keep, 2021).

A literatura descreve que vários fatores contribuem para o desenvolvimento destas lesões, nomeadamente a imobilidade, a malnutrição, alterações da integridade cutânea e a pressão exercida por dispositivos médicos. No caso específico da população neonatal hospitalizada, acrescem fatores intrínsecos relacionados com a imaturidade fisiológica da pele, particularmente em recém-nascidos prematuros, o que aumenta significativamente a vulnerabilidade cutânea (Harjati et al., 2025). As LPP em neonatos podem ter consequências relevantes, incluindo sofrimento do recém-nascido, maior risco de infeção, alterações no descanso e no desenvolvimento, prolongamento do internamento hospitalar e aumento dos custos associados aos cuidados de saúde. Estudos epidemiológicos indicam que a incidência destas lesões em UCIN pode variar consideravelmente, sendo também frequente a ocorrência de lesões associadas à utilização de dispositivos médicos (Harjati et al., 2025).

Nos últimos anos, os serviços de saúde neonatal têm progressivamente evoluído de uma abordagem centrada simplesmente no tratamento de LPP para uma perspetiva mais preventiva, baseada na avaliação sistemática do risco de trauma cutâneo. Estas avaliações são particularmente relevantes em UCIN, uma vez que permitem reduzir a probabilidade de desenvolvimento de lesões cutâneas durante o internamento (Curcio et al., 2022; 2024). O aparecimento de trauma cutâneo em neonatos resulta de múltiplos fatores, frequentemente associados tanto às características clínicas do recém-nascido como à utilização de dispositivos médicos. Entre os fatores de risco destacam-se o peso ao nascer, a idade gestacional, o estado clínico basal e a presença de condições médicas associadas, que podem aumentar a vulnerabilidade da pele neonatal (Nicolosi et al., 2026). Assim, a compreensão dos fatores que contribuem para estas lesões é fundamental para a implementação de estratégias eficazes de prevenção e para a promoção de cuidados neonatais mais seguros e de maior qualidade (Nicolosi et al., 2026).

Estudos realizados neste contexto evidenciam que uma proporção significativa de neonatos hospitalizados pode desenvolver algum tipo de lesão cutânea. Num estudo com 248 avaliações neonatais, verificou-se que cerca de 38% dos recém-nascidos apresentaram algum tipo de trauma cutâneo. Os autores estimaram ainda que uma grande parte destas lesões poderia ter sido evitada caso os fatores de risco tivessem sido identificados precocemente (Curcio et al., 2025; García-Molina et al., 2018). O desenvolvimento destas lesões pode resultar de causas intrínsecas e extrínsecas. As causas intrínsecas relacionam-se com as condições clínicas do recém-nascido, como a imobilidade associada a sedação ou terapêutica de relaxamento muscular, perfusão tecidular inadequada, desidratação, intervenções cirúrgicas ou terapêuticas específicas, como a hipotermia terapêutica na encefalopatia hipóxico-isquêmica. Por outro lado, as causas extrínsecas estão frequentemente associadas à utilização de dispositivos médicos, como sistemas de ventilação não invasiva (CPAP), elétrodos de monitorização ou outros dispositivos de fixação que podem exercer pressão ou fricção sobre a pele frágil do recém-nascido (Curcio et al., 2025).

Devido ao estado de saúde frequentemente fragilizado dos neonatos hospitalizados, estes apresentam maior risco de desenvolver LPP (Chen et al., 2020). Embora estas lesões sejam amplamente reconhecidas na população adulta, existe um reconhecimento crescente da sua ocorrência também em doentes pediátricos. As crianças possuem fatores anatómicos, fisiológicos e de desenvolvimento distintos que influenciam a ocorrência destas lesões. Por exemplo, nos latentes, a cabeça é proporcionalmente maior e mais pesada, o que torna a região occipital um local primário para o desenvolvimento de LPP.

Do ponto de vista fisiológico, os desequilíbrios de fluidos e eletrólitos ocorrem com maior frequência e rapidez em lactentes e crianças pequenas do que em crianças mais velhas ou adultos. A acumulação de fluido extracelular e o consequente edema aumentam a pressão externa sobre a pele, favorecendo o aparecimento de lesões (Bauernfeind et al., 2024).

A LPP constitui um evento adverso que prolonga o internamento hospitalar e o sofrimento do doente, estando também associada a uma elevada incidência de complicações, como infeções (Rodrigues et al., 2020). Compromete a qualidade de vida dos doentes e, no caso dos neonatos, implica elevados custos para os sistemas de saúde e, em determinadas circunstâncias, pode colocar a vida em risco (Rodrigues et al., 2020).

O desenvolvimento de LPP é considerado um indicador da segurança do doente e da qualidade dos cuidados, sendo desejável uma incidência nula. Os *Centers for Medicare and Medicaid Services* (CMMS) classificam as LPP adquiridas em meio hospitalar como

complicações evitáveis mediante a aplicação de diretrizes baseadas na evidência (CMMS, 2006). A prevenção destas lesões é essencial, uma vez que estudos realizados em adultos indicam que até 95% das LPP são evitáveis (Bauernfeind et al., 2024). Ainda não existem dados específicos para a população pediátrica; no entanto, é fundamental que os enfermeiros que atuam em unidades de Neonatologia e prestam diariamente cuidados a RN com risco elevado de desenvolver estas lesões possuam um nível de conhecimento apropriado (Razmus & Keep, 2021).

Como referido anteriormente, a pele do RN é frágil e extremamente suscetível a lesões, principalmente quando exposta a fatores como imobilização, dispositivos médicos e humidade excessiva. Em contexto de cuidados intensivos neonatais, estas condições aumentam substancialmente o risco de desenvolvimento de LPP, que além de constituírem uma ameaça à integridade cutânea, representam também um fator de morbilidade evitável (Martins & Curado, 2017). Apesar da elevada vulnerabilidade desta população, a avaliação sistematizada do risco de lesão cutânea em neonatos ainda é, por vezes, baseada em critérios subjetivos e desprovida de instrumentos específicos validados para esta faixa etária.

A escala *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (NSRAS) foi originalmente desenvolvida por Huffines e Logsdon (1997), traduzida, adaptada e validada para a população neonatal portuguesa por Martins e Curado (2017). Esta escala representa uma ferramenta essencial na prática de enfermagem neonatal, permitindo uma avaliação objetiva e continuada do risco de LPP. A sua aplicação proporciona dados fundamentais para o planeamento de intervenções de enfermagem personalizadas e baseadas na evidência. A NSRAS (Anexo I) é uma escala observacional composta por seis itens que avaliam fatores de risco específicos para lesões por pressão em neonatos: idade gestacional, estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e humidade. Cada item é pontuado numa escala ordinal do tipo Likert, em que o valor 1 corresponde a “menor risco” e o valor 4 a “maior risco”, totalizando pontuações entre 6 e 24 pontos. Valores mais elevados indicam maior risco de desenvolvimento de lesões cutâneas.

Curcio et al. (2024), em Itália, realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas da versão italiana da NSRAS, nomeadamente a validade de construto, a consistência interna e a fiabilidade. Foi conduzido um estudo descritivo transversal em unidades neonatais de dois hospitais italianos, envolvendo 200 recém-nascidos avaliados em três momentos distintos por 54 enfermeiros. Os resultados confirmaram um modelo de dois fatores: o fator relacionado com a duração e intensidade da pressão, que integrou as subescalas estado mental, mobilidade, atividade e nutrição, e o

fator associado à imaturidade cutânea, que incluiu as subescalas condição física geral e humidade da pele. A escala demonstrou boa consistência interna, com valores de alfa de Cronbach e omega de McDonald de 0,86, bem como excelente fiabilidade intra e inter avaliador (ICC de 0,99 e 0,98, respetivamente) (Curcio et al., 2024). Os autores concluíram que a versão italiana da NSRAS apresenta propriedades psicométricas adequadas, sendo um instrumento válido e fiável para avaliar o risco LPP na população neonatal. A sua utilização na prática clínica pode contribuir para a identificação precoce de recém-nascidos em risco, para a implementação de intervenções preventivas adequadas e para uma gestão mais eficiente dos recursos de prevenção em contexto neonatal.

Harjati et al. (2025) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as diferenças nos níveis de risco de lesão cutânea em neonatos através da utilização dos instrumentos Skin Risk Assessment and Management Tool (SRAMT) e NSRAS, bem como examinar a relação entre a idade gestacional, o peso ao nascimento e o risco de lesão cutânea. O estudo adotou um desenho de coorte de curta duração, envolvendo 66 neonatos, distribuídos por um grupo exposto e um grupo não exposto (controlo histórico). A avaliação do risco de lesão cutânea foi realizada através dos instrumentos SRAMT e NSRAS, sendo efetuadas comparações entre a primeira e a última avaliação no grupo exposto, entre os grupos exposto e não exposto, e ainda analisadas as correlações entre idade gestacional, peso ao nascimento e risco de lesão cutânea. Os resultados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de risco de lesão cutânea entre a primeira e a última avaliação no grupo exposto ($p=0,001$), bem como entre os grupos exposto e não exposto ($p=0,001$). No entanto, não foi identificada uma correlação significativa entre a idade gestacional ($p=0,446$) ou o peso ao nascimento ($p=0,821$) e o nível de risco de lesão cutânea. Os autores concluem que a monitorização preventiva utilizando os instrumentos SRAMT e NSRAS, permite identificar de forma eficaz alterações no risco de lesão cutânea em neonatos. Harjati et al. (2025) sugerem a integração do conhecimento dos enfermeiros sobre os fatores que contribuem para o desenvolvimento destas lesões e a monitorização sistemática dos neonatos, reforçando a importância da avaliação contínua do risco cutâneo na prevenção de lesões, especialmente em RN prematuros.

Nicolosi et al. (2026) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a validade de uma versão modificada da *Neonatal Skin Risk Assessment Scale* (Dev-NSRAS) para a identificação do risco de LPP em recém-nascidos internados em UCIN e unidades neonatais subintensivas. Os autores destacam que os dispositivos médicos constituem a principal causa de LPP em neonatos, representando um importante fator de morbilidade em Neonatologia, com impacto significativo na duração do internamento e na utilização de recursos hospitalares. Para este efeito, a escala Dev-NSRAS, que inclui a presença de

dispositivos médicos na avaliação do risco, foi testada num estudo prospetivo multicêntrico nacional realizado com recém-nascidos. O poder discriminativo desta escala foi comparado com o da escala Glamorgan, amplamente utilizada na avaliação do risco de lesões cutâneas em contexto pediátrico. Os resultados demonstraram que 9 recém-nascidos (6,6%) desenvolveram LPP, correspondendo a um total de 16 lesões, das quais 75% estavam associadas a dispositivos médicos. Observou-se ainda que os recém-nascidos com idade pós-concepcional igual ou inferior a 30,8 semanas apresentavam maior risco de desenvolver estas lesões. A comparação entre as pontuações obtidas nas primeiras 24 horas após a admissão evidenciou um elevado desempenho discriminativo da Dev-NSRAS, com sensibilidade de 81,6% e especificidade de 93,6%, enquanto a escala Glamorgan apresentou um desempenho discriminativo moderado, com sensibilidade de 92,1% e especificidade de 65,5%. Os autores concluem que a Dev-NSRAS apresenta um bom desempenho na identificação precoce do risco de LPP em neonatos, reforçando a importância da avaliação sistemática do risco cutâneo, especialmente em recém-nascidos prematuros e em contextos onde são utilizados dispositivos médicos (Nicolosi et al., 2026).

A realização deste estudo permitirá compreender se a implementação de medidas preventivas, como o posicionamento adequado, a avaliação da pele e a otimização de dispositivos de alívio de pressão, influencia a pontuação da NSRAS e, conseqüentemente, o risco de desenvolvimento de LPP. Esta investigação assume particular pertinência num contexto clínico real, permitindo não só avaliar a utilidade da escala, como também reforçar a importância da atuação do enfermeiro na prevenção destas complicações.

5. Metodologia

Neste capítulo pretende-se apresentar, de forma detalhada, o modo como o estudo foi conduzido, isto é, o que foi realizado e de que forma foi desenvolvido. A descrição metodológica procura elucidar, com clareza, todos os procedimentos levados a cabo ao longo do estudo e demonstrar a adequação dos materiais e métodos utilizados. Neste sentido, serão articulados os objetivos geral e específicos com o referencial teórico, a questão geral de investigação, bem como definidos a população-alvo, a amostra, a estratégia de recolha de dados e as técnicas de análise utilizadas. Serão ainda descritas todas as atividades desenvolvidas antes, durante e após a recolha de dados, de modo a assegurar a compreensão global do percurso metodológico adotado.

5.1. Tipo de Estudo

Realizou-se um estudo de cariz quantitativo, assumindo um desenho exploratório, descritivo, correlacional e retrospectivo, uma vez que recorre à análise de dados numéricos previamente existentes, para descrever características da população em estudo, explorar o fenómeno em análise e identificar possíveis relações entre variáveis, sem estabelecer causalidade, com base em dados clínicos registados no passado (Vilelas, 2021; Polit & Beck, 2021). Assim, no presente estudo a análise recai sobre os dados clínicos informatizados institucionais provenientes dos recém-nascidos admitidos numa Unidade de Cuidados Especiais a Recém-Nascidos (UCERN) de uma ULS da região centro do país. Os dados reportam-se ao segundo semestre de 2025, correspondendo à informação clínica dos neonatos (até 28 dias de vida de idade cronológica) internados na Unidade de Neonatologia da referida instituição. Através da análise dos registos clínicos, procura-se compreender a relação entre a NSRAS e as intervenções de enfermagem implementadas para a redução do risco de ocorrência de LPP.

5.2. População e Amostra

A população-alvo do presente estudo é constituída por todos os recém-nascidos admitidos na UCERN de uma ULS da região centro. Consideram-se incluídos todos os neonatos com idade até 28 dias de vida, cujos dados clínicos se encontram registados nos sistemas informatizados institucionais. A amostra é do tipo não probabilístico, de

conveniência, sendo constituída por todos os recém-nascidos que cumpriram os critérios de seleção definidos para o estudo. Como critérios de inclusão, consideraram-se os recém-nascidos com idade até 28 dias, internados na referida UCERN durante o período em análise, e que não apresentavam LPP no momento da admissão. Como critérios de exclusão, foram considerados os recém-nascidos com idade superior a 28 dias e aqueles que apresentavam LPP no momento da admissão; recém-nascidos com internamentos inferiores a 5 dias; e recém-nascidos transferidos para outra instituição e/ou que tenham vindo transferidos de outras unidades hospitalares. A amostra foi caracterizada com base em variáveis sociodemográficas e clínicas relevantes, nomeadamente idade, sexo e outros fatores considerados pertinentes para a análise do risco de ocorrência de lesões por pressão.

5.3. Instrumentos de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada com base nos registos clínicos de enfermagem disponíveis no sistema informático SClínico, utilizado na ULS em estudo. Para o efeito, foi elaborado um instrumento de extração de dados, construído pela investigadora, que permitiu a recolha sistematizada da informação relevante a partir dos processos clínicos dos utentes. Através deste instrumento, foram recolhidos dados referentes ao *score* da escala NSRAS ao longo do internamento, bem como às intervenções de enfermagem implementadas, nomeadamente: avaliação da pele, posicionamento com alternância de decúbitos, aplicação de dispositivos de prevenção de lesões por pressão e otimização dos dispositivos ventilatórios. A escala NSRAS foi desenvolvida por Huffines e Logsdon (1997), posteriormente traduzida, adaptada e validada para a população neonatal portuguesa por Martins e Curado (2017). Importa referir que esta escala se encontra integrada no sistema informático SClínico dos Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), sendo aplicada de acordo com os protocolos institucionais, pelo que os dados analisados resultam de registos clínicos previamente realizados pelos profissionais de saúde. Esta escala constitui uma ferramenta fundamental na prática de enfermagem neonatal, permitindo uma avaliação objetiva, sistemática e contínua do risco de desenvolvimento de LPP em recém-nascidos. A aplicação da NSRAS possibilita a obtenção de dados relevantes para o planeamento de intervenções de enfermagem individualizadas e baseadas na evidência, contribuindo para a prevenção de lesões cutâneas e para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. É uma escala observacional composta por seis itens que avaliam fatores de risco específicos em neonatos, nomeadamente: idade gestacional, estado mental, mobilidade, atividade, nutrição e humidade. Cada item é avaliado através de uma escala

ordinal do tipo Likert, com pontuação entre 1 (menor risco) e 4 (maior risco), resultando numa pontuação total que varia entre 6 e 24 pontos. Valores mais elevados correspondem a um maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão. De acordo com a literatura, considera-se que pontuações inferiores ou iguais a 7 indicam menor risco, enquanto valores superiores a 7 traduzem maior risco de desenvolvimento de lesões por pressão.

5.4. Procedimentos de Colheita de Dados

A colheita de dados foi realizada com recurso ao sistema informático de registo eletrónico SClinico, utilizado na UCERN de uma ULS da região centro, tendo por base os registos clínicos dos recém-nascidos incluídos no estudo, de acordo com os critérios de inclusão previamente definidos e após a devida autorização institucional. Para a recolha da informação, foi construído um instrumento de extração de dados pela investigadora, organizado em formato de tabela e guardado em ficheiro Excel, que permitiu a recolha sistematizada das variáveis em estudo. Este instrumento encontra-se apresentado em apêndice (Apêndice I). Os dados recolhidos incluíram informação relativa ao score da escala NSRAS ao longo do internamento, bem como intervenções de enfermagem associadas à prevenção de lesões por pressão, nomeadamente avaliação da pele, posicionamento com alternância de decúbitos, aplicação de dispositivos de prevenção de LPP e otimização dos dispositivos ventilatórios.

Os dados foram registados e armazenados em ficheiro digital, protegido por palavra-passe e acessível apenas à investigadora, garantindo a confidencialidade e anonimato dos participantes. Não foram recolhidos dados identificativos dos utentes. Após a conclusão do estudo, os dados serão mantidos durante o período necessário para efeitos académicos e posteriormente eliminados de forma definitiva, de acordo com as normas éticas e de proteção de dados em vigor.

5.5. Tratamento e Análise dos Dados

O tratamento e análise dos dados foram realizados com recurso aos programas IBM SPSS Statistics© (versão 29.0) e Microsoft Excel© (versão 2402). Inicialmente, procedeu-se à análise descritiva das variáveis em estudo, através do cálculo de frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, e de medidas de tendência central e dispersão (média, desvio padrão, valores mínimo e máximo) para variáveis quantitativas.

Relativamente à análise inferencial, e tendo em conta a natureza das variáveis e a não verificação dos pressupostos de normalidade, foram utilizados testes estatísticos não paramétricos. Para avaliar a relação entre variáveis quantitativas (idade gestacional, peso ao nascer e dias de internamento) e os scores da NSRAS, recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Spearman* (ρ), permitindo analisar a força e direção das associações monotónicas entre as variáveis. Para a comparação dos scores da NSRAS em função do sexo dos recém-nascidos, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* (U), adequado para a comparação de dois grupos independentes quando não se verificam os pressupostos de normalidade. Para comparar os valores dos scores da NSRAS entre dois momentos de avaliação (inicial e final), foi aplicado o teste de *Wilcoxon* para amostras emparelhadas, permitindo avaliar a existência de diferenças estatisticamente significativas ao longo do internamento. O nível de significância estatística foi estabelecido em $p < 0,05$.

Os resultados são apresentados sob a forma de tabelas e analisados de acordo com os objetivos do estudo, permitindo identificar associações entre as características dos recém-nascidos, as intervenções de enfermagem e o risco de desenvolvimento de LPP.

5.6. Considerações Éticas

Antes da realização do estudo, foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Unidade Local de Saúde selecionada, tendo sido obtido parecer favorável para a sua concretização (Anexo II). Foi igualmente obtida autorização do Conselho de Administração (Anexo III) da referida instituição, uma vez que o estudo implicou o acesso a dados clínicos registados em sistema informático institucional (SClínico). A recolha de dados teve início apenas após a obtenção de todas as autorizações necessárias, garantindo o cumprimento dos princípios éticos inerentes à investigação em saúde. Foram assegurados o anonimato e a confidencialidade dos dados, não tendo sido recolhida qualquer informação que permitisse a identificação dos recém-nascidos, com base nos critérios previamente definidos e abordados. Foi assegurada a confidencialidade dos dados, uma vez que o acesso aos dados foi dado apenas à equipa de investigação e estes foram guardados em computador pessoal, com chave de acesso e sem ligação à internet.

Relativamente à utilização de ferramentas de inteligência artificial, estas foram utilizadas apenas como apoio à organização e tradução de textos, não substituindo, em momento algum, o pensamento crítico, a análise científica e a autonomia da investigadora, mantendo-se a responsabilidade integral sobre os conteúdos apresentados.

6. Resultados

Caracterização Sociodemográfica

A amostra do estudo é constituída por 50 recém-nascidos, verificando-se uma distribuição equitativa quanto ao sexo, com 25 (50,0%) do sexo feminino e 25 (50,0%) do sexo masculino.

Importa realçar que, no que se refere à idade gestacional, foi definido como ponto de corte às 37 semanas, permitindo a distinção entre recém-nascidos pré-termo e de termo. Quanto aos dias de internamento, estes foram categorizados por semanas. No que se refere ao peso ao nascer, considerou-se a classificação em muito baixo peso para recém-nascidos com peso inferior a 1500g, baixo peso para valores inferiores a 2500g e peso normal para valores compreendidos entre 2501g e 4000g. Assim, observou-se uma média de 37,1 semanas (DP=2,3 semanas), com valores compreendidos entre 33 e 40 semanas, sendo que 20 (40,0%) recém-nascidos eram pré-termo e 30 (60,0%) de termo. No que concerne aos dias de internamento, registou-se uma média de 12,0 dias (DP=7,3 dias), variando entre 5 e 33 dias. A maioria dos recém-nascidos teve um tempo de internamento entre 7 e 14 dias (n=23; 45,5%), seguido de menos de 7 dias (n=17; 33,5%), entre 14 e 21 dias (n=6; 11,5%) e, por fim, mais de 21 dias (n=5; 9,5%). Quanto ao peso ao nascer, a média foi de 2826 gramas (DP=735), com valores entre os 1340 e 3990 gramas. Maioritariamente, os recém-nascidos apresentavam peso normal (n=31; 62,0%), enquanto 17 (34,0%) tinham baixo peso e 2 (4,0%) muito baixo peso (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização da Amostra

	Total (N = 50)			
	N	%		
Sexo				
Feminino	25	50,0		
Masculino	25	50,0		
Idade Gestacional (M; DP; Máx; Min)	37,1	2,3	40	33
Pré-Termo	20	40,0		
Termo	30	60,0		
Dias de Internamento (M; DP; Máx; Min)	12,0	7,3	33	5
< 7 dias	17	33,5		
7 a 14 dias	23	45,5		
14 a 21 dias	6	11,5		
> 21 dias	5	9,5		
Peso ao nascer (M; DP; Máx; Min)	2826	735	3990	1340
Muito Baixo Peso	2	4,0		
Baixo Peso	17	34,0		
Peso Normal	31	62,0		

M – Média; DP – Desvio padrão; Máx – Máximo; Min – Mínimo

Intervenções de Enfermagem

No que se refere às intervenções de enfermagem, constatou-se que a avaliação da pele foi realizada em todos os recém-nascidos (100%). O posicionamento com alternância de decúbitos foi efetuado na maioria dos casos (92%), não tendo sido realizado em 8% dos recém-nascidos. Quanto à aplicação de dispositivos de prevenção de LPP, observou-se variabilidade na sua utilização. A combinação de rolo, ninho e almofada foi utilizada em 24% dos casos, enquanto apenas o rolo foi aplicado em 32%. Em 30% dos recém-nascidos não foi aplicado qualquer dispositivo. Outras combinações apresentaram menor frequência. A otimização dos dispositivos ventilatórios foi realizada em 26% dos recém-nascidos, não tendo sido observada na maioria dos casos (74%) (Tabela 2).

Tabela 2 – Intervenções da Prática de Enfermagem

	Total (N = 50)	
	N	%
Avaliar Pele		
Sim	50	100,0
Não	0	0,0
Posicionar		
Sim	46	92,0
Não	8	8,0
Aplicação de Dispositivos		
Rolo	16	32,0
Almofada	1	2,0
Rolo e Ninho	3	6,0
Rolo e Ninho e Almofada	12	24,0
Rolo e Almofada	3	6,0
Sem aplicação	15	30,0
Otimizar Dispositivos Ventilatórios		
Sim	13	26,0
Não	37	74,0

Score da NSRAS - Primeira e Última Avaliação

No que concerne à análise descritiva da escala NSRAS, os valores variaram entre 6 e 19, com uma média de 9,2 e desvio padrão de 3,0. O score máximo apresentou média de 11,6, enquanto o score mínimo apresentou média de 7,0. Relativamente à primeira avaliação, a média foi de 11,1, diminuindo para 7,0 na última avaliação (Tabela 3).

Tabela 3 – Estatística Descritiva NSRAS

	Mínimo	Máximo	M	DP
NSRAS	6	19	9,2	3,0
Score máximo	6	19	11,6	3,6
Score mínimo	6	10	7,0	1,3
Primeira avaliação	6	17	11,1	3,2
Última avaliação	6	10	7,0	1,2

M – Média; DP – Desvio padrão

Relação entre variáveis sociodemográficas e o score da NSRAS

Relativamente à correlação entre as características dos recém-nascidos e os scores da NSRAS, observa-se uma associação negativa e estatisticamente significativa entre a idade gestacional e todos os scores da escala. Esta relação apresenta maior intensidade no score final ($p=-0,812$), seguida do score médio ($p=-0,737$) e do score inicial ($p=-0,681$). Estes resultados indicam que menores idades gestacionais se associam a valores mais elevados da escala. O peso ao nascer apresenta igualmente uma correlação negativa significativa com os scores da NSRAS. A associação é mais forte no score final ($p = -0,753$), seguida do score médio ($p=-0,648$) e do score inicial ($p=-0,542$), evidenciando que menores pesos ao nascer se relacionam com maior risco cutâneo. Por sua vez, os dias de internamento apresentam uma correlação positiva significativa com os scores da escala. A associação é mais evidente no score final ($p=0,551$), seguida do score médio ($p=0,410$) e do score inicial ($p=0,366$), indicando que períodos de internamento mais prolongados se associam a maior risco de lesão por pressão (Tabela 4).

Tabela 4 – Correlação de Spearman entre caraterísticas RN e score NSRAS

Variáveis	Score médio (p)	Score inicial (p)	Score final (p)
Idade Gestacional	-0,737**	-0,681**	-0,812**
Peso ao Nascer	-0,648**	-0,542**	-0,753**
Dias de Internamento	0,410**	0,366**	0,551**

p – coeficiente de correlação de Spearman; **p < 0,01

A Tabela 5 apresenta a relação entre o sexo dos recém-nascidos e os scores da escala NSRAS, com base no teste de Teste de U de Mann-Whitney. No score médio, o grupo feminino apresenta posto médio de 25,22, enquanto o masculino apresenta 25,78. O valor de $U=305,5$, $Z=-0,136$ e $p=0,892$ indica ausência de diferença estatisticamente significativa entre os sexos. No score inicial, o grupo feminino apresenta posto médio de 26,82 e o masculino 24,18. O valor de $U=279,5$, $Z=-0,645$ e $p=0,519$ confirma ausência de diferença significativa. No score final, o grupo feminino apresenta posto médio de 23,86 e o masculino 27,14. O valor de $U=271,5$, $Z=-0,852$ e $p=0,394$ indica novamente ausência de diferença estatisticamente significativa. Em todos os casos, os valores de p são superiores a 0,05, o que demonstra inexistência de diferenças significativas entre os sexos nos scores da NSRAS.

Tabela 5 – Relação entre o sexo dos RN e os scores da NSRAS

NSRAS	Sexo	N	Posto médio	U de Mann-Whitney	Z	p
Score Médio	Feminino	25	25,22	305,5	-0,136	0,892
	Masculino	25	25,78			
Score Inicial	Feminino	25	26,82	279,5	-0,645	0,519
	Masculino	25	24,18			
Score Final	Feminino	25	23,86	271,5	-0,852	0,394
	Masculino	25	27,14			

*p<0,05

Comparação entre os scores iniciais e finais da NSRAS

A Tabela 6 reporta a relação entre o *score* inicial e o *score* final da NSRAS, com base numa comparação de medidas emparelhadas, através do Teste de *Wilcoxon*. Observa-se um total de 42 pontuações negativas, 1 pontuação positiva e 7 empates. Este padrão indica que, na maioria dos casos, o *score* final é inferior ao *score* inicial. O valor de $Z=-5,709$ e $p<0,001$ evidencia uma diferença estatisticamente significativa entre os dois momentos de avaliação. Os resultados indicam uma diminuição significativa dos *scores* da NSRAS entre a avaliação inicial e a final.

Tabela 6 – Relação entre *score* inicial e final da NSRAS - Teste de *Wilcoxon*

NSRAS	Pontuações negativas (N)	Pontuações positivas (N)	Empates (N)	Z	p
Score Final Vs. Score Inicial	42	1	7	-5,709	<0,001

7. Discussão dos Resultados

A amostra em estudo apresenta distribuição equilibrada quanto ao sexo, sem predominância de um dos grupos, e inclui maioritariamente recém-nascidos de termo, ainda que uma proporção relevante seja constituída por pré-termo. A idade gestacional média situa-se próxima do limiar das 37 semanas, o que traduz uma população com algum grau de vulnerabilidade clínica. O tempo de internamento evidencia variabilidade, com a maioria a variar entre 7 e 14 dias, mas com casos de maior duração, o que pode refletir diferentes níveis de complexidade clínica. Relativamente ao peso ao nascer, a maioria dos recém-nascidos apresenta valores dentro da normalidade, embora se observe uma percentagem expressiva de baixo peso, fator reconhecido como associado a maior fragilidade cutânea. A amostra integra um grupo com características reconhecidas como fatores de risco, nomeadamente a presença de recém-nascidos pré-termo, baixo peso ao nascer e necessidade de internamento, aspetos que a literatura associa a maior vulnerabilidade cutânea (Harjati et al., 2025; Nicolosi et al., 2026; Razmus & Keep, 2021).

No presente estudo, a prevalência de recém-nascidos de termo não elimina o risco de desenvolvimento de LPP, uma vez que estas podem ocorrer mesmo em neonatos de termo, sobretudo em contexto de internamento e exposição a dispositivos médicos. Ainda assim, a presença relevante de recém-nascidos pré-termo e com baixo peso reforça a suscetibilidade da amostra, o que corrobora a evidência de que a imaturidade cutânea constitui um fator determinante no desenvolvimento destas lesões (Harjati et al., 2025).

Relativamente às intervenções de enfermagem, no presente estudo, a avaliação sistemática da pele em todos os recém-nascidos encontra-se em conformidade com as recomendações atuais, que enfatizam a monitorização contínua como estratégia central na prevenção de LPP (Curcio et al., 2022; 2024). A elevada frequência de posicionamento com alternância de decúbitos está de acordo com as boas práticas descritas, considerando que a imobilidade constitui um dos principais fatores de risco. No entanto, no presente estudo, a variabilidade na utilização de dispositivos de alívio de pressão e a ausência destes em parte da amostra pode representar uma limitação na prevenção, especialmente tendo em conta que a literatura identifica os dispositivos médicos como causa frequente de lesão cutânea em neonatos (Nicolosi et al., 2026).

No presente estudo, a diminuição significativa dos *scores* da NSRAS entre a avaliação inicial e final indica uma redução do risco de LPP ao longo do internamento. Este resultado está em consonância com estudos que demonstram que a avaliação contínua do risco, associada à implementação de intervenções adequadas, contribui para a redução da

incidência de lesões cutâneas (Curcio et al., 2025). A utilização da NSRAS evidencia utilidade na monitorização contínua e na orientação da prática clínica.

Os resultados de Nicolosi et al. (2026) demonstraram que 6,6% dos recém-nascidos desenvolveram LPP em UCIN, sendo 75% destas associadas a dispositivos, o que confirma as repercussões destes fatores na morbidade neonatal e na duração do internamento. Os recém-nascidos com idade pós-concepcional igual ou inferior a 30,8 semanas apresentaram risco acrescido, o que evidencia a maior vulnerabilidade destes prematuros. Um dos aspetos mais relevantes do estudo prende-se com o desempenho discriminativo da escala Dev-NSRAS nas primeiras 24 horas após a admissão hospitalar. Com um valor de corte ≤ 11 , esta escala apresentou excelente capacidade preditiva, com AUC de 0,921, sensibilidade de 81,6% e especificidade de 93,6%, a superar a escala de Glamorgan, cuja capacidade discriminativa foi apenas moderada. Neste sentido, o estudo de Nicolosi et al. (2026) sugere que a utilização precoce da Dev-NSRAS pela equipa de enfermagem poderá constituir uma estratégia mais rigorosa e clinicamente útil para antecipar o risco de lesões por pressão em recém-nascidos internados em UCIN e em unidades neonatais intermédias, possibilitando orientar medidas preventivas mais dirigidas e potencialmente reduzir complicações, duração do internamento e consumo de recursos hospitalares (Nicolosi et al. (2026).

A análise das associações demonstra que, no presente estudo, menor idade gestacional e menor peso ao nascer se associam a valores mais elevados da NSRAS, reforçando a evidência de que recém-nascidos mais imaturos e com menor peso apresentam maior risco de lesão cutânea (Razmus & Keep, 2021; Nicolosi et al., 2026). Por outro lado, a correlação positiva entre o tempo de internamento e o risco de LPP está de acordo com a literatura, que associa períodos prolongados de hospitalização a uma maior exposição a fatores de risco, nomeadamente dispositivos médicos e imobilidade (Curcio et al., 2025). No presente estudo, não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre o sexo relativamente aos scores da NSRAS, o que corrobora a evidência, que não identifica o sexo como fator determinante no desenvolvimento de LPP em neonatos (Curcio et al., 2022; 2024; Harjati et al., 2025; Razmus & Keep, 2021; Nicolosi et al., 2026).

Assim, os resultados apurados corroboram a literatura ao evidenciar que o risco de LPP resulta da interação de fatores intrínsecos, como a imaturidade fisiológica, e de fatores extrínsecos, como as intervenções e dispositivos utilizados. Estes dados reforçam a importância da avaliação contínua e criteriosa do risco através de instrumentos validados, como a NSRAS, bem como a necessidade de se implementarem estratégias preventivas, uma área de atuação do enfermeiro para a promoção da segurança e qualidade dos cuidados neonatais. Nicolosi et al. (2024) destacam que a pele do recém-nascido apresenta características anatómicas e fisiológicas que aumentam a sua vulnerabilidade,

designadamente a reduzida espessura, a imaturidade do estrato córneo, a menor coesão entre as camadas cutâneas e a limitada atividade das glândulas sebáceas. Estas particularidades tornam a pele mais suscetível a estímulos externos e contribuem para um risco acrescido de desenvolvimento de lesões por pressão (Nicolosi et al., 2024). Este risco assume maior relevância em recém-nascidos internados em UCIN, onde determinados fatores como a mobilidade reduzida e a utilização de dispositivos médicos intensificam a probabilidade de ocorrência dessas lesões. Os autores (Nicolosi et al., 2024) defendem que a implementação de estratégias preventivas eficazes depende, numa fase inicial, da utilização de instrumentos de avaliação do risco que sejam válidos, fiáveis e com capacidade preditiva. No que respeita às escalas de avaliação mais utilizadas em contexto neonatal, nomeadamente a Glamorgan e a NSRAS, o mesmo estudo concluiu que existe necessidade de instrumentos específicos e ajustados a esta população. Neste sentido, recomendam a utilização da NSRAS em investigação futura e na formação dos profissionais de saúde na área neonatal, atendendo ao seu potencial para apoiar a identificação precoce do risco e orientar medidas preventivas adequadas (Nicolosi et al., 2025).

Lopez et al. (2025) evidenciam uma elevada prevalência de lesões associadas à dependência em contexto de interbamento, em Espanha, com um valor global de 29,4%, superior ao reportado noutros estudos nacionais e internacionais. As lesões relacionadas com a humidade constituíram o tipo mais frequente, seguidas das LLP, mais prevalentes em UCI, e das lesões por fricção. Entre os principais fatores associados ao desenvolvimento destas lesões destacam-se a ventilação mecânica não invasiva e a cateterização urinária, o que reforça o papel dos dispositivos médicos como determinantes relevantes do risco. Cerca de um terço dos recém-nascidos foi classificado como em risco de desenvolver LPP. Os autores (Lopez et al., 2025) referem ainda que a escala e-NSRAS poderá não ser adequada para avaliar todos os tipos de lesões cutâneas associadas à dependência, o que evidencia limitações na avaliação global do risco nesta população. No seu estudo ficou demonstrado que a aplicação de medidas preventivas ocorreu, em muitos casos, de forma tardia ou inadequada, o que pode contribuir para o aumento da incidência destas lesões. Neste sentido, o estudo sublinha a necessidade de desenvolver e implementar estratégias preventivas mais direcionadas, bem como de adaptar os instrumentos de avaliação do risco, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados neonatais (Lopez et al., 2025).

O presente estudo apresenta limitações que foram tidas em consideração na interpretação dos resultados. A dimensão reduzida da amostra limita a generalização dos resultados obtidos. É de referir ainda que a realização do estudo num único contexto clínico pode refletir práticas específicas da instituição, o que não permite generalizar os resultados

para outros contextos. Considera-se que a ausência de grupo de comparação limita a avaliação do efeito causal das intervenções implementadas. Acresce a possibilidade de viés associado à recolha de dados baseada em registos clínicos e observação, podendo existir variabilidade na avaliação.

8. Conclusão

A execução deste relatório implicou necessariamente a integração e consequente reflexão crítica das aprendizagens adquiridas ao longo dos diversos contextos de estágio e do desenvolvimento do trabalho de investigação, transformando-se, assim, na consolidação de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo de todo o percurso formativo pude reforçar a premissa que toda e qualquer criança e jovem não podem ser entendidos como “pequenos adultos”, uma vez que apresentam necessidades físicas, emocionais e desenvolvimentais próprias, que exigem cuidados especializados e diferenciados. Neste contexto, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel fundamental na prestação de cuidados de saúde centrados na criança/jovem e família, respondendo de forma individualizada às especificidades de cada etapa do desenvolvimento infantil.

Mais do que tratar a doença, os cuidados do EEESIP integram uma dimensão relacional e emocional profundamente relevante, procurando minimizar repercussões negativas da hospitalização na vida da criança/jovem e da sua família. O enfermeiro especialista acompanha situações de doença aguda, crónica ou de especial complexidade, promove simultaneamente o crescimento, o desenvolvimento saudável e o bem-estar global da criança/jovem e envolve a família como agente ativo e parceira do cuidado. Neste âmbito, este profissional desempenha funções fundamentais na avaliação contínua do estado de saúde e desenvolvimento infantil, na administração de terapêutica e intervenções especializadas, bem como na vigilância e gestão de patologias específicas da população pediátrica. Desempenha uma prática de cuidados determinantes na capacitação e na educação da criança/jovem e da família, através da promoção de práticas preventivas, orientação para cuidados seguros e apoio na adaptação às necessidades de cada criança/jovem e respetiva família, uma vez que cada caso é singular e merecedor de um olhar holístico. A prática de cuidados do EEESIP exige, assim, não só competências técnico-científicas diferenciadas, mas igualmente sensibilidade, empatia e capacidade de estabelecer uma relação terapêutica baseada na confiança, no respeito e na parceria de cuidados com a criança/jovem e família. Por tudo, a realização deste percurso formativo traduziu-se no desenvolvimento de competências que sustentam uma prática de cuidados pediátricos avançados, contribuindo para a obtenção do título de Enfermeira Especialista e do grau de Mestre, com um compromisso contínuo na promoção de cuidados seguros, humanizados e de qualidade à criança/jovem e família.

No que respeita ao estudo de investigação, o mesmo permitiu analisar o risco de LPP em recém-nascidos, bem como a sua relação com características clínicas e intervenções de enfermagem. Os resultados evidenciam que o risco de LPP se associa de forma significativa a fatores como a menor idade gestacional, o baixo peso ao nascer e o maior tempo de internamento, reforçando o papel da imaturidade fisiológica e da exposição prolongada a fatores extrínsecos na vulnerabilidade cutânea neonatal.

Observou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos *scores* da NSRAS entre a avaliação inicial e final, que indica uma redução do risco ao longo do internamento, o que sugere o contributo das intervenções de enfermagem na prevenção de lesões cutâneas, com destaque para a avaliação contínua da pele e o posicionamento adequado. Ainda assim, a variabilidade na utilização de dispositivos de alívio de pressão evidencia a necessidade de maior consistência na implementação de estratégias preventivas.

A realização deste estudo permitiu compreender se a implementação de medidas preventivas, como o posicionamento adequado, a avaliação da pele e a otimização de dispositivos de alívio de pressão, influencia a pontuação da NSRAS e, conseqüentemente, o risco de desenvolvimento de LPP. Os resultados reforçam a importância da avaliação sistemática do risco através de instrumentos validados, como a NSRAS, bem como o papel fundamental do enfermeiro na identificação precoce de fatores de risco e na implementação de cuidados baseados na evidência, para promoção da segurança e qualidade dos cuidados neonatais.

Considerações Finais

Ao longo deste percurso formativo, procurei integrar de forma eficaz os conhecimentos teóricos com a prática clínica, com o objetivo de desenvolver intervenções competentes, consistentes e sustentadas na melhor evidência científica disponível. A prestação de cuidados especializados à criança, ao jovem e à família, no âmbito da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, exigiu não só domínio técnico-científico, mas também sensibilidade, pensamento crítico e capacidade de adaptação às diferentes realidades encontradas.

A experiência de estágio constituiu uma oportunidade relevante para o desenvolvimento de competências, reforçando a importância da escuta ativa, da empatia e da humanização dos cuidados. O contacto com a prática em contexto real permitiu aplicar conhecimentos, compreender dinâmicas familiares distintas e responder às especificidades de cada fase do desenvolvimento infantil, afirmando-se como essencial para o crescimento pessoal e profissional. Reconheci dificuldades inerentes à construção da identidade enquanto futura enfermeira especialista, nomeadamente a gestão emocional em situações exigentes, a adaptação a diferentes equipas e contextos e a atuação em cenários clínicos complexos. Ainda assim, enfrentei estes desafios com resiliência, capacidade de autorreflexão e abertura à aprendizagem contínua, valorizando o contributo de colegas, especialistas, crianças e famílias.

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica requer um olhar atento, uma escuta sensível e uma intervenção segura, capaz de responder às necessidades da criança, do jovem e da família. Este percurso reflete o compromisso com uma prática especializada, ética, crítica e humanizada, aliando o conhecimento científico à qualidade dos cuidados. Neste sentido, a aquisição de experiência profissional e o investimento na formação especializada possibilitaram o desenvolvimento e a consolidação de competências avançadas, fundamentais para a obtenção do título de enfermeira especialista e do grau de mestre, contribuindo para uma prática de cuidados cada vez mais diferenciada e sustentada na evidência científica.

A especialização e o desenvolvimento profissional avançado constituem etapas fundamentais na consolidação da identidade do EEESIP, permitindo a aquisição de competências acrescidas em áreas específicas da prática clínica. Neste contexto, a formação recebida representou oportunidades de crescimento profissional, bem como

promoveu o desenvolvimento de capacidades de liderança, pensamento crítico, tomada de decisão clínica e investigação em enfermagem.

Os enfermeiros com uma prática avançada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica exercem funções em diversos contextos de prática de cuidados. A sua intervenção abrange a prestação de cuidados à criança/jovem saudável ou com doença aguda, crónica ou de elevada complexidade, desde o nascimento até à adolescência e juventude, integrando sempre a família em todo este processo. A prática avançada nesta área exige conhecimentos especializados que permitam avaliar, identificar e responder às necessidades específicas da criança/jovem e família. O enfermeiro assume um papel determinante na promoção da saúde, na prevenção da doença, na vigilância do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como na gestão de situações clínicas complexas. Destaca-se a importância da articulação interdisciplinar e da implementação de práticas baseadas na evidência científica, com vista à melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados.

O enfermeiro especialista assume igualmente funções de educação, orientação e liderança junto das equipas de saúde e contribui para a capacitação dos profissionais e para a melhoria dos sistemas de prestação de cuidados. A atuação do EEESIP ultrapassa, assim, a dimensão exclusivamente técnica, pois integra uma abordagem reflexiva, humanizada e centrada na criança/jovem e família. Neste percurso, torna-se evidente que a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica representa uma área de elevada exigência científica, técnica e humana, mas simultaneamente gratificante. A diversidade de contextos e experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo reforçou a importância do desenvolvimento contínuo de competências e da construção de uma prática profissional ética, crítica e comprometida com a excelência dos cuidados.

Referências Bibliográficas

- Arach, A. A. O., Kiguli, J., Nankabirwa, V., et al. (2022). "Your heart keeps bleeding": Lived experiences of parents with a perinatal death in Northern Uganda. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22, 491. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-04788-8>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). *30 anos pela segurança infantil em Portugal: Relatório APSI*. https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf
- Bauernfeind, L., Rester, C., & Schoenstein, S. (2024). Pediatric pressure injuries: A systematic review of interventions to prevent hospital-acquired pressure injuries in the pediatric population. *Kontakt*. Advance online publication. <https://doi.org/10.32725/kont.2024.038>
- Black, B. P., & Wright, P. (2012). Posttraumatic growth and transformation as outcomes of perinatal loss. *Illness, Crisis, & Loss*, 20(3), 225–237. <https://doi.org/10.2190/IL.20.3.b>
- Bowlby, J. (1988). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. Basic Books.
- Bozzola, E., Ciarlito, C., Guolo, S., Brusco, C., Cerone, G., Antilici, L., Schettini, L., Piscitelli, A. L., Vittucci, A. C., Cutrera, R., Raponi, M., & Villani, A. (2021). Respiratory syncytial virus bronchiolitis in infancy: The acute hospitalization cost. *Frontiers in Pediatrics*, 8, 594898. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.594898>
- Bruschettini, M., Hassan, K. O., Romantsik, O., Banzi, R., Calevo, M. G., & Moresco, L. (2022). Interventions for the management of transient tachypnoea of the newborn - an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2(2), CD013563. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013563.pub2>
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (2006). The foundations of posttraumatic growth: An expanded framework. In L. G. Calhoun & R. G. Tedeschi (Eds.), *Handbook of posttraumatic growth: Research & practice* (pp. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Carvalho, J. (2020). *Adesão dos enfermeiros à notificação de eventos adversos em pediatria* (Dissertação de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública). <https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Carvalho.pdf>

- Carvalho, M. (2024). Vivenciar a morte e o luto em contexto pediátrico. In *Cuidar a criança e família*. Instituto Politécnico de Viseu. https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/12/LIVRO-Cuidar-a-Crianca-e-Familia_2024.pdf
- Casey, A. (1993). Partnership nursing: Influences on involvement of parents in the care of hospitalized children. *Journal of Clinical Nursing*, 2(2), 105–109. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.1993.tb00147.x>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Cassidy, P. R. (2020). *Good mothers/bad mothers: Grief, morality and gender inequality in care encounters following perinatal death* [Tese de doutoramento, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Ciencias Políticas y Sociología]. https://www.umamanita.es/wp-content/uploads/2021/03/2020-Cassidy-Good-mothers-bad-mothers-Grief-morality-and-gender-inequality-in-care-encounters-following-perinatal-death_2.pdf
- Catassi, C., Verdu, E. F., Bai, J. C., & Lionetti, E. (2022). Coeliac disease. *Lancet*, 399(10344), 2413–2426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)00794-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)00794-2)
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2006). Eliminating serious, preventable, and costly medical errors – “Never events”. <https://www.cms.gov/newsroom/fact-sheets/eliminating-serious-preventableand-costly-medical-errors-never-events>
- Chen, J., Chen, J., Yang, J., Chen, Y., Liang, Y., & Lin, Y. (2020). Investigating the efficacy of hydrocolloid dressing for preventing nasotracheal tube-related pressure injury in the PICU. *Pediatric Critical Care Medicine*, 21(9), e752–e758. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002494>
- Craig, J., Glick, C., Phillips, R., Hall, S., Smith, J., & Browne, J. (2015). Recommendations for involving the family in developmental care of the NICU baby. *Journal of Perinatology*, 35(Suppl. 1), S5–S8. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.142>
- Curcio, F., Vaquero-Abellán, M., Dioni, E., de Lima, M. M., Ez Zinabi, O., & Romero-Saldaña, M. (2024). Validity and reliability of the Italian Neonatal Skin Risk Assessment Scale (i-NSRAS). *Intensive and Critical Care Nursing*, 80, 103561. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2023.103561>
- Curcio, F., Vaquero-Abellán, M., Meneses-Monroy, A., de Pedro-Jimenez, D., Avilés-González, C. I., & Romero-Saldaña, M. (2025). Multicentre prospective study to

- establish a risk prediction model on pressure injury in the neonatal intensive and intermediate care units. *Australian Critical Care*, 38(3), 101204.
<https://doi.org/10.1016/j.aucc.2025.101204>
- Curcio, F., Vaquero-Abellán, M., Zicchi, M., Ez Zinabi, O., & Romero-Saldaña, M. (2022). Translation and cross-cultural adaptation of the Neonatal Skin Risk Assessment Scale (NSRAS) to Italian. *Journal of Tissue Viability*, 31(4), 693–698.
<https://doi.org/10.1016/j.jtv.2022.10.001>
- Dewey, J. (1933). *How We Think: A Restatement of the Relation of Reflective Thinking to the Educative Process*. Boston, MA: D.C. Heath & Co Publishers.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Prescrição de palivizumab para prevenção de infeção pelo vírus sincicial respiratório em crianças de risco* (Norma n.º 012/2013, atualizada a 28/12/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prescricao-de-palivizumab-para-prevencao-de-infecao-pelo-virus-sincicial-respiratorio-em-criancas-de-risco.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2030: Saúde sustentável – de tod@s para tod@s*. <https://pns.dgs.pt>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Boletim epidemiológico Observações n.º 34 – Acidentes em idade pediátrica: Uma análise de dados EVITA (2016–2022)*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.
https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/8753/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N34_2023_artigo1.pdf
- El-Fattah, N. M. A., El-Mahdy, H. S., Hamisa, M. F., & Ibrahim, A. M. (2024). Thoracic fluid content (TFC) using electrical cardiometry versus lung ultrasound in the diagnosis of transient tachypnea of newborn. *European Journal of Pediatrics*, 183(6), 2597–2603.
<https://doi.org/10.1007/s00431-024-05507-5> <https://doi.org/10.1007/s00431-024-05507-5>
- Ferreira, C. A. G., Balbino, F. S., Balieiro, M. M. F. G., & Mandetta, M. A. (2018). Validation of instruments about family presence on invasive procedures and cardiopulmonary resuscitation in pediatrics. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3046.
<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2368.3046> <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2368.3046>
- Ferreira, P. P. (2024). Acesso ao serviço de urgência pediátrica: reflexão. In I. Bica, L. Condeço, M. Cordeiro, & C. Marinho (Coords.), *Cuidar a criança e família: desafios*

- atuais de enfermagem pediátrica*. Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu. https://essv.ipv.pt/wp-content/uploads/sites/10/2024/12/LIVRO-Cuidar-a-Crianca-e-Familia_2024.pdf
- Ferro, T. A., Silva, L. T. P. D., Silva-Rodrigues, F. M., Santos, M. R. D., & Szylił, R. (2024). Nurses' beliefs in the care of newborns at the end of life in the neonatal intensive care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 58, e20240065. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0065en>
- Fonseca, A. C., Silva, J. R., & Cunha, M. (2017). *Psicopatologia do desenvolvimento e intervenção psicoterapêutica em crianças e adolescentes*. Pactor.
- García-Molina, P., Balaguer-López, E., García-Fernández, F. P., Ferrera-Fernández, M. Á., Blasco, J. M., & Verdú, J. (2018). Pressure ulcers' incidence, preventive measures, and risk factors in neonatal intensive care and intermediate care units. *International Wound Journal*, 15, 571–579. <https://doi.org/10.1111/iwj.12900>
- Guerra, M., Jesus, É., & Araújo, B. (2021). Leadership and participation of nurses in hospital governance: Impact on the quality and safety of care provided – Scoping review protocol. *Gestão e Desenvolvimento*, (29), 423–438.
- Harjati, T., Rustina, Y., & Hayati, H. (2025). Validation of a comprehensive skin risk assessment and management instrument for hospitalized neonatal patients. *Malahayati International Journal of Nursing and Health Science*, 8(9), 1238–1246. <https://doi.org/10.33024/minh.v8i9.1767>
- Heneghan, J. A., Ramakrishnan, K., & Wernovsky, G. (2020). Type C Esophageal Atresia and d-Transposition of the Great Arteries in a Newborn. *World Journal for Pediatric and Congenital Heart Surgery*, 11(5), 652–653. <https://doi.org/10.1177/2150135120928961>
- IBM Corp. (2022). *IBM SPSS Statistics* (Version 29.0) [Computer software]. <https://www.ibm.com/products/spss-statistics>
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2023). *Boletim epidemiológico Observações n.º 34 – Acidentes em idade pediátrica: Uma análise de dados EVITA (2016–2022)*. https://repositorio.insa.pt/bitstream/10400.18/8753/1/Boletim_Epidemiologico_Observacoes_N34_2023_artigo1.pdf
- Jesus, M. I. de S. e C. (2019). *Cuidados especializados à criança em cuidados paliativos: Importância da equipa de suporte integrado pediátrico* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28816/1/Relat%c3%b3rio%20Ap%c3%b3s%20Prova%20P%c3%bablica%20Marta%20Jesus.pdf>

- Kamboj, A. K., & Oxentenko, A. S. (2017). *Clinical and histologic mimickers of celiac disease*. *Clinical and Translational Gastroenterology*, 8(8), e114.
<https://doi.org/10.1038/ctg.2017.41>
- Kjærgaard, J., Anastasaki, M., Østergaard, M. S., Isaeva, E., Akylbekov, A., et al. (2020). Correction: Diagnosis and treatment of acute respiratory illness in children under five in primary care in low-, middle-, and high-income countries: A descriptive FRESH AIR study. *PLOS ONE*, 15(2), e0229680. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229680>
- Kochen, E. M., Jenken, F., Boelen, P. A., et al. (2020). When a child dies: A systematic review of well-defined parent-focused bereavement interventions and their alignment with grief- and loss theories. *BMC Palliative Care*, 19, 28.
<https://doi.org/10.1186/s12904-020-0529-z>
- Lebwohl, B., Haggård, L., Emilsson, L., Söderling, J., Roelstraete, B., Butwicka, A., Green, P. H. R., & Ludvigsson, J. F. (2021). Psychiatric disorders in patients with a diagnosis of celiac disease during childhood from 1973 to 2016. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 19(10), 2093–2101.e13. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2020.08.018>
- Lee, R. J., & Steer, P. J. (2020). Miscarriage, stillbirth, and neonatal death – The words we use are important but holistic care requires both practical improvements and appropriately trained staff. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(7), 875. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.16152>
- López, E. B., Mora Morillo, I. M., Buck Sainz-Rozas, P., Rodríguez Dolz, M. C., Plá Marzo, L., & García Molina, P. (2025). Prevalence and risk factors of dependence-related skin lesions in neonatal units: A multicentre study across Spanish hospitals. *Journal of Tissue Viability*, 34(4), 100945. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2025.100945>
- Martins, C. O. A., & Curado, M. A. dos S. (2017). Escala de observação do risco de lesão da pele em neonatos: Validação estatística com recém-nascidos. *Revista de Enfermagem Referência, Série IV*(13), 43–52. <https://doi.org/10.12707/RIV16082>
- Mery, C. M., De Leon, L. E., Rodriguez, J. R., Nieto, R. M., Zhang, W., Adachi, I., et al. (2017). Effect of gastrointestinal malformations on the outcomes of patients with congenital heart disease. *Annals of Thoracic Surgery*, 104(5), 1590–1596.
<https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.04.042>

Microsoft Corporation. (2024). *Microsoft Excel* (Version 2402) [Computer software].

<https://www.microsoft.com>

Neri, C., Sartorius, V., & De Luca, D. (2025). Transient tachypnoea: new concepts on the commonest neonatal respiratory disorder. *European Respiratory Review*, 34(175), 240112. <https://doi.org/10.1183/16000617.0112-2024>

<https://doi.org/10.1183/16000617.0112-2024>

Nicolosi, B., Curcio, F., Gheorghe, M. A., Prisco, R., & Parente, E. (2024). Risk assessment of pressure injuries in newborns: Appropriateness of Glamorgan and NSRAS scales: A scoping review. *Infermieristica Journal*, 3(1), 45–60. <https://doi.org/10.36253/inf-2403>

Nicolosi, B., Neri, E., Fioravanti, L., Lenzi, S., De Felice, C., & García-Molina, P. (2026). Predictive performance of Device-Neonatal Skin Risk Assessment Scale to evaluating pressure injuries risk in the neonatal intensive care unit: An observational multicenter study. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/jocn.17825>

Oliveira, C., & Fernandes, C. (2020). *Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria: Abordagem centrada na família*. Lidel.

Ordem dos Enfermeiros (2017) Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros (2017) Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ordem dos Enfermeiros (2018) Regulamento n.º 422/2018 das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros (2019) Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República.

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer conjunto n.º 01/2017 do Conselho de Enfermagem e da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Atribuição de responsável de turno*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_MCEESIP_ParecerConjunto_01_2017_ResponsavelTurno_Pediatria_Coleg.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2021). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization.

- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2021). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (11th ed.). Wolters Kluwer.
- Razmus, I. S., & Keep, S. M. (2021). Neonatal intensive care nursing pressure injury prevention practices: A descriptive survey. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 48(5), 394–402.
<https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000805>
- República Portuguesa – Gabinete da Secretária de Estado da Saúde. (2025). *Despacho n.º 11714/2025, de 6 de outubro. Diário da República, 2.ª série*(192).
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2025/10/192000000/0016900170.pdf>
- Rivera, R. R., & Shelley, A. N. (2024). Building a foundation for excellence: Advancing evidence-based practice and nursing research in a multi-campus healthcare setting. *Nurse Leader*, 22(4), 365–373. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2024.04.010>
- Rodrigues, C. B. O., Prado, T. N., Nascimento, L. C. N., Laignier, M. R., Caniçali Primo, C., & Bringuente, M. E. O. (2020). Management tools in nursing care for children with pressure injury. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl. 4), e20180999.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0999>
- Santos, M. E. R. D., & Príncipe, F. P. (2020). Família presente no atendimento da emergência pediátrica: E agora, equipe? *Revista Espaço para a Saúde*, 21(1), 34–36. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1116035>
- Sathe, P. A., Dash, M., Vaideeswar, P., Karande, S., & Kadiyani, L. (2024). Pediatric pneumonia – A clinico-pathological study. *Indian Journal of Pathology and Microbiology*, 67(4), 766–769. https://doi.org/10.4103/ijpm.ijpm_700_23
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.
- Schön, D. A. (1986). The reflective practitioner: How professionals think in action. *The Journal of Continuing Higher Education*, 34(3).
<https://doi.org/10.1080/07377366.1986.10401080>
- Schön, D. A. (1987). *Educating the reflective practitioner*. Jossey-Bass.
- Schön, D. A. (1991). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Aldershot: Ashgate Publishing.
- Shafqat, N., Rawat, T., Singh, V., Verma, R., Rani, M., & Tailor, S. K. (2025). Enhancing pediatric patient safety by evaluating the effect of targeted education on nurses'

- knowledge, attitudes, and practices of fall prevention. *Cureus*, 17(4), e82946.
<https://doi.org/10.7759/cureus.82946>
- Slot, A., Krog, M. C., Bliddal, S., Olsen, L. R., Nielsen, H. S., & Kolte, A. M. (2022). Feelings of guilt and loss of control dominate in stress and depression inventories from women with recurrent pregnancy loss. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 27, 153–158. <https://doi.org/10.1080/13625187.2021.1943740>
- Tedeschi, R., Calhoun, L., & Cann, A. (2007). Evaluating resource gain: Understanding and misunderstanding posttraumatic growth. *Applied Psychology*, 56(3), 396–406.
<https://doi.org/10.1111/j.1464-0597.2007.00299.x>
- Tsai, P. C., Wang, J. B., Lo, S. Y., & Pan, J. Y. (2023). Type-C esophageal atresia and d-transposition of the great arteries managed by a two-step sternotomy approach: A case report. *Journal of Pediatric Surgery Case Reports*, 97, 102707.
<https://doi.org/10.1016/j.epsc.2023.102707>
<https://doi.org/10.1016/j.epsc.2023.102707>
- Vilelas, J. (2021). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (3.^a ed.). Edições Sílabo.
- Voss, P., Schick, M., Langer, L., Ainsworth, A., Ditzen, B., Strowitzki, T., ... Kuon, R. J. (2020). Recurrent pregnancy loss: A shared stressor—Couple-orientated psychological research findings. *Fertility and Sterility*.
<https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2020.08.14>
- Walsh, J. A., & Sethares, K. A. (2022). The use of guided reflection in simulation-based education with prelicensure nursing students: An integrative review. *Journal of Nursing Education*, 61(2), 73–79. <https://doi.org/10.3928/01484834-20211213-01>
- Wei, Y., Wang, Y., Yuan, Y., & Chen, J. (2025). Celiac disease, gluten-free diet, and eating disorders: From bench to bedside. *Foods*, 14(1), 74.
<https://doi.org/10.3390/foods14010074>
- Wong, J. Q. H., Charles, J. S., Mok, H. T., Tan, T. S. Z., Amin, Z., & Ng, Y. P. M. (2023). Experiences of healthcare personnel with death in the neonatal intensive care unit: a systematic review of qualitative studies. *Archives of Disease in Childhood - Fetal and Neonatal Edition*, 108(6), 617–622. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325566>
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2023-325566>

Apêndices

Apêndice I – Base de Dados

A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K
ID	IG	PN	Sexo	TotalDias Int	DiasInt	Score NSRAS	Int 1	Int 2	Int 3	Int 4
198	35	2265	2	14	1	15	1	1	6	1
					2	12				
					3	11				
					4	11				
					5	11				
					6	10				
					7	9				
					14	9				
199	35	1880	2	14	1	14	1	1	6	1
					2	12				
					3	12				
					4	12				
					5	9				
					6	9				
					7	9				
					14	9				
207	40	3945	1	7	1	13	1	1	1	
					2	10				
					3	9				
					4	6				
					5	6				
					6	6				
					7	7				
208	39	3345	1	9	1	9	1	1	1	
					2	6				
					3	6				
					4	6				
					5	6				
					6	6				
					7	6				
209	40	3690	2	10	1	10	1	1		
					2	11				
					3	10				
					4	10				
					5	10				
					6	7				
					7	6				
212	37	2725	1	7	1	12	1	1	3	
					2	12				
					3	11				
					4	9				
					5	7				
					6	7				
					7	7				
216	39	3645	2	13	1	6	1	1	1	
					2	7				
					3	7				
					4	7				
					5	7				
					6	7				
					7	7				
217	38	3145	2	5	1	10	1	1	1	
					2	10				
					3	6				
					4	6				
					5	6				
218	37	2400	2	7	1	12	1	1	1	
					2	12				
					3	12				
					4	10				
					5	8				
					6	8				
					7	7				
219	39	3165	2	5	1	6	2	1		
					2	6				
					3	6				
					4	6				
					5	6				
220	34	2020	2	21	1	15	1	1	6	
					2	15				
					3	12				
					4	12				
					5	10				
					6	8				
					7	8				
					14	8				
					21	8				

181

181												
182	238	34	2196	1	16	1	16	1	1	6	1	
183						2	15					
184						3	12					
185						4	12					
186						5	12					
187						6	12					
188						7	12					
189						14	8					
190												
191	242	35	2430	1	7	1	17	1	1	1		
192						2	12					
193						3	7					
194						4	7					
195						5	7					
196						6	7					
197						7	7					
198												
199	243	40	3450	1	5	1	6	2	1			
200						2	6					
201						3	6					
202						4	6					
203						5	6					
204												
205	245	39	3990	2	10	1	12	2	1	5	1	
206						2	12					
207						3	9					
208						4	6					
209						5	6					
210						6	6					
211						7	6					
212												
213	247	38	3590	1	10	1	11	1	1	1		
214						2	11					
215						3	11					
216						4	9					
217						5	8					
218						6	6					
219						7	6					
220												
221	248	39	3190	2	5	1	11	1	1			
222						2	11					
223						3	19					
224						4	9					
225						5	6					
226												
227	251	34	2130	2	23	1	12	1	1	5		
228						2	12					
229						3	12					
230						4	11					
231						5	11					
232						6	11					
233						7	9					
234						14	8					
235						21	8					
236												
237	252	39	2950	1	10	1	12	1	1	1		
238						2	10					
239						3	8					
240						4	8					
241						5	8					
242						6	6					
243						7	6					
244												
245	253	39	2805	2	6	1	8	1	1			
246						2	8					
247						3	7					
248						4	6					
249						5	6					
250						6	6					
251												
252	255	39	3190	1	5	1	11	1	1			
253						2	10					
254						3	10					
255						4	7					
256						5	6					
257												
258	256	38	2790	2	11	1	8	1	1			
259						2	8					
260						3	7					
261						4	6					
262						5	6					
263						6	6					
264						7	6					
265												
266	259	38	3120	2	7	1	15	1	1		1	
267						2	15					
268						3	12					
269						4	10					
270						5	7					
271						6	7					
272						7	7					

274	260	40	3110	2	6	1	8	1	1	1	
275						2	8				
276						3	6				
277						4	6				
278						5	6				
279						6	6				
280											
281	261	35	2145	1	7	1	12	1	1	7	
282						2	11				
283						3	11				
284						4	9				
285						5	9				
286						6	7				
287						7	7				
288											
289	262	38	3990	2	7	1	10	1	1	1	
290						2	8				
291						3	6				
292						4	6				
293						5	6				
294						6	6				
295						7	6				
296											
297	263	35	2120	2	10	1	13	1	1		
298						2	13				
299						3	12				
300						4	12				
301						5	10				
302						6	10				
303						7	10				
304											
305	267	36	1780	1	14	1	11	1	1	5	
306						2	11				
307						3	11				
308						4	10				
309						5	10				
310						6	9				
311						7	8				
312						14	8				
313											
314	270	36	2880	2	6	1	14	1	1	7	1
315						2	12				
316						3	11				
317						4	10				
318						5	10				
319						6	8				

321	271	34	1900	1	16	1	15	1	1	6	1
322						2	15				
323						3	12				
324						4	12				
325						5	19				
326						6	9				
327						7	9				
328						14	8				
329											
330	272	39	3630	1	10	1	6	1	1	1	
331						2	6				
332						3	6				
333						4	6				
334						5	6				
335						6	6				
336						7					
337											
338	275	35	2430	2	13	1	12	1	1	6	1
339						2	13				
340						3	13				
341						4	13				
342						5	13				
343						6	19				
344						7	9				
345											
346	277	39	3270	2	6	1	11	1	1	1	
347						2	10				
348						3	8				
349						4	7				
350						5	7				
351						6	6				
352											
353	278	35	1830	2	19	1	12	1	1	6	
354						2	12				
355						3	12				
356						4	10				
357						5	10				
358						6	10				
359						7	10				
360						14	10				
361											
362	280	39	3860	1	11	1	12	1	1	1	
363						2	9				
364						3	7				
365						4	7				
366						5	6				
367						6	6				
368						7	6				

369												
370	283	40	3000	1	8	1	9	1	1	1		
371						2	9					
372						3	7					
373						4	6					
374						5	6					
375						6	6					
376						7	6					
377												
378	286	40	3740	15	1	11	1	1				
379						2	10					
380						3	8					
381						4	8					
382						5	8					
383						6	6					
384						7	6					
385						14	6					
386												
387	287	38	3190	1	6	1	10	1	1	7	1	
388						2	10					
389						3	8					
390						4	8					
391						5	6					
392						6	6					
393												
394	291	34	2440	1	19	1	13	1	1	6		
395						2	13					
396						3	13					
397						4	11					
398						5	11					
399						6	9					
400						7	9					
401						14	7					
402												
403	294	40	3640	1	10	1	11	1	1			
404						2	10					
405						3	9					
406						4	9					
407						5	8					
408						6	8					
409						7	6					

Codificação

ID – N.º Entrada

Idade Gestacional (IG) – N.º Semanas

Peso Nascimento (PN) – gramas

Sexo – Feminino (1) / Masculino (2)

Dias de Internamento (DiasInt) – N.º dias

Score NSRAS – Valor numérico (entre 6 e 24)

Intervenções (Int):

1: Posicionar em alternância de decúbitos de 3/3 horas – Sim (1) / Não (2)

2: Avaliar a pele 1xT – Sim (1) / Não (2)

3: Aplicar dispositivos de prevenção de LPP – Rolo (1) / Ninho (2) / Almofada modeladora (3) / Almofada ventral (4) / Rolo + Ninho (5) / Rolo + Ninho + Almofada modeladora (6) / Rolo + Almofada modeladora (7)

4: Otimizar dispositivos ventilatórios, se aplicável – Sim (1) / Não (2)

Anexos

Anexo I – Escala NSRAS

Itens		Opções de resposta		
Condição física geral	4. Idade Gestacional < 28 semanas	3. Idade gestacional > 28 semanas, mas < 33 semanas	2. Idade gestacional > 33 semanas, mas < 38 semanas	1. Idade gestacional > 38 semanas
Estado mental	4. <i>Completamente limitado.</i> Não responde a estímulos dolorosos, devido à redução do nível de consciência ou sedação ou ao desenvolvimento motor esperado para a idade gestacional (não se estremece, agarra ou geme, não há aumento da pressão arterial ou da frequência cardíaca).	3. <i>Muito limitado.</i> Responde apenas a estímulos dolorosos (estremece, agarra, geme, aumento da pressão arterial e frequência cardíaca).	2. <i>Ligeiramente limitado.</i> Letárgico/Hipotónico.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Desperto e Ativo.
Mobilidade	4. <i>Completamente imóvel.</i> Não faz qualquer alteração ligeira de posição do corpo ou das extremidades sem ajuda (com ou sem sedação).	3. <i>Muito limitada.</i> Capaz de fazer ligeiras alterações ocasionais do corpo ou das extremidades, mas incapaz de fazer alterações frequentes de forma independente.	2. <i>Ligeiramente limitada.</i> Capaz de fazer alterações frequentes, embora ligeiras, de posição do corpo ou extremidades de forma independente.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Capaz de fazer alterações frequentes e significativas de posição sem ajuda (por exemplo, virar a cabeça).
Atividade	4. <i>Completamente limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora aquecida com humidade sem poder sair dela.	3. <i>Limitado à incubadora.</i> Está confinado à incubadora só saindo dela excecionalmente.	2. <i>Ligeiramente limitada.</i> Numa incubadora, mas pode ir ao colo, canguru, etc.	1. <i>Nenhuma limitação.</i> Num berço aberto.
Nutrição	4. <i>Muito pobre.</i> Nada “Per os” (fluidos endovenosos exclusivos).	3. <i>Inadequada.</i> Não recebe a quantidade ideal de dieta líquida para as necessidades (fórmula / leite materno) tendo de ser suplementada com fluidos endovenosos.	2. <i>Adequada.</i> Alimentação por sonda gástrica que permite satisfazer as necessidades nutricionais para o crescimento.	1. <i>Excelente.</i> Biberão/Amamentação em todas as refeições que satisfazem as necessidades nutricionais para o crescimento.
Humidade	4. <i>Constantemente húmida.</i> A pele está húmida sempre que a criança é manipulada ou posicionada.	3. <i>Húmida.</i> A pele está frequentemente húmida. Os lençóis têm que ser trocados pelo menos uma vez de 8/8 horas, devido a frequentes dejeções semilíquidas e/ou vômitos, bolsados.	2. <i>Ocasionalmente húmida.</i> A pele está ocasionalmente húmida. Requer uma troca de lençóis extra aproximadamente uma vez por dia, devido a algumas dejeções e/ou vômitos, bolsados.	1. <i>Raramente húmida.</i> A pele está geralmente seca, os lençóis apenas requerem ser mudados a cada 24 horas.

Anexo II – Parecer Comissão Ética



DELIBERAÇÃO

Nº Referência	05/03/10/2025
Designação	Pedido de autorização, para realização do estudo subordinado ao tema: "Utilização da Neonatal Skin Risk Assessment Scale: uma análise descritivo-retrospectiva".
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s/ Pedido off-label	Enfermeira Inês Solange Loureiro Coelho
Data de Deliberação CES	03 de outubro 2025

Analisado o pedido de autorização, para realização do estudo subordinado ao tema: "Utilização da Neonatal Skin Risk Assessment Scale: uma análise descritivo-retrospectiva" a realizar pela Enfermeira Inês Solange Loureiro Coelho, com a Enfermeira Paula Ferreira com profissional de ligação na ULSVDL, esta CES aprova o mesmo condicionado à apresentação da documentação em falta, nomeadamente a autorização da Diretora do Serviço.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 03/10/2025

Presidente: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira

Vogal: Ana Cristina Mendes de Figueiredo Andrade

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Dora Lopes Castelo Branco Catré

Vogal: Isabel Maria Moreira Martins

Vogal: Jorge Miguel Rocha Santos Simões Amaral

Vogal: Maria Luís Barreto Gonçalves

Vogal: Patrícia João Moreira Horta Oliveira

Vogal: Stéphane Ferreira Jorge

Assinado por: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira
Num. de Identificação: 11282262
Data: 2025.10.06 22:41:28+01'00'



DELIBERAÇÃO

Nº Referência	3.2/16/01/2026
Designação	Pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Utilização da Neonatal Skin Risk Assessment Scale: uma análise descritivo-retrospectiva"
Investigador (a)s autor (a)s Colaborador (a)s / auditor (a)s/ Pedido off-label	Enfermeira Inês Solange Loureiro Coelho
Data de Deliberação CES	16 de janeiro de 2026

Relativamente ao estudo subordinado ao tema: "Utilização da Neonatal Skin Risk Assessment Scale: uma análise descritivo-retrospectiva" a realizar pela Enfermeira Inês Solange Loureiro Coelho, com a Enfermeira Paula Ferreira como profissional de cooperação na ULSVDL, submetido a Parecer prévio 05/03/10/2025, esta CES acusa a receção da documentação em falta, nomeadamente a autorização da Diretora do Serviço.

Elementos da CES da ULSVDL que deliberaram em reunião ocorrida em 16/01/2026

Presidente: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira

Vogal: Ana Berta Ferreira Esteves Rodrigues

Vogal: Ana Cristina Mendes de Figueiredo Andrade

Vogal: António Jaime Pereira Pinto Fernandes

Vogal: Dora Lopes Castelo Branco Catré

Vogal: Isabel Maria Moreira Martins

Vogal: Jorge Miguel Rocha Santos Simões Amaral

Vogal: Maria Luís Barreto Gonçalves

Vogal: Nuno Carlos Santos Pessoa Gil

Vogal: Patrícia João Moreira Horta Oliveira:

Vogal: Stéphane Ferreira Jorge

Assinado por: Nuno Ricardo Gonçalves Baptista Pereira
Num. de Identificação: 11282262
Data: 2026.01.27 20:24:04+00'00'

Anexo III - Autorização Conselho de Administração



Deliberado em: 04-02-2026

Deliberação: Autorizado de acordo com a informação da CES.

A presente deliberação foi tomada em reunião do Conselho de Administração, sendo eficaz nos termos do Artigo 34.º do CPA.

Documento nº I04292-202602	Tipo de Registo: Interno
Tipo	Conselho de Administração - Secretariado\Ofício para a Administração
Assunto	Pedido de autorização, para realização de estudo subordinado ao tema: "Utilização da Neonatal Skin Risk Assessment Scale: uma análise descritivo retrospectiva"
Data	02-02-2026
Remetente	(5990) Comissão de Ética - ULSVDL
Destinatário	(5829) CA - Enfermeiro Diretor - ULSVDL
Observações	Enfermeira Inês Solange Loureiro Coelho
Confidencial	Não
Concluído	Sim
Estado	Agendado em reunião
Texto	

1/2

Criado em 02-02-2026 10:31 por Comissão de Ética - ULSVDL
Editado em 04-02-2026 10:44 por Secretariado Presidente - ULSVDL

Anexos						
Nome	Observações	Versão	Estado	Adicionado por	Editado em	Editado por
Relatório I04292-202602		1.00	Check in	Sistema	02-02-2026 10:33	Sistema
Delib 3.2_16_1_26_Utilizacao da Neonatal Skin Risk Assessment Scale uma análise descritivo-retrospectiva_signed		0.01	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL
1ª delib CES		0.01	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL
IMG_7543		0.01	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL
Declaração		0.01	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL
CE-Formulario-novo-2024_2025		0.01	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL
Modelo 140		0.01	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL
Projeto de Investigação		0.01	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL
Ofício ESSV FILEDOC IPV-503028-202508 de 28_08_2025 ULS VDL		1.00	Check in	Comissão de Ética - ULSVDL	02-02-2026 10:31	Comissão de Ética - ULSVDL