



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Brincar e Cuidar: O Impacto Positivo do Campo de Férias no Viver com Diabetes

Iracema Ribeiro Pereira

Março de 2026



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Brincar e Cuidar: O Impacto Positivo do Campo de Férias no Viver com Diabetes

Iracema Ribeiro Pereira

Estágio com Relatório Final

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

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Manuel Pereira Cordeiro

Março de 2026

Agradecimentos

À minha família e amigos, que me acompanham, apoiam e acreditam em mim: esta conquista é também vossa. A todos, deixo o meu profundo agradecimento pelo apoio incondicional, pelo incentivo e por cada gesto de carinho que tornou este objetivo possível.

Expresso, ainda, o meu sincero agradecimento ao professor orientador, pelo apoio, disponibilidade e acompanhamento ao longo de todo o percurso.

Às enfermeiras orientadoras, que guiaram o meu caminho com profissionalismo, dedicação e sabedoria.

E a todas as crianças e famílias que cruzaram o meu caminho, pela confiança, pelas aprendizagens e por darem sentido a este trabalho.

A todos os que me acompanharam e ajudaram ao longo deste percurso, o meu sincero obrigada por fazerem parte desta caminhada.

Resumo

Introdução: A presente dissertação integra os relatórios de ensino clínico desenvolvidos ao longo do percurso acadêmico, nos contextos de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica, bem como um estudo primário de natureza qualitativa, centrado no impacto do campo de férias em crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo I.

Objetivos: Descrever e analisar o processo formativo vivido nos diferentes ensinamentos clínicos, com o objetivo de desenvolver competências exigidas para a prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. O estudo qualitativo teve como objetivo compreender as percepções das crianças e dos jovens com Diabetes Mellitus Tipo I acerca dos benefícios da participação num campo de férias.

Metodologia: Descritiva e reflexiva, centrada no percurso formativo desenvolvido nos diferentes ensinamentos clínicos. O estudo é qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, recorrendo a entrevistas semiestruturadas aplicadas a 15 crianças/jovens com Diabetes Mellitus Tipo I que participaram no campo de férias. As entrevistas foram analisadas segundo a análise de conteúdo de Bardin, seguindo as fases de pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados.

Resultados: O percurso formativo nos diferentes contextos de ensino clínico contribuiu para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Relativamente ao estudo desenvolvido, as crianças/jovens participantes relataram ganhos significativos em autonomia, confiança, integração social e literacia em saúde. A convivência entre pares com DM I contribuiu para a normalização da doença, o reforço do bem-estar emocional e a melhoria da autogestão e motivação para o autocuidado.

Conclusões: Os ensinamentos clínicos permitiram o desenvolvimento e a consolidação de competências necessárias à prática do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Os campos de férias para crianças/jovens com DM I constituem um recurso complementar valioso na educação terapêutica, promovendo autonomia, apoio emocional e competências essenciais para a gestão da DM I.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica; Diabetes Mellitus Tipo I; Campo de Férias; Autocuidado; Parceria de Cuidados

Abstract

Introduction: This dissertation integrates the clinical placement reports developed throughout the academic pathway, within the contexts of Pediatrics, Neonatology, and Pediatric Emergency Care, as well as a primary qualitative study focused on the impact of a summer camp on children and adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus.

Objectives: To describe and analyze the educational and training process experienced across the different clinical placements, with the aim of developing the common and specific competencies required for Specialist Nursing Practice in Child and Pediatric Health Nursing. The qualitative study aimed to explore the perceptions of children and adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus regarding the benefits of participating in a summer camp.

Methodology: A descriptive and reflective approach was adopted, centered on the educational trajectory developed across the different clinical training contexts. The study is qualitative, descriptive, and exploratory in nature, using semi-structured interviews conducted with 15 children/adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus who participated in the summer camp. The interviews were analyzed according to Bardin's content analysis method, following the phases of pre-analysis, material exploration, and treatment of results.

Results: The learning pathway undertaken across the different clinical placement settings contributed to the development of specialised competencies in Child and Paediatric Health Nursing. Regarding the study conducted, the participating children and adolescents reported significant gains in autonomy, self-confidence, social integration, and health literacy. Interaction with peers living with Type 1 Diabetes Mellitus contributed to the normalisation of the condition, enhanced emotional well-being, and improved self-management and motivation for self-care.

Conclusions: The clinical placements enabled the development and consolidation of competencies required for Specialist Nursing Practice in Child and Paediatric Health. Summer camps for children and adolescents with Type 1 Diabetes Mellitus represent a valuable complementary resource in therapeutic education, promoting autonomy, emotional support, and essential skills for diabetes self-management.

Keywords: Pediatric Nursing; Type 1 Diabetes Mellitus; Summer Camp; Self-Care; Care Partnership.

Sumário

	Pág.
Lista de figuras	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	17
Parte I – Percurso Formativo nos Ensinos Clínicos	19
1. Ensino Clínico de Pediatria	21
Reflexão crítica	22
2. Ensino Clínico de Neonatologia	33
Reflexão crítica	33
3. Ensino Clínico de Urgência Pediátrica	47
Reflexão crítica	48
Parte II – Estudo de Investigação	61
4. Enquadramento Teórico	63
4.1. Campos de Férias Terapêuticos	64
4.2. Problema de Investigação	65
4.3. Questões de Investigação	65
4.4. Objetivos do Estudo	66
4.4.1. Objetivo Geral	66
4.4.2. Objetivos Específicos	67
4.5. Justificação da Investigação	67
5. Metodologia	69
5.1 Considerações Éticas	70
5.2 Contextualização do Campo de Férias	71
6. Resultados	73
7. Discussão	93
8. Considerações Finais	99
9. Limitações do Estudo	101

Conclusão	103
Referências Bibliográficas	105
Apêndices	
Apêndice I – Guia de Cuidados ao Recém-Nascido	113
Apêndice II – Póster “Protocolos de atuação em casos de hipoglicemia neonatal e a administração de dextrose gel”	125
Apêndice III – Revisão integrativa da literatura “Protocolos de atuação em casos de hipoglicemia neonatal e a administração de dextrose gel”	127
Apêndice IV – Guião da Entrevista	151
Apêndice V – Termo de Consentimento Informado	153
Anexos	
Anexo I – Parecer da Comissão de Ética	156

Lista de figuras

		Pág.
Figura 1	Casos de Diabetes Mellitus Tipo I registados no SNS em 2023	63
Figura 2	Idades dos jovens que participaram no Campo de Férias	73
Figura 3	Género dos jovens que participaram no Campo de Férias	73
Figura 4	Tempo de diagnóstico dos jovens que participaram no Campo de Férias	74
Figura 5	Participação dos jovens no Campo de Férias	74
Figura 6	Perturbações na vida familiar dos jovens	75
Figura 7	Principal apoio dos jovens que participaram no Campo de Férias	75
Figura 8	Dificuldade na vida social dos jovens	76
Figura 9	Esconder medidas de atuação da DM I	77
Figura 10	Sentimento de partilha de vivências no Campo de Férias	79
Figura 11	Prática de exercício físico dos jovens	80
Figura 12	Cuidados na prática de exercício físico	81
Figura 13	Limitações devido à DM I percecionada pelos jovens	82
Figura 14	Alterações no padrão de sono	84
Figura 15	Alimentação dos jovens no Campo de Férias	85
Figura 16	Principais benefícios do Campo de Férias	86
Figura 17	Apoio pela equipa de profissionais de saúde	87
Figura 18	Mudanças na forma de lidar com a DM I	89
Figura 19	Gosto pelas atividades do Campo de Férias	90
Figura 20	Atividade preferida no Campo de Férias	91
Figura 21	Sugestões de melhorias	92

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

DGS	Direção Geral de Saúde
DM I	Diabetes Mellitus Tipo I
EDIN	Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né
EESIP	Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
HC	Hidratos de Carbono
MEOPA	Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto
OE	Ordem dos Enfermeiros
ORL	Otorrinolaringologia
PEA	Perturbação de Espectro de Autismo
PND	Programa Nacional para a Diabetes
PSI	Plano de Saúde Individual
RN	Recém-nascido
SGB	Síndrome de Guillain-Barré
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SPSCI	Sistema de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
SV	Sinais Vitais
UN	Unidade de Neonatologia

Introdução

Enfermagem, uma profissão fundamentalmente focada em cuidar da pessoa nas suas diversas condições de saúde, integra o conceito de prática baseada em evidências para sustentar a sua prática clínica e proporcionar um cuidado de qualidade (Lima et al., 2022).

Este conceito traduz-se na procura de formação especializada e aquisição de competências específicas e de especial complexidade na área de formação.

As competências do Enfermeiro Especialista compreendem quatro domínios principais: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento nº 140/2019, p.4745).

As competências específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) englobam a assistência à criança/jovem e à sua família para potenciar a sua saúde; a prestação de cuidados específicos à criança/jovem e à família, em situações de especial complexidade, conforme as necessidades do ciclo vital e do desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento nº 422/2018, p.19192).

O Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, descreve seis enunciados que devem guiar a prática dos cuidados: satisfação da criança/jovem; promoção da sua saúde; prevenção de possíveis complicações; bem-estar e autocuidado; adaptação às condições de saúde; organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2011).

Este enquadramento orienta a prática clínica, fornecendo princípios e referências que sustentam a tomada de decisão do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo do meu percurso académico, tive a oportunidade de explorar diferentes contextos clínicos, que permitiram consolidar conhecimentos teóricos e aplicá-los na prática. Os ensinamentos clínicos realizados em internamento de pediatria, unidade de neonatologia e serviço de urgência pediátrica proporcionaram uma visão abrangente da prestação de cuidados em situações de complexidade variável, desde o seguimento de doenças crónicas até à resposta a situações agudas e emergentes. Estes ensinamentos clínicos permitiram-me desenvolver competências em avaliação clínica, intervenção de enfermagem, educação para a saúde, gestão de recursos e articulação com equipas multidisciplinares, evidenciando o papel central do EESIP na qualidade e segurança dos cuidados.

Paralelamente à experiência clínica, foi desenvolvido um estudo primário centrado na participação de crianças e jovens com Diabetes Mellitus Tipo I (DM I) num campo de férias

estruturado. Esta investigação, integrada na temática do percurso académico, teve como objetivo compreender as perceções dos participantes relativamente à experiência vivida, nomeadamente no que respeita à sua autonomia, literacia em saúde e gestão da DM I em idade pediátrica. A conjugação entre a prática clínica e o estudo investigativo permite não só uma reflexão crítica sobre as necessidades específicas desta população, como também a aplicação de estratégias baseadas na evidência para a melhoria da prestação de cuidados e da qualidade de vida das crianças e jovens.

Assim, o presente relatório integra duas dimensões complementares: a consolidação de competências adquiridas nos ensinamentos clínicos em diferentes contextos pediátricos e a análise do impacto de uma intervenção estruturada, o campo de férias para crianças/jovens com DM I, reforçando a importância da integração entre prática clínica, investigação e cuidados centrados na criança/jovem.

Parte I – Percurso Formativo nos Ensinos Clínicos

1. Ensino Clínico de Pediatria

O primeiro ensino clínico foi desenvolvido no serviço de pediatria. Este serviço integra uma unidade de gestão dedicada à mulher, à criança e ao adolescente de uma Unidade Local de Saúde (ULS) da região do Norte. Presta assistência a uma população aproximada de 700.000 habitantes, respondendo às necessidades de mais de 100.000 crianças e jovens com idade inferior a 18 anos.

A missão do serviço de pediatria centra-se na melhoria contínua da qualidade de saúde das crianças e jovens, prestando cuidados diferenciados, com competência e excelência, tanto em situações urgentes como programadas, articulando-se com diferentes níveis de cuidados e com o Sistema Nacional de Saúde (SNS).

O internamento de pediatria acolhe predominantemente crianças com patologias agudas. Entre os diagnósticos mais frequentes destacaram-se as infeções respiratórias, nomeadamente bronquiolites e pneumonias, as infeções do trato urinário, as gastroenterites agudas e as celulites. Estas condições exigem vigilância clínica rigorosa e intervenções de enfermagem orientadas para o bem-estar da criança e da família, assegurando a monitorização e controlo de sinais e sintomas, bem como a prevenção de potenciais complicações.

O serviço recebe ainda crianças em regime de cirurgia programada, especialmente nas áreas de Otorrinolaringologia, Ortopedia, Cirurgia Plástica e Cirurgia Maxilo-Facial. Nestes casos, o papel do enfermeiro é fundamental na preparação pré-operatória da criança e da família e no acompanhamento durante o período pós-operatório.

Algumas situações neonatais são igualmente acolhidas no serviço de pediatria, nomeadamente em períodos de maior pressão assistencial noutras unidades. Entre estas incluem-se recém-nascidos com dificuldades na amamentação, perdas ponderais significativas ou necessidade de fototerapia por hiperbilirrubinémia. Nestas circunstâncias, os cuidados de enfermagem centram-se na vigilância clínica do recém-nascido, no apoio à amamentação e na realização de ensinamentos aos pais, de forma a promover a autonomia parental e a garantir a continuidade de cuidados no domicílio.

O serviço de pediatria evidencia, assim, uma realidade clínica complexa e diversificada, exigindo dos enfermeiros competências técnicas, científicas e relacionais que lhes permitam assegurar cuidados seguros, humanizados e individualizados às crianças e às suas famílias.

O ensino clínico teve como objetivo integrar a prática clínica especializada, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais e reflexivas em enfermagem pediátrica.

Reflexão crítica

O desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem integra um dever dos enfermeiros atribuída pela Ordem dos Enfermeiros, para a promoção da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento profissional (OE, 2010).

O conhecimento e compreensão da organização física e funcional do internamento de pediatria, foi um processo essencial para a minha integração progressiva na equipa multidisciplinar, facilitado pelas enfermeiras orientadoras e restante equipa. Integrei a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma boa relação com os diferentes profissionais de saúde. Tive a possibilidade de assistir a consultas de endocrinologia/diabetes em pediatria com o objetivo de observar os ensinamentos e intervenções desenvolvidos junto das crianças e famílias, aprofundar o meu conhecimento sobre a gestão da Diabetes Mellitus Tipo I (DM I) em idade pediátrica e enriquecer a minha experiência na área, em contexto ambulatorio.

No internamento de pediatria tive a oportunidade de desenvolver competências nos quatro domínios gerais definidos pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2011). Assumi uma postura ética e deontológica, respeitando a autonomia da criança, do jovem e da sua família e promovendo a humanização dos cuidados. Respeitei o princípio da confidencialidade de acordo com o código que rege a minha profissão.

Durante o ensino clínico, colaborei com a equipa multidisciplinar de forma a garantir um ambiente acolhedor e seguro. Através da implementação de medidas de segurança e da comunicação eficaz, contribuí para a criação de um ambiente minimizador de stress e de complicações associadas à hospitalização, assegurando conforto e proteção às crianças e respetivas famílias (Instituto de Apoio à Criança & Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Contribuí para a promoção de um ambiente positivo de trabalho, assente no respeito mútuo, na comunicação e na ajuda entre colegas. A partilha de experiências revelou-se extremamente enriquecedora, contribuindo para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais - competências comuns definidas para o Enfermeiro Especialista (OE, 2019). Esta partilha de vivências favorece não só o crescimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

Ao longo deste ensino clínico elaborei um registo diário das atividades realizadas que me permitiu identificar e refletir sobre os pontos fortes e as áreas a melhorar. O processo de

aprendizagem foi contínuo, baseado na evidência e nas oportunidades vivenciadas com os diversos colegas.

Durante o ensino clínico realizado no internamento de pediatria foram desenvolvidas atividades de promoção da saúde, prevenção da doença e cuidados individualizados, abrangendo diferentes faixas etárias e contextos familiares. As intervenções foram orientadas por uma prática baseada na evidência, centrada no recém-nascido, criança/jovem e família (OE, 2017).

Neste ensino clínico, acompanhei crianças e jovens com diversas patologias agudas e crônicas, o que me permitiu realizar ensinamentos individualizados e adaptados à idade, à condição clínica e às necessidades da criança/ jovem e família. Os diagnósticos médicos observados com mais frequência, durante o ensino clínico, foram as infecções respiratórias, infecções urinárias, celulites, gastroenterites agudas e a icterícia neonatal. Tive ainda oportunidade de acompanhar três crianças/jovens com o diagnóstico recente de DM I, que exigiram uma abordagem diferenciada e centrada na capacitação da criança e da família para a gestão da nova condição de saúde. Foram igualmente acompanhadas diversas situações de pós-operatório, com destaque para cirurgias da área de otorrinolaringologia, sobretudo adenoamigdalectomias, e cirurgias ortopédicas, nomeadamente correções de fraturas.

Em contexto de infecções respiratórias, os ensinamentos centraram-se nas medidas promotoras de ventilação, bem como a correta execução da higiene nasal com soro fisiológico e da inalação com câmara expansora, explicando à família a importância da adesão à terapêutica e dos cuidados no domicílio (DGS, 2015; Panda, 2023).

Foram abordadas diversas medidas não farmacológicas que favorecem a ventilação pulmonar e a mobilização de secreções. Os ensinamentos incidem maioritariamente:

- Elevação da cabeceira da cama, como forma de facilitar a expansão pulmonar e melhorar a oxigenação (Mação, 2013; DGS, 2015);
- Sinais de dificuldade respiratória, como a taquipneia, tiragem, adejo nasal, gemido e cianose (Mação, 2013);
- Oxigenoterapia (Mação, 2013);
- Reforço da hidratação e nutrição fracionada das refeições (Mação, 2013);
- Promoção “do brincar”, sempre que clinicamente possível, para estimular a mobilização e eliminação das secreções (Cunha et al., 2024);
- Ensino da técnica correta de utilização da câmara expansora para inalações prescritas, respeitando os tempos de inspiração e adaptação da máscara facial (Panda, 2023);

- Realização da higiene nasal com soro fisiológico (SF 0,9%), fundamental para a desobstrução das vias aéreas superiores e prevenção de complicações (DGS, 2015);
- Importância da higienização correta das mãos antes e após o contacto com a criança, após manipulação de fraldas, alimentos, entre outros, prevenindo potenciais infeções cruzadas, e desta forma contribuir para a segurança da criança e de outras crianças/jovens internados (SNS, 2025).

Nos diagnósticos de infeção urinária, os ensinamentos incidiram sobretudo nos cuidados de higiene adequados e na importância do cumprimento da antibioterapia (DGS, 2012).

No caso da icterícia neonatal, os ensinamentos realizados centraram-se nos cuidados na amamentação/aleitamento, o posicionamento correto, e os cuidados com a fototerapia (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2013).

Nos pós-operatórios ORL, o foco foi o ensino sobre os cuidados pós-operatórios, nomeadamente:

- Manutenção de dieta líquida e fria, para evitar hemorragias e promover a cicatrização;
- Importância da ingestão de líquidos;
- Repouso;
- Evitar exposição a fontes de calor intenso;
- Sinais de alarme no domicílio: febre persistente, hemorragia, dor intensa não controlada e recusa alimentar (Centro Hospitalar do Médio Ave, 2018).

Nos pós-operatórios ortopédicos, foram realizados ensinamentos sobre o controlo da dor, tromboprevenção, a vigilância de sinais de compromisso neurocirculatórios e os posicionamentos corretos (Unidade Local de Saúde do Médio Tejo, 2019).

Tive também oportunidade de acompanhar uma criança e dois jovens com o diagnóstico recente de Diabetes Mellitus Tipo I. Analisei a importância de uma abordagem faseada e humanizada, com foco na capacitação progressiva da criança/jovem e da família para a gestão da terapêutica, incluindo o ensino da técnica de monitorização da glicemia capilar, da administração de insulina, do reconhecimento de sinais de hipoglicemia e hiperglicemia e da importância da alimentação e da atividade física (DGS, 2019).

Os ensinamentos foram realizados de forma estruturada, progressiva e adaptada à literacia da família, sempre com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados após a alta, promover hábitos saudáveis e prevenir complicações.

No diagnóstico de DM I, foram transmitidos à criança/jovem e à respetiva família conhecimentos fundamentais sobre a doença, nomeadamente a sua definição, a fisiopatologia

(diminuição ou ausência de produção de insulina pelas células beta pancreáticas) e as consequências da descompensação da glicemia (DGS, 2019).

Foram incluídas intervenções que visaram apoiar a aceitação da doença, a adaptação à nova realidade e o reforço da capacidade de gestão do regime terapêutico, respeitando os diferentes ritmos de aprendizagem e ajustando a abordagem ao grau de maturidade da criança/jovem e à literacia da família. Foi privilegiada a escuta ativa como estratégia de atuação perante o impacto emocional do diagnóstico na criança/jovem e na família. Deste modo, foi fundamental promover a confiança e o compromisso com o plano de cuidados (DGS, 2019).

No que diz respeito à autovigilância glicémica, foi transmitida a técnica correta e os momentos de avaliação da glicemia capilar e cetonémia. Quando aplicável, explicou-se o funcionamento e as vantagens dos sistemas de monitorização contínua da glicose (DGS, 2019).

Foram realizados ensinamentos sobre os diferentes tipos de insulina (rápida e lenta) e conceitos (bólus e basal). Demonstrou-se a técnica correta de administração subcutânea da insulina e a importância da rotação dos locais de administração para a prevenção de lipodistrofias (DGS, 2019).

Em relação à alimentação, foram reforçados os princípios de uma dieta equilibrada, promoveu-se a leitura de rótulos e introduziu-se a contagem de hidratos de carbono como ferramenta essencial para o cálculo individualizado da dose de insulina (DGS, 2019).

Foram também desenvolvidos ensinamentos sobre a prevenção e atuação perante complicações agudas. No caso da hipoglicemia (glicemia capilar inferior ou igual a 70mg/dL), identificaram-se os sinais e sintomas mais frequentes, como a sensação de fome, cefaleias, náuseas, cansaço, sonolência, prostração, fraqueza generalizada, agitação, irritabilidade, labilidade emocional, sensação de calor e tonturas, tremores, sudorese, palpitações, palidez, dificuldade de concentração, visão turva, dificuldades auditivas, confusão, dificuldades de memória a curto prazo, marcha instável ou falta de coordenação, convulsões, perda de consciência ou, em casos graves, coma. Foi abordado o protocolo de correção da hipoglicemia. Em caso de hipoglicemia a criança/jovem deverá ingerir imediatamente 9 a 15 gr de hidratos de carbono de absorção rápida, e após 15 minutos reavaliar a glicemia capilar, se valor > 70 mg/dL, deverá ingerir HC de absorção lenta. Caso a criança/jovem esteja inconsciente ou os valores de glicemia se mantenham < 70 mg/dL após três tomas de HC de absorção rápida, deverá proceder-se à administração de glucagon (DGS, 2019).

Relativamente à hiperglicemia, foram abordados os possíveis sintomas, como polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento, cansaço, irritabilidade, alteração da visão. Enfatizou-se que o mau controlo metabólico pode conduzir à cetonémia, que se manifesta

frequentemente por náuseas, vômitos, dor abdominal e hálito cetônico–frutado. A acumulação de corpos cetônicos no sangue, é resultado da hiperglicemia associada ao déficit de insulina, e pode evoluir para uma complicação grave da DM I, a cetoacidose diabética. Foram explicadas as condutas de atuação, os ajustes terapêuticos e os critérios para recorrer ao serviço de urgência hospitalar (DGS, 2019).

No contexto da atividade física, foram abordadas recomendações para garantir uma prática segura de exercício físico, destacando a importância da vigilância e de ajustes na alimentação e na insulina antes, durante e após a atividade. Salientou-se ainda, que devem ser consideradas as particularidades de cada tipo de exercício e as necessidades específicas de cada criança (DGS, 2019).

O processo de ensino e capacitação envolveu ativamente a família, promovendo a literacia em saúde e um ambiente de suporte emocional. A escuta ativa, a valorização dos progressos e o incentivo ao desenvolvimento da autonomia, conforme a idade e maturidade, reforçam a relação de confiança (DGS, 2019).

A promoção da saúde, a informação adaptada à criança, jovem e família contribui para a autonomia, a continuidade de cuidados no domicílio e, conseqüentemente, para a redução de complicações e reinternamentos.

Durante o ensino clínico, manifestei interesse em assistir a uma ação de formação no serviço sobre os cuidados de enfermagem à criança com Diabetes Mellitus Tipo I, com o objetivo de aprofundar conhecimentos sobre a abordagem especializada a esta condição em contexto de internamento pediátrico. Pretendia adquirir uma compreensão mais sólida sobre a melhor forma de acolher estas crianças no momento da admissão, os ensinamentos a realizar à criança e à família ao longo do internamento e quais os momentos mais adequados para os realizar, respeitando o ritmo e as necessidades de cada criança/jovem e família. Contudo, por motivos pessoais das formadoras, a sessão foi reagendada para o mês de novembro, após o término do meu ensino clínico, não tendo sido possível a minha participação.

Estas formações em serviço permitem o aprofundamento de conhecimentos, favorecem o debate e a partilha de experiências entre profissionais, promovendo a reflexão crítica, a atualização de práticas e o enriquecimento das equipas de enfermagem, com impacto na qualidade dos cuidados prestados à criança e à sua família.

Durante este ensino clínico tive a oportunidade de assistir e colaborar nas consultas de enfermagem em endocrinologia pediátrica, especificamente no seguimento de crianças e jovens com DM I, sob orientação da EESIP responsável pela consulta de enfermagem.

Os objetivos foram observar e compreender a dinâmica da consulta de enfermagem em endocrinologia pediátrica; participar nos cuidados prestados no âmbito da consulta de diabetes; identificar as estratégias de educação para a saúde utilizadas na promoção da

adesão ao regime terapêutico e refletir sobre o papel do enfermeiro no acompanhamento de crianças/jovens com DM I.

O acolhimento realizado pela equipa de enfermagem favoreceu a minha integração e participação ativa na dinâmica da consulta.

A consulta de enfermagem iniciou-se com a triagem das crianças/jovens, na qual avaliamos os parâmetros antropométricos (peso e altura) e sinais vitais.

Seguidamente, procedeu-se ao descarregamento dos relatórios gerados pelos Sistema de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (SPSCI), dispositivos amplamente utilizados pelas crianças/jovens seguidos nesta consulta. Estes sistemas permitem uma gestão mais precisa da glicemia, com relatórios diários que incluem valores de glicose, padrões de administração de insulina, hidratos de carbono ingeridos e eventos de hipoglicemia/hiperglicemia (DGS, 2019).

Com base na análise dos dados identificam-se os pontos a melhorar, realizam-se ensinamentos adaptados às necessidades individuais. As principais temáticas abordadas incluíram:

- Cuidados com os SPSCI, como enchimento dos reservatórios de insulina, locais de inserção dos catéteres, colocação rigorosa no SPSCI dos hidratos de carbonos ingeridos, etc.;
- Reconhecimento e atuação perante episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia;
- Reforço da importância da alimentação equilibrada e atividade física regular;
- Adaptação das doses de insulina a situações específicas, como situações de doença, exercício, festas, etc.;
- Esclarecimento de dúvidas por parte da criança/jovem e da família.

Destaca-se a forte componente de educação para a saúde, realizada com uma linguagem acessível e ajustada à faixa etária da criança/jovem e ao nível de literacia da família, recorrendo a suportes visuais e promovendo a sua participação ativa no processo de cuidados.

Após a consulta de enfermagem, os utentes eram encaminhados para a consulta médica e, posteriormente, para a consulta de nutrição, evidenciando a abordagem interdisciplinar no seguimento destas crianças/jovens.

O papel do enfermeiro nesta área exige competências específicas, nomeadamente:

- Capacidade de comunicação eficaz com diferentes faixas etárias e níveis de literacia em saúde;
- Conhecimento atualizado sobre dispositivos tecnológicos, nomeadamente os SPSCI;

- Sensibilidade relacional para compreender o impacto emocional e social da doença na vida da criança/jovem e da família;
- Trabalho em equipa multidisciplinar, promovendo a continuidade dos cuidados.

Verificou-se uma boa relação terapêutica entre os profissionais, crianças/jovens e as suas famílias, o que se revelou essencial para promover a adesão ao regime terapêutico e fomentar a autonomia da criança/jovem na gestão da sua condição.

A participação nesta consulta representou uma experiência particularmente enriquecedora, permitindo-me desenvolver competências técnicas e relacionais, consolidar conhecimentos sobre a abordagem à criança/jovem com DM I e respetiva família, refletir sobre a importância da educação para a saúde e valorizar o papel do enfermeiro no seguimento das crianças/jovens com DM I.

Esta vivência reforçou a importância da prática de cuidados centrada na criança/jovem e na família, baseada na empatia, na evidência científica e na capacitação e autonomia no processo de autocuidado.

Contribuí para a melhoria da qualidade dos cuidados, através da elaboração do guia “Cuidados ao Recém-Nascido”, desenvolvido como recurso de apoio às famílias, com base em evidência científica (Apêndice I).

Neste âmbito foi realizado um guia científico de educação para a saúde dirigido aos pais e cuidadores sobre a temática dos cuidados ao recém-nascido, com o objetivo responder às dúvidas mais comuns e fornecer orientações práticas e baseadas em evidência científica.

O conteúdo do guia abrange temas essenciais dos cuidados neonatais, nomeadamente: amamentação e conservação do leite materno, preparação segura do leite adaptado, atuação em situações de engasgamento, cuidados durante o banho e com o coto umbilical, o sono do bebé, e a correta utilização dos sistemas de retenção no automóvel. Foram também incluídos os principais sinais de alerta clínico a que os pais devem estar atentos, bem como uma secção com contactos úteis, como o SNS 24, contacto do hospital e aplicações móveis relevantes.

A criação deste guia reforça o papel do enfermeiro na educação parental e facilita a transição da família para o domicílio, promovendo a segurança e o bem-estar do recém-nascido.

Em pediatria, a parceria de cuidados entre os pais e o enfermeiro tem um papel fundamental nos cuidados de saúde à criança. O modelo teórico de Anne Casey (1998), defende que a parceria de cuidados dos pais com o enfermeiro, envolve a troca de conhecimentos e a definição de metas centradas na criança (Mendes, 2012).

Enquanto enfermeiros, devemos planear e prestar os cuidados de saúde especializados à criança; promover o seu bem-estar; apoiar e desenvolver a relação

terapêutica entre os pais, a criança e o enfermeiro; partilhar conhecimento; aumentar as capacidades parentais e quando necessário direcionar a família na procura de outros profissionais de saúde e/ou apoios na comunidade (OE, 2011).

Colaborei no planeamento, na execução e na análise de planos de cuidados individualizados. Utilizei como referencial, o modelo teórico de Anne Casey, defendendo a centralidade da criança e da sua família no processo de cuidados, enfatizando que os pais são os principais cuidadores e que a sua colaboração é essencial para a promoção da saúde. O modelo de Anne Casey promove uma prática de enfermagem centrada na humanização, na colaboração e na eficácia dos cuidados, favorecendo a saúde e o desenvolvimento da criança/jovem, bem como a capacitação da família enquanto parte integrante e ativa no processo de cuidado (Mendes, 2012).

Acompanhei crianças e jovens de diferentes faixas etárias e, por isso, utilizei estratégias adaptadas à idade e ao nível de desenvolvimento, nomeadamente no momento da comunicação e preparação para procedimentos, privilegiando o uso do brinquedo terapêutico, de histórias e do diálogo ajustado ao seu nível de desenvolvimento. Estas estratégias reduzem o nível de ansiedade, facilitam a expressão de emoções e o envolvimento da criança ou jovem no processo de cuidados.

Além disso, foi valorizada a promoção da esperança e do apoio emocional em momentos de maior fragilidade. O suporte emocional à criança e à família, foi constante na minha prática, fomentando um ambiente terapêutico positivo.

Ao longo do ensino clínico, prestei cuidados de enfermagem adequando as rotinas às necessidades das crianças e das suas famílias. Este processo permitiu-me perceber como a gestão eficiente é essencial para garantir a qualidade dos cuidados.

Um exemplo marcante de uma gestão eficiente, é o modo hospital dia para crianças, em fase de alta hospitalar, que necessitam de dar continuidade à terapêutica endovenosa.

Estas crianças deslocam-se ao serviço de internamento uma vez por dia, no turno da manhã, para administração da terapêutica, sem necessidade de permanecerem internadas. Esta abordagem não só respeita os princípios enunciados na Carta dos Direitos das Crianças Hospitalizadas, nomeadamente o direito à proximidade da família e à redução do tempo de hospitalização, como também promove uma melhoria significativa na qualidade de vida da criança e da sua família, ao permitir um regresso tão precoce quanto possível à sua rotina habitual (Instituto de Apoio à Criança & Ordem dos Enfermeiros, 2008).

Simultaneamente, esta prática reflete uma gestão eficiente dos recursos hospitalares, contribuindo para a melhor organização das vagas disponíveis no serviço de internamento e permitindo a admissão de outras crianças com maior necessidade de cuidados em regime contínuo.

Esta prática centrada na criança e na família, alia segurança, humanização do cuidado e eficiência organizacional. A minha participação nesta dinâmica permitiu-me compreender o impacto positivo da adaptação de práticas à realidade concreta das crianças/jovens e das suas famílias, reforçando a importância da reflexão contínua para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem em contexto pediátrico.

Durante o ensino clínico no serviço de internamento de pediatria, tive a oportunidade de intervir em situações de especial complexidade, exigindo uma atuação especializada e articulada com a equipa multidisciplinar. Foi fundamental a comunicação eficaz, adaptada ao nível de desenvolvimento da criança, tendo em consideração a sua idade, o seu estado emocional, a condição clínica e eventuais barreiras de comunicação, como ansiedade, medo, cansaço ou défices cognitivos. Utilizei uma linguagem simples de modo a facilitar a compreensão dos procedimentos e reduzir o medo, garantindo uma comunicação terapêutica adequada também com os pais, que muitas vezes se encontravam em estado de vulnerabilidade emocional.

Uma das situações acompanhadas foi a de uma criança com Síndrome de Guillain-Barré, que é uma polineuropatia inflamatória aguda periférica, caracterizada por fraqueza muscular progressiva, arreflexia, alterações sensitivas e aumento das proteínas no líquido cefalorraquidiano (Sampaio et al., 2011).

O Síndrome de Guillain-Barré em idade pediátrica, é uma das principais causas de paralisia flácida aguda em países com elevadas taxas vacinais. Embora a etiologia não esteja completamente esclarecida, pensa-se que seja uma resposta autoimune, frequentemente desencadeada por uma infeção prévia, habitualmente respiratória ou gastrointestinal, ocorrida nas semanas anteriores ao início dos sintomas. O mecanismo fisiopatológico baseia-se no mimetismo molecular, no qual o sistema imunitário ataca estruturas do sistema nervoso periférico, nomeadamente a mielina ou os axónios (Sampaio et al., 2011).

O quadro clínico caracteriza-se por fraqueza muscular progressiva e ascendente, que pode envolver os membros inferiores, superiores, musculatura facial, músculos respiratórios e pares cranianos. Os sintomas sensitivos incluem parestesias e dor em regiões como ombros, costas e membros. Em alguns casos, observa-se disfunção autonómica, com manifestações como alterações da pressão arterial, arritmias e retenção urinária (Sampaio et al., 2011).

A evolução da doença ocorre geralmente em três fases: fase de progressão dos sintomas (até 4 semanas); fase de plateau, na qual ocorre a estabilização do quadro clínico e a fase de recuperação, que pode durar várias semanas a meses, dependendo da gravidade (Sampaio et al., 2011).

O diagnóstico é clínico e baseia-se na anamnese detalhada, com identificação da evolução dos sintomas, antecedentes infecciosos e sinais de disfunção autonómica; Análise do líquido cefalorraquidiano - aumento de proteínas; Estudos eletrofisiológicos (ex. eletromiografia), que evidenciam lentificação da condução nervosa, bloqueios de condução ou redução da amplitude dos potenciais, compatíveis com desmielinização ou lesão axonal (Sampaio et al., 2011).

Segundo Sampaio e colaboradores (2011), o tratamento do Síndrome de Guillain-Barré exige internamento hospitalar, para vigilância e terapia imunomodulatória, com destaque para a administração de imunoglobulina endovenosa, considerada a primeira linha em idade pediátrica, pela facilidade de administração e segurança. O tratamento da dor deve ser ajustado à intensidade, poderão ser utilizados anti-inflamatórios não esteroides, opióides ou fármacos específicos para a dor neuropática. Deverá ser providenciada reabilitação precoce, com intervenções de fisioterapia, psicologia e fisioterapia, visando a recuperação funcional e a reintegração gradual da criança na sua rotina habitual.

O prognóstico do Síndrome de Guillain-Barré em idade pediátrica é geralmente favorável. Aproximadamente 85 % das crianças recuperam totalmente num período de até 18 meses. Contudo, cerca de 15 % podem apresentar sequelas neurológicas a longo prazo, como fraqueza residual, alterações sensitivas ou arreflexia persistente. A mortalidade é inferior a 5 %, estando associada a complicações como pneumonia, sépsis ou disfunção autonómica grave (Sampaio et al., 2011).

Esta condição exigiu uma vigilância rigorosa, apoio multidisciplinar e intervenções individualizadas para promoção do conforto, da funcionalidade e da reabilitação progressiva envolvendo a família na parceria de cuidados. Esta parceria exigiu escuta ativa, respeito pelas decisões parentais e apoio emocional, principalmente em momentos de maior complexidade.

Esta experiência permitiu-me desenvolver a capacidade de pensamento crítico e da tomada de decisão fundamentada.

Durante o ensino clínico mantive-me sempre atenta a potenciais situações de risco social, como indícios de negligência, maus-tratos ou dificuldades familiares significativas. A vigilância constante face a comportamentos, interações familiares e condições sociais é uma responsabilidade fundamental do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, visando a proteção e segurança da criança (OE, 2020).

A avaliação e gestão da dor foi uma constante na prática diária, foram utilizadas escalas validadas e adaptadas à faixa etária e ao desenvolvimento da criança. As escalas utilizadas foram a escala de Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN), de Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC), de faces de Wong-Baker e a escala numérica (EN).

Nos recém-nascidos foi aplicada a escala de EDIN; nas crianças com menos de 4 anos, a escala de FLACC; nas crianças com idade compreendida entre os 4 e os 6 anos, a escala de Faces de Wong-Baker e nas crianças com mais de 6 anos a escala Numérica (DGS, 2010).

As estratégias não farmacológicas para alívio da dor e desconforto foram o uso do brinquedo terapêutico, a distração, o posicionamento, o calor/frio terapêutico. Estas estratégias têm como objetivo garantir o bem-estar da criança, prevenir e aliviar a dor e promover a humanização dos cuidados.

No decorrer do ensino clínico no internamento pediátrico, constatou-se que a prestação de cuidados entre crianças com patologia aguda e patologia crónica, como é o caso do diagnóstico inicial de DM I, difere sobretudo na abordagem. Na situação crónica, a componente educativa e de capacitação progressiva da criança e da família exige uma abordagem faseada, estruturada e centrada na gestão da doença a longo prazo. Nestes contextos, torna-se essencial que o enfermeiro avalie continuamente os momentos mais adequados para a transmissão de informação, respeitando a disponibilidade emocional da criança/jovem e da família, bem como a sua capacidade de compreensão e de assimilação dos ensinamentos. Frequentemente, é necessário proporcionar tempo para a verbalização de emoções e assegurar momentos de escuta ativa, reconhecendo que o impacto do diagnóstico pode condicionar a receptividade à aprendizagem.

Nestes casos, os cuidados de enfermagem centram-se no apoio emocional, na adaptação à nova condição de saúde e na promoção da autonomia progressiva. Em contraste, nas situações agudas, a intervenção de enfermagem é geralmente mais focalizada e orientada para a resolução do episódio clínico, sendo a relação terapêutica mais breve, embora igualmente centrada na criança e na família.

O ensino clínico permitiu a consolidação e o aprofundamento de conhecimentos e competências inerentes à prática especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este contexto profissional, centrado na criança/jovem e na sua família, contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e de tomada de decisão, bem como para a valorização da comunicação terapêutica e da parceria de cuidados com a família.

2. Ensino Clínico de Neonatologia

O segundo ensino clínico decorreu num serviço de Neonatologia, integrado numa unidade hospitalar do norte de Portugal, com uma área de abrangência alargada. Para algumas valências, a área de referência estende-se a zonas de distritos adjacentes, servindo uma população estimada em cerca de meio milhão de habitantes.

A sua missão é a prestação de cuidados individualizados ao recém-nascido (RN) internado, de acordo com as suas necessidades, tendo em vista a sua recuperação. Compreende recém-nascidos até ao 28º dia de vida, recém-nascidos com peso inferior a 2000 gramas e recém-nascido pré-termo.

O serviço de Neonatologia apresenta uma realidade clínica diversificada e exigente, requerendo dos enfermeiros competências técnicas, científicas e relacionais para assegurar cuidados seguros, humanizados e individualizados aos recém-nascidos e às suas famílias.

O ensino clínico teve como objetivo integrar a prática clínica especializada, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais em enfermagem neonatal.

Reflexão crítica

O desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem constitui um dever inerente ao exercício profissional, conforme preconizado pela Ordem dos Enfermeiros, visando a promoção da qualidade dos cuidados e o contínuo desenvolvimento profissional (OE, 2010).

A compreensão e o conhecimento da organização física e funcional da UN assumiram-se como elementos fundamentais para a minha integração progressiva na equipa multidisciplinar, processo facilitado pelas enfermeiras orientadoras e pelos restantes profissionais. Ao longo do ensino clínico, foi possível estabelecer uma integração efetiva na equipa multidisciplinar, promovendo uma relação colaborativa e positiva com os diversos profissionais de saúde.

A equipa multidisciplinar é composta pelos seguintes profissionais: catorze enfermeiros, dos quais um enfermeiro gestor, onze EESIP e dois enfermeiros; pediatras com ciclos de estudo em Neonatologia e técnicos auxiliares de saúde.

O método de trabalho utilizado nos cuidados de enfermagem é o individual, sendo cada enfermeiro responsável pelos cuidados aos recém-nascidos sob a sua responsabilidade. Contudo, sempre que necessário, existe entreajuda e colaboração entre os colegas, de forma

a assegurar uma resposta adequada às necessidades dos recém-nascidos e a qualidade dos cuidados prestados. Em cada turno existe um enfermeiro responsável, que geralmente é o EESIP.

A dotação praticada é de dois enfermeiros por cada turno, mas sempre que necessário é possível suplementar, sendo da responsabilidade do enfermeiro gestor ou enfermeiro responsável de turno.

A UN possui diversos equipamentos fundamentais para a prestação de cuidados diferenciados, tais como incubadoras medicalizadas e básicas, incubadora de transporte com ventilador, mesa de reanimação, ventilador para ventilação invasiva e não invasiva (também utilizados para alto fluxo), equipamentos de fototerapia e de monitorização multiparâmetros e de apneia, analisadores de bilirrubina e o carro de emergência. O carro de emergência possui todos os fármacos e dispositivos médicos definidos para a atuação em emergências e um checklist para verificação mensal.

O enfermeiro responsável por turno verifica a medicação do cofre, as temperaturas dos frigoríficos (de armazenamento da medicação e da conservação dos leites) e das garrafas de oxigénio, sendo o desfibrilhador testado semanalmente. Deste modo, verifica-se que o EESIP, para além da prestação de cuidados, colabora ativamente na organização do serviço, apoiando a gestão de recursos e promovendo a segurança dos equipamentos, garantindo a qualidade dos cuidados.

Durante o ensino clínico, os diagnósticos mais frequentemente observados foram a prematuridade, o baixo peso à nascença, a ausência de autonomia alimentar, a taquipneia transitória e a icterícia neonatal com indicação para fototerapia. A compreensão do fluxo de atividades permitiu a minha integração no serviço, reconhecendo prioridades e necessidades específicas nestes contextos.

Durante o período de ensino clínico, tive a oportunidade de participar num momento formal de reflexão orientado pelo enfermeiro gestor, no qual foram discutidas as especificidades do papel do EESIP. Esta reflexão permitiu aprofundar a compreensão sobre a importância de uma prática baseada na evidência e o contributo do especialista tanto na prestação de cuidados diferenciados como na gestão do serviço.

O enfermeiro gestor salientou que o EESIP assume um papel central na promoção da qualidade e segurança dos cuidados, sendo responsável por integrar conhecimento científico atualizado nas decisões clínicas e na implementação de intervenções que respondam às necessidades dos RN, crianças e famílias. A prática baseada na evidência foi destacada como uma competência essencial, permitindo ao EESIP fundamentar e padronizar procedimentos e promover a melhoria dos cuidados prestados (OE, 2017).

No âmbito da gestão do serviço e da organização do trabalho, foi reforçado que o EESIP atua como elemento facilitador na coordenação da equipa, contribuindo para a articulação interdisciplinar, planeamento dos cuidados e otimização de recursos. O EESIP pela sua visão abrangente do contexto clínico e organizacional, desempenha ainda um papel importante na identificação de áreas de melhoria, dinamização de projetos e desenvolvimento de estratégias que promovam a eficiência e a qualidade dos cuidados (OE, 2017).

Durante esta reflexão, foi também reforçado que os EESIP constituem a maior força de prevenção na área da saúde infantil. Através de ações de educação para saúde, vigilância do desenvolvimento, deteção precoce de riscos e orientação às famílias, o EESIP contribui significativamente para a promoção da saúde, prevenção da doença e redução de complicações futuras (OE, 2017). Esta dimensão preventiva, transversal à prática clínica, reforça o impacto do EESIP no contexto imediato de cuidados e também na trajetória de saúde da criança e da comunidade. Este momento de reflexão permitiu consolidar que o papel do EESIP abrange muito mais do que a prestação de cuidados, pois integra competências de liderança, gestão, prevenção e investigação, fundamentais para a qualidade e sustentabilidade dos serviços de saúde.

Na UN tive a oportunidade de desenvolver competências nos quatro domínios gerais definidos pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2011). Assumi uma postura ética e deontológica, promovendo a humanização dos cuidados. Respeitei o princípio da confidencialidade de acordo com o código que rege a minha profissão.

Durante o ensino clínico, colaborei com a equipa multidisciplinar de forma a garantir um ambiente acolhedor e seguro. Através da implementação de medidas de segurança e da comunicação eficaz, contribuí para a criação de um ambiente minimizador de stress e de complicações associadas à hospitalização, assegurando conforto e proteção aos recém-nascidos e respetivas famílias.

Contribuí para a promoção de um ambiente positivo de trabalho, assente no respeito mútuo, na comunicação e na entreaajuda entre colegas. A partilha de experiências revelou-se extremamente enriquecedora, contribuindo para o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e relacionais - competências comuns definidas para o Enfermeiro Especialista (OE, 2019). Esta partilha de vivências favorece não só o crescimento profissional, mas também o desenvolvimento pessoal.

Ao longo deste ensino clínico elaborei um registo diário das atividades realizadas que me permitiu identificar e refletir sobre os pontos fortes e as áreas a melhorar. O processo de aprendizagem foi contínuo, baseado na evidência e nas oportunidades vivenciadas com os diversos colegas.

Durante o ensino clínico desenvolvi ações de promoção da saúde e prevenção da doença, orientadas para a literacia em saúde das famílias. Os ensinamentos foram realizados de forma estruturada, progressiva e adaptada à literacia da família, sempre com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados após a alta, promover hábitos saudáveis e prevenir complicações.

O processo de ensino e capacitação envolveu ativamente a família, promovendo a literacia em saúde e um ambiente de suporte emocional (DGS, 2019).

Os cuidados ao RN devem basear-se na compreensão, na interação social, no acolhimento, na partilha das preocupações das mães dos RN internados em UN, e na promoção do vínculo afetivo entre mãe-filho. Os cuidados prestados ao RN e família deverão facilitar a experiência do internamento (Szewczyk, et al., 2021).

A UN participa no “Programa Nacional de Rastreio Neonatal” (teste do pezinho) através do qual são efetuados testes de algumas doenças graves, maioritariamente genéticas, como a fenilcetonúria ou o hipotiroidismo congénito, em todos os recém-nascidos. A colheita é efetuada, preferencialmente, entre o 3.º e o 6.º dia de vida. Para recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas ou peso inferior a 1500 g, além da primeira colheita são efetuadas duas colheitas adicionais em momentos posteriores, conforme informação técnica disponível. A colheita é realizada através de uma picada no calcanhar do RN, as gotas de sangue são colocadas nos locais identificados das fichas de papel de filtro, próprias para a colheita (Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, 2025).

A participação neste processo permitiu compreender o papel do EESIP na deteção de condições que podem influenciar significativamente o desenvolvimento da criança, bem como reforçar os ensinamentos dirigidos aos pais sobre a importância deste rastreio.

Durante o meu ensino clínico em Neonatologia, assisti a uma ação de formação em serviço intitulada “Hipotermia terapêutica”, centrada na apresentação de um estudo de caso sobre a utilização de hipotermia terapêutica em RN com encefalopatia hipóxico-isquémica.

Este tratamento baseia-se na diminuição controlada da temperatura corporal do recém-nascido para cerca de 33–34 °C durante um período de 72 horas, seguida de um reaquecimento gradual. A sua ação terapêutica decorre sobretudo da redução do metabolismo cerebral, da limitação do edema citotóxico e da diminuição da pressão intracraniana, reduzindo os processos de morte celular. Os critérios para a sua utilização são: RN com 36 semanas ou mais de gestação e a janela terapêutica ideal, para início do tratamento, será a idade pós-natal inferior a 6 horas; história de asfixia perinatal; necessidade de reanimação avançada; ou outros sinais de sofrimento neonatal significativo (SPN, 2023).

O caso dizia respeito a um RN de termo (40 semanas), com índice de APGAR de 1/6/7, o que refletia um compromisso perinatal significativo e a necessidade de intervenção imediata.

A equipa de profissionais de saúde iniciou uma avaliação e intervenção sistematizada seguindo a abordagem ABCDE, permitindo estabilizar o RN e identificar sinais neurológicos compatíveis com encefalopatia hipóxico-isquémica. No parâmetro D (Disability), foi aplicado o Score de Thompson, conforme recomendado, pelo Consenso da Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2023), contribuindo para uma classificação objetiva da gravidade da encefalopatia e para a decisão de iniciar hipotermia terapêutica dentro da janela temporal adequada.

Ao longo da apresentação, foi destacada a relevância da avaliação sistematizada e precoce, bem como do papel do EESIP na vigilância contínua do RN, na monitorização dos sinais vitais, e no conforto do RN, assegurando a estabilidade e a deteção precoce de possíveis alterações. Destacou-se igualmente a relevância dos ensinamentos dirigidos aos pais. Esta sessão permitiu consolidar conhecimentos e compreender, de forma prática, a complexidade do cuidado ao RN com encefalopatia hipóxico-isquémica, reforçando a necessidade de cuidados especializados e baseados em evidência científica atualizada.

Estas formações em serviço permitem o aprofundamento de conhecimentos, favorecem o debate e a partilha de experiências entre profissionais, promovendo a reflexão crítica, a atualização de práticas e o enriquecimento das equipas de enfermagem, com impacto na qualidade dos cuidados prestados ao RN e à sua família.

Durante este ensino clínico tive a oportunidade de participar num evento organizado pelo serviço de Neonatologia. De modo a assinalar o Dia Mundial da Prematuridade, a instituição promove anualmente um encontro de crianças e jovens previamente prematuros, neste momento com 10 e 18 anos, juntamente com os seus pais. A atividade iniciou-se com uma exposição sobre a Unidade de Neonatologia para permitir uma visão concreta do ambiente em que estiveram internados. Seguidamente, as crianças/ jovens e pais realizaram uma visita guiada à unidade de Neonatologia, durante a qual a equipa de enfermagem se fez presente, quase na totalidade, sendo que alguns profissionais foram reconhecidos pelos pais, muitas vezes devido a internamentos prolongados. Nesta visita, foi possível observarem de perto os equipamentos e a dinâmica do serviço. Após a visita, foi realizado um lanche-convívio na cantina do hospital, promovendo a interação social e a partilha de experiências entre as famílias. A iniciativa terminou com a troca de contactos entre os participantes, fomentando o contacto contínuo e a realização de futuras atividades de grupo. Esta atividade evidencia o compromisso da instituição com a continuidade do acompanhamento, o reforço do vínculo entre famílias e os profissionais de saúde, bem como a promoção do bem-estar psicológico social das crianças e jovens que foram prematuros.

Durante o ensino clínico, tive ainda a possibilidade de participar na Reunião Científica de Neonatologia, no dia 17 de Novembro, Dia Mundial da Prematuridade, com temas como

"Cuidado Integral em Neonatologia", "Estratégias Promotoras do Neurodesenvolvimento na Prematuridade" e "Cuidar com Consciência na Era Digital".

A Reunião Científica de Neonatologia reuniu diversos profissionais de saúde, com o propósito de promover a atualização de conhecimentos e a reflexão crítica sobre as práticas do cuidado ao RN e à família. A reunião destacou-se pela abordagem de temas atuais e relevantes, especialmente no que respeita à formação contínua e à tendência crescente da utilização da inteligência artificial na prática clínica e no apoio parental.

A sessão iniciou-se com uma apresentação que realçou a importância da prática baseada na evidência no contexto dos cuidados neonatais. Seguiu-se uma conferência dedicada às diversas ações formativas oferecidas pela instituição, incluindo cursos, workshops e simulações clínicas, em áreas como a estabilização do RN (suporte imediato e avançado de vida do RN e criança), a ventilação invasiva e não invasiva e os acessos nos RN, como por exemplo o cateterismo umbilical. Foram também apresentados dados de evolução dos indicadores assistenciais do serviço ao longo dos últimos anos, destacando-se a redução das complicações associadas à prematuridade.

Foi reforçado que a atualização permanente das equipas é fundamental para garantir cuidados uniformizados e de qualidade, visando a melhoria contínua dos cuidados.

Seguiu-se a apresentação de um trabalho científico sobre a colostoterapia, salientando a importância do colostro nas primeiras horas e dias de vida, particularmente em recém-nascidos pré-termo.

Foram discutidas evidências referentes aos benefícios do colostro, como por exemplo a melhor tolerância por parte do RN, aumento da imunidade e as propriedades anti-inflamatórias. Destacou-se ainda, o papel do EESIP na promoção do aleitamento materno, no apoio às mães e na implementação segura desta intervenção.

Numa perspetiva mais tecnológica, foi apresentada uma comunicação sobre o uso da inteligência artificial, como a divulgação de aplicações móveis dirigidas aos pais, sobre o apoio ao aleitamento materno, os cuidados neonatais, as etapas de desenvolvimento das crianças, a gestão da alimentação, e cuidados maternos no período pós-parto.

Debateu-se a importância da literacia digital, da verificação da qualidade das informações disponibilizadas e do papel dos profissionais de saúde na transmissão de informação sobre ferramentas digitais confiáveis que possam complementar, e não substituir, a intervenção humana.

A sessão prosseguiu com uma reflexão sobre o impacto inteligência artificial no bem-estar dos pais e dos profissionais de saúde.

No que respeita aos profissionais de saúde, explorou-se o potencial da inteligência artificial no apoio de decisões clínicas, sublinhando a importância de manter o pensamento crítico e a supervisão humana sobre qualquer tecnologia implementada.

Os temas abordados na reunião científica ofereceram contributos relevantes para a reflexão pessoal, especialmente acerca da evidência científica e do papel crescente da tecnologia na humanização dos cuidados neonatais.

No âmbito da Reunião Científica de Neonatologia, tive a oportunidade de apresentar um póster científico, intitulado: “Protocolos de Atuação em Casos de Hipoglicemia Neonatal e a Administração de Dextrose Gel” (Apêndice II).

A elaboração deste trabalho científico permitiu-me aprofundar conhecimento sobre uma temática relevante, pois a hipoglicemia neonatal constitui uma das complicações metabólicas mais frequentes do período pós-natal e, quando não identificada e tratada atempadamente, pode conduzir a consequências neurológicas graves. O EESIP desempenha um papel fundamental em todo este processo: desde a avaliação dos fatores de risco, monitorização da glicemia capilar e vigilância clínica, até à implementação das intervenções terapêuticas adequadas, como a administração de gel de dextrose a 40%, prática atualmente sustentada pela evidência científica (Plummer et al., 2022).

Realizei uma revisão integrativa da literatura em outubro de 2025, com os objetivos de identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a eficácia da administração de gel de dextrose 40% na hipoglicemia neonatal e compreender a pertinência de protocolos de atuação para a hipoglicemia neonatal por EESIP (Anexo III). Os resultados indicam que a administração de gel de dextrose 40%, incluída em protocolos de atuação em hipoglicemia neonatal, contribui para melhores resultados clínicos, redução de internamentos em unidades neonatais e promove a amamentação e o vínculo mãe-bebé.

Durante o ensino clínico, desenvolvi um procedimento institucional de atuação em casos de hipoglicemia neonatal, destinado à equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia. Este procedimento, de circulação interna e restrita, não se encontra anexado à presente dissertação, uma vez que ficará instituído como documento institucional. A sua elaboração teve como objetivo uniformizar a prática de cuidados de enfermagem ao recém-nascido com risco de hipoglicemia ou com hipoglicemia, assegurando uma resposta segura, eficaz e baseada na evidência científica, de acordo com o Consenso de Neonatologia 2025.

O procedimento segue uma estrutura padronizada, composta por:

1. Identificação e monitorização da hipoglicemia neonatal: O procedimento inicia-se com a identificação dos recém-nascidos com fatores de risco ou com sintomatologia de hipoglicemia neonatal, prevendo a monitorização sistemática

da glicemia capilar, de acordo com a idade pós-natal e a sintomatologia ou assintomatologia do recém-nascido.

2. Medidas preventivas em recém-nascidos assintomáticos com fatores de risco: São definidas medidas preventivas precoces, nomeadamente o contacto pele a pele, a alimentação na primeira hora de vida e a reavaliação da glicemia após a alimentação, com o objetivo de prevenir a ocorrência de hipoglicemia e reduzir a necessidade de intervenções invasivas.
3. Atuação em recém-nascidos assintomáticos com hipoglicemia: O procedimento estabelece critérios de intervenção diferenciados consoante a idade pós-natal e os valores de glicemia, desde a manutenção da alimentação, a administração de dextrose gel 40% associada à alimentação entérica e, nos casos de hipoglicemia mais acentuada, o início de terapêutica endovenosa com dextrose a 10%, com tempos definidos para reavaliação da glicemia.
4. Atuação em recém-nascidos com sintomatologia ligeira: Nos recém-nascidos com sintomatologia ligeira, o protocolo orienta a administração de dextrose gel 40% como medida terapêutica inicial, associada à alimentação, definindo critérios para repetição da administração e para a transição para terapêutica endovenosa em caso de ausência de resposta.
5. Atuação em recém-nascidos com sintomatologia grave: Em situações de hipoglicemia sintomática grave, o procedimento prevê uma abordagem imediata e graduada, incluindo a administração de dextrose gel 40% enquanto se obtém acesso venoso, seguida de bólus e perfusão endovenosa de dextrose.
6. Preparação, administração e vigilância da dextrose gel 40%: O procedimento inclui a descrição detalhada dos cuidados de enfermagem associados à preparação, cálculo da dose, técnica de administração na mucosa jugal, vigilância clínica e registo da administração de dextrose gel 40%, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.
7. Registos: São definidos critérios de vigilância contínua, registo das intervenções realizadas e comunicação eficaz com a equipa médica perante a hipoglicemia persistente ou agravamento do quadro clínico, promovendo a segurança do recém-nascido.

A implementação deste procedimento permitiu promover a uniformização e a segurança dos cuidados de enfermagem na abordagem à hipoglicemia neonatal. A elaboração deste protocolo constituiu um contributo relevante para a equipa de enfermagem da Unidade de Neonatologia e permitiu desenvolver competências do EESIP, nomeadamente

na gestão de situações de especial complexidade, na tomada de decisão baseada na evidência científica e na prestação de cuidados específicos às necessidades do recém-nascido. Simultaneamente, possibilitou aprofundar conhecimentos na área da prevenção e gestão da hipoglicemia neonatal, enriquecendo a prática clínica e reforçando o meu percurso académico desenvolvido na área da Diabetes Mellitus.

Ao longo do ensino clínico, prestei cuidados de enfermagem adequando as rotinas às necessidades do RN e das suas famílias, tendo como filosofia de cuidado o Programa Individualizado de Avaliação e Cuidados Centrados no Desenvolvimento do RN (NIDCAP), que surgiu nos anos 1980, desenvolvido por Heidelise Als e a sua equipa, como resposta às preocupações sobre os efeitos adversos do ambiente das unidades neonatais nos RN prematuros. Posteriormente, o programa evoluiu para abranger também as práticas de cuidado e as dimensões sociais que moldam a experiência e o desenvolvimento do RN (Santos, 2011).

De acordo com o modelo NIDCAP, o enfermeiro assume um papel central na promoção do desenvolvimento individualizado do recém-nascido prematuro e no apoio à família. Realiza observações sistemáticas do comportamento do RN, avaliando sinais de stress, padrões de sono, estados de alerta, movimentos e autorregulação, de modo a adaptar os cuidados ao estado clínico e comportamental do RN. Com base nesta avaliação, o enfermeiro planeia e executa cuidados individualizados, agrupando manipulações e procedimentos de forma a minimizar interrupções e reduzir estímulos excessivos (Santos, 2011).

A promoção do conforto e bem-estar é outra dimensão essencial do papel do enfermeiro, implementando estratégias não farmacológicas de alívio da dor, como o contacto pele-a-pele (ex. método canguru), a contenção suave utilizando rolos e a promoção do contacto RN-família. Paralelamente, ajusta o ambiente físico da UN, como a luz, o ruído e a temperatura, de modo a favorecer a autorregulação e o conforto do bebé (Santos, 2011).

No âmbito dos cuidados centrados no desenvolvimento, surgiu o programa de “Formação orientada para o Neurodesenvolvimento do RN e para a Família” FINE, baseado no NIDCAP, que orienta a equipa de profissionais de saúde da UN na procura de condições que protejam o RN. Algumas práticas que contribuem para diminuir o stress ambiental incluem: cuidados canguru; enfaixar/contenção; sucção não nutritiva; solução oral, como colostro, leite materno ou sacarose; toque terapêutico; presença humana e a voz suave (Warren, 2015).

Os cuidados canguru oferecem um conjunto amplo de vantagens tanto para o RN como para os pais. No RN, especialmente prematuro, promovem maior estabilidade fisiológica, incluindo melhoria da oxigenação, temperatura e padrões de sono, além de

favorecerem o desenvolvimento neurológico, o aumento ponderal e a redução de infecções, dor e stress. Também contribuem para um melhor crescimento e para uma possível diminuição do risco de morte súbita do lactente. Para os pais, esta prática fortalece o vínculo afetivo, aumenta a confiança e satisfação no cuidado ao bebê e favorece a amamentação. Permite ainda, que a mãe responda às necessidades térmicas do recém-nascido, incluindo em situações de doença crítica (Warren, 2015).

O enfermeiro também desempenha um papel ativo no apoio à família e na integração parental, incentivando a participação dos pais nos cuidados diários, promovendo o vínculo afetivo e fortalecendo a competência parental. Explica ainda os sinais comportamentais do bebê e orienta os pais sobre como responder adequadamente aos sinais de stress ou conforto do RN (Santos, 2011).

A ligação entre o bebê e os pais/cuidadores é fundamental para o seu desenvolvimento emocional, social e cognitivo. Compreender os sinais e comportamentos do recém-nascido constitui a base de uma prática neonatal de qualidade. Quando os profissionais ajudam os pais a interpretar a forma como o RN comunica durante a hospitalização, fortalecem não só a experiência na unidade neonatal, mas também o bem-estar futuro da família. Além disso, envolver os pais nos cuidados diários ao RN revela-se enriquecedor e, contribui igualmente para maior satisfação dos profissionais de saúde (Warren, 2015).

Deste modo, o EESIP atua como agente de implementação do programa NIDCAP, contribuindo para um modelo de cuidados centrado no desenvolvimento do RN e na família. Participa na formação contínua da equipa, promovendo práticas de cuidado humanizado e desenvolvimento centrado no RN (Santos, 2011).

Durante o ensino clínico na Unidade de Neonatologia, tive a oportunidade de intervir em situações de especial complexidade, exigindo uma atuação especializada e articulada com a equipa multidisciplinar. Foi fundamental a comunicação eficaz com os pais/cuidadores. Utilizei uma linguagem simples, garantindo uma comunicação terapêutica adequada com os pais, que muitas vezes se encontravam em estado de vulnerabilidade emocional.

Um exemplo de situação de especial complexidade que acompanhei, foi o caso de um RN com o diagnóstico de Esferocitose Hereditária (EH).

A Esferocitose Hereditária é uma anemia hemolítica congénita, causada por alteração na proteína da membrana plasmática do eritrócito, provocando a deformidade e destruição das hemácias, sendo 75% dos casos de carácter autossómico dominante e 25% resultantes de transmissão autossómica recessiva ou mutações. No período neonatal, cerca de 50% dos recém-nascidos com EH apresentam icterícia, e 91% manifestam hiperbilirrubinemia (>10 mg/dL), frequentemente necessitando de tratamento com fototerapia e/ou exsanguineotransfusão (Oliveira e Barros, 2024).

A existência de história familiar de esferocitose hereditária, associada a um exame físico detalhado, permite um diagnóstico mais precoce e uma intervenção atempada.

O caso observado correspondia a um RN de 15 dias, referenciado pela Consulta de Hematologia, por anemia (Hb 7,8 g/dL). Com história familiar de EH (pai e família paterna) e antecedentes de prematuridade, baixo peso à nascença (2235 g) e icterícia precoce com critérios de fototerapia (internamento prévio para cumprir fototerapia). O RN foi internado para transfusão de glóbulos vermelhos. Neste contexto, a intervenção do EESIP revelou-se fundamental, assegurando vigilância rigorosa durante três horas de perfusão, monitorizando os sinais vitais, a coloração, a perfusão periférica e o comportamento do RN, de forma a detetar precocemente qualquer reação transfusional.

Simultaneamente, assegura o conforto e a estabilidade do RN, recorrendo a medidas de contenção, posicionamento adequado e controlo ambiental, minimizando estímulos e promovendo a autorregulação. A par destes cuidados, foram prestados ensinamentos aos pais, esclarecendo o objetivo da transfusão e os benefícios, reforçando a confiança e promovendo a participação informada dos pais nos cuidados. Assim, o EESIP desempenha um papel fundamental na segurança e humanização dos cuidados.

Após a transfusão, foi realizado o hemograma de controlo que evidenciou melhoria significativa (Hb 11,3 g/dL) e o RN teve alta no dia seguinte, com marcação de nova consulta de Hematologia. Foram transmitidos à mãe todos os ensinamentos necessários, incluindo o início de ácido fólico conforme prescrição.

Esta experiência permitiu-me desenvolver pensamento crítico e tomada de decisão fundamentada.

Os cuidados de enfermagem ao RN submetido a pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) é outro exemplo de situação de especial complexidade.

A pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) é um método de suporte respiratório não invasivo que fornece uma mistura de ar e oxigénio aquecido e humidificado e gera uma pressão contínua ao longo do ciclo respiratório, em situações de respiração espontânea (Fisher & Paykel Healthcare, s.d.).

O método CPAP é uma alternativa à intubação e ventilação invasiva para recém-nascidos prematuros com síndrome de dificuldade respiratória e apneia da prematuridade (Rocha, Guimarães, & Soares, 2021).

Os benefícios do CPAP são a redução do trabalho respiratório; a manutenção da Capacidade Residual Funcional, prevenindo o colapso alveolar expiratório; a conservação do surfactante e a diminuição da necessidade de ventilação mecânica (Fisher & Paykel Healthcare, s.d.).

Os cuidados de enfermagem ao recém-nascido (RN) submetido a CPAP são fundamentais para garantir a eficácia do suporte respiratório, prevenir complicações e promover o conforto e a estabilidade do RN. O princípio geral é o de minimizar estímulos e assegurar uma vigilância contínua e cuidadosa. Em primeiro lugar, privilegia-se a manipulação mínima, reduzindo estímulos desnecessários e promovendo o conforto do RN. O ambiente deve ser mantido o mais calmo e silencioso possível, de forma a diminuir o stress e favorecer a estabilidade respiratória (Rocha et al., 2021).

A colocação de uma touca adequada é essencial, ajustando corretamente as fitas de fixação para garantir que o sistema se mantém estável sem comprometer o conforto do recém-nascido. Os prongs nasais devem ocluir completamente as narinas, mas sem repuxar ou causar pressão excessiva sobre a pele. Os prongs devem ser substituídos regularmente, evitando a acumulação de secreções e reduzindo o risco de obstrução. A pele da região nasal deve permanecer seca e protegida, recorrendo a adesivo apropriado ou placa hidrocolóide para prevenir lesões decorrentes da fricção ou pressão contínua. Para evitar maceração das narinas, é recomendado alternar o uso das cânulas/prongs com a máscara de CPAP, permitindo períodos de alívio da pele (Thames Valley & Wessex Neonatal Operational Delivery Networks, 2023).

A sonda orogástrica deve ficar em drenagem livre, prevenindo a distensão gástrica causada pela pressão positiva, que pode comprometer a respiração e causar desconforto. É também aconselhado estimular a sucção não nutritiva (com chupeta), de modo a reduzir perdas de pressão pela boca e favorecer o conforto do RN (Thames Valley & Wessex Neonatal Operational Delivery Networks, 2023).

O humidificador do sistema deve manter-se a 37°C, garantindo que o ar administrado permanece humidificado e à temperatura adequada. Por fim, os tubos do CPAP devem ser mudados quando necessário e de acordo com as recomendações do fabricante, de forma a assegurar o correto funcionamento do sistema e prevenir contaminações (Thames Valley & Wessex Neonatal Operational Delivery Networks, 2023).

Estes cuidados são essenciais para otimizar a eficácia do CPAP e promover a segurança e o bem-estar do RN.

A introdução da sonda nasogástrica ou orogástrica, não é utilizada unicamente em situações em que o RN se encontra sob CPAP.

A introdução da sonda nasogástrica (SNG) e a alimentação através de gavagem são procedimentos bastante utilizados em neonatologia, que exigem cuidados meticulosos para garantir a segurança e o bem-estar do RN. O procedimento iniciou-se com a higienização das mãos e a utilização de Equipamento de Proteção Individual (EPI) adequado, para garantir a assepsia durante todo o processo.

Antes de iniciar o procedimento, foi explicado aos pais/cuidadores todas as etapas envolvidas, para garantir que compreendessem a necessidade e a segurança do procedimento. O RN foi então posicionado de forma semi-sentada, envolvido em um cobertor para proporcionar conforto e contenção, essencial para a realização do procedimento de forma tranquila e segura.

Após o procedimento, foi verificada a localização e a permeabilidade da sonda, utilizando duas técnicas: aspiração de conteúdo gástrico e auscultação de ar introduzido. Embora exista outro método de verificação, que envolve a avaliação do pH do conteúdo gástrico aspirado (pH deve ser ≤ 5), esta prática não é realizada nesta Unidade de Neonatologia (Fay et al., 2025).

Após a confirmação da posição correta da sonda, a pele ao redor da área foi protegida e hidratada, e a sonda foi fixada com um adesivo apropriado.

Em seguida, para proceder à alimentação, foi retirado o êmbolo da seringa e adaptada à sonda nasogástrica. O leite foi colocado na seringa, e esta foi ligeiramente elevada, beneficiando da ação da gravidade. A altura da seringa foi ajustada conforme necessidade, para que o fluxo do leite fosse adequado, levando 15 a 30 minutos, dependendo do volume a administrar e da tolerância do RN (Fay et al., 2025).

Após a administração do leite, foi realizado um flush com água para limpar quaisquer resíduos que pudessem causar obstruções na SNG. Em seguida, a sonda foi clampada e o material utilizado foi descartado corretamente.

Após a higienização das mãos, foram realizados registros informáticos (Sclínico), com os detalhes do procedimento, como o tipo de leite administrado, o volume, o horário da alimentação e quaisquer sinais de intolerância observados.

Na administração do leite por gavagem, sempre que a condição do RN permita e/ou os pais/cuidadores se encontrem disponíveis, é promovido o contacto entre ambos, na incubadora ou no colo. Verifica-se que o papel do EESIP é essencial para promover cuidados de qualidade ao RN e família, através de conhecimento técnico e humanizado.

Durante o ensino clínico mantive-me sempre atenta a potenciais situações de risco social, como indícios de negligência, maus-tratos ou dificuldades familiares significativas. A vigilância constante face a comportamentos, interações familiares e condições sociais é uma responsabilidade fundamental do EESIP, visando a proteção e segurança do RN (OE, 2020).

A avaliação e gestão da dor no RN foi uma constante na prática diária. Nos RN é aplicada a escala de EDIN, escala validada e adaptada aos RN (DGS, 2010).

As estratégias não farmacológicas aplicadas para alívio da dor e desconforto foram os cuidados Canguru; enfaixar/contenção; sucção não nutritiva; administração oral de colostro,

leite materno ou sacarose; toque terapêutico e promoção da presença dos pais ou odores familiares (Warren, 2015).

Estas estratégias têm como objetivo garantir o bem-estar do recém-nascido, prevenir e aliviar a dor e promover a humanização dos cuidados.

O objetivo de desenvolver competências na intervenção em situações complexas, com foco na resposta a emergências e colaboração na ventilação e reanimação do recém-nascido, não foi plenamente atingido durante o ensino clínico. Isto deve-se ao facto de, ao longo do período de prática, não terem ocorrido situações de emergência neonatal que permitissem a aplicação direta destas competências. Apesar disso, foram desenvolvidas outras competências no cuidado ao RN e na colaboração com a equipa multidisciplinar, fortalecendo a base teórica e prática para futuras intervenções em situações críticas.

O ensino clínico na UN proporcionou uma experiência clínica enriquecedora, permitindo consolidar e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos, assim como valorizar a parceria ativa com a família, garantindo cuidados humanizados, individualizados e centrados no desenvolvimento do RN. A aplicação do modelo NIDCAP destacou-se como um pilar da prática dos cuidados ao RN, orientando a avaliação do comportamento do RN, a minimização do stress ambiental, a promoção do conforto e da autorregulação do RN, assim como do vínculo afetivo mãe-bebé e da participação ativa da família nos cuidados. Esta abordagem reforçou a importância de uma intervenção baseada na observação, no respeito pelas necessidades individuais do RN e na promoção do desenvolvimento global, consolidando competências do ESSIP e favorecendo a humanização do cuidado.

3. Ensino Clínico de Urgência Pediátrica

O último ensino clínico foi desenvolvido no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), de uma unidade hospitalar do norte de Portugal, constituindo-se como um serviço de referência para a prestação de cuidados de saúde à criança e ao jovem até aos 18 anos. A sua área de abrangência é alargada, dando resposta a uma população significativa da região, bem como, em determinadas situações, a áreas de referência de distritos adjacentes.

A missão do SUP consiste em assegurar a avaliação, diagnóstico e tratamento adequados em situações agudas e emergentes, promovendo respostas rápidas, eficazes e seguras, centradas na criança/jovem e na família.

O espaço físico do serviço está organizado da seguinte forma: à entrada, encontra-se o balcão administrativo, seguido da sala de espera. Seguem-se a sala de triagem, os gabinetes de observação, a sala de inaloterapia e a sala de tratamentos, permitindo uma sequência lógica desde a receção até ao atendimento.

Existe um acesso direto do exterior à sala de emergência. Na parte final do serviço existem os gabinetes de observação, destinados a crianças/jovens que requerem maior vigilância ou continuidade de cuidados, permitindo monitorização contínua e intervenções rápidas, centradas na segurança e bem-estar da criança/jovem. O último gabinete de observação é ainda utilizado para o projeto Via Azul, reservado para o atendimento a crianças com suspeita ou diagnóstico de Perturbação de Espectro de Autismo.

A equipa é multidisciplinar, composta por médicos pediatras, enfermeiros especializados em saúde infantil e pediátrica, enfermeiros, técnicos auxiliares de saúde e técnicos de diagnóstico, que atuam de forma coordenada para garantir cuidados seguros e de qualidade.

A dotação praticada é de quatro enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde e três enfermeiros no turno da noite. Embora o método de trabalho nos cuidados de enfermagem seja individual, pois cada enfermeiro é responsável pela sua área de atuação, como triagem, urgência ou gabinetes de observação. No entanto, a prática clínica no serviço evidencia o trabalho de equipa e entreajuda, sendo frequente a colaboração entre colegas para assegurar a continuidade dos cuidados, responder a situações de maior complexidade e garantir a segurança e o conforto das crianças e jovens.

O ensino clínico teve como objetivo integrar a prática clínica especializada em contexto de urgência pediátrica, promovendo o desenvolvimento de competências profissionais.

Reflexão crítica

A promoção da formação contínua e da investigação em enfermagem integra as responsabilidades profissionais dos enfermeiros, conforme orientações da Ordem dos Enfermeiros, constituindo um contributo essencial para a melhoria da qualidade dos cuidados e para o desenvolvimento profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

O conhecimento e compreensão da organização física e funcional do serviço de urgência pediátrica (SUP), foi um processo essencial para a minha integração progressiva na equipa multidisciplinar, facilitado pelas enfermeiras orientadoras e restante equipa. Integrei a equipa multidisciplinar, estabelecendo uma boa relação com os diferentes profissionais de saúde. Tive a possibilidade de prestar cuidados de enfermagem nas diferentes áreas de trabalho do serviço de urgência, nomeadamente na sala de triagem, na sala de tratamentos, na sala de inaloterapia, nas unidades de observação e na sala de emergência.

Durante o ensino clínico, observei a gestão do serviço de urgência pediátrica, realizada em colaboração com a enfermeira orientadora, EESIP. O enfermeiro gestor, não estando em permanência no serviço por também ser responsável pelo serviço de urgência geral, delega à minha orientadora a função de efetuar o pedido de material e fármacos, bem como a verificação das suas validades, em momentos de maior disponibilidade durante os turnos de prestação de cuidados.

Esta experiência permitiu-me compreender a importância da articulação, da flexibilidade e da autonomia dentro da equipa, evidenciando como a atuação do EESIP contribui para a eficiência do serviço sem comprometer a qualidade dos cuidados. A capacidade de apoiar e coordenar processos de gestão, mesmo de forma pontual, é uma competência fundamental do EESIP, assim como equilibrar a prestação de cuidados com responsabilidades organizacionais (Ordem dos Enfermeiros, 2010, art.º 7.º).

O SUP dispõe de um percurso organizado desde a receção até ao atendimento. Um dos gabinetes de observação, localizado no final do serviço, é ainda utilizado para o projeto Via Azul, destinada ao atendimento de crianças com Perturbação do Espectro de Autismo.

No decorrer do meu ensino clínico na urgência pediátrica, tive oportunidade de conhecer iniciativas que procuram responder de forma mais adequada às necessidades específicas das crianças e das suas famílias. O projeto Via Azul destacou-se pela sua relevância no atendimento de crianças com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA). Estas crianças apresentam frequentemente dificuldades ao nível da comunicação, da interação social, da gestão sensorial e da adaptação a mudanças de rotina, o que torna o ambiente do serviço de urgência um espaço potencialmente gerador de ansiedade e desconforto. A intensidade de estímulos, a presença de vários profissionais e a imprevisibilidade inerente ao

SU podem desencadear comportamentos de desregulação e dificultar a prestação de cuidados (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2025).

Compreendi a importância de adaptar os contextos e as práticas para garantir que estes cuidados sejam prestados com qualidade e respeito pela sensibilidade destas crianças. A criação da “Via Azul” surge precisamente com esse propósito, oferecendo um circuito de atendimento específico que acompanha a criança desde a sua entrada até ao momento da alta. Este circuito permite ajustar o ambiente físico e personalizar as intervenções, criando condições que promovem maior tranquilidade, melhor colaboração e, consequentemente, uma observação clínica mais eficaz.

A implementação da “Via Azul” apoia-se em quatro pilares fundamentais que pude observar na prática diária. O primeiro diz respeito à formação dos profissionais de saúde, um passo essencial para aumentar o conhecimento sobre a PEA e capacitar as equipas para utilizar estratégias adequadas de comunicação e gestão dos estímulos sensoriais. O segundo pilar relaciona-se com a criação de um espaço sensorialmente adaptado, onde se controlam luzes, ruídos e outros elementos potencialmente desencadeadores de desconforto, além de se oferecerem objetos e materiais que facilitam a autorregulação da criança (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2025).

O terceiro pilar envolve a utilização personalizada de uma aplicação de telemóvel, que permite o registo das necessidades de cada criança, o acesso a vídeos explicativos para preparar a visita ao SU e a possibilidade de agendar visitas programadas. Esta ferramenta facilita também a comunicação entre cuidadores e a equipa de profissionais de saúde, garantindo que aspetos essenciais, como formas de comunicação, estímulos potencialmente desencadeadores de desconforto ou objetos calmantes, são tidos em consideração (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2025).

Por fim, o quarto pilar diz respeito ao processo de inclusão da criança na “Via Azul” no momento da sua admissão. A identificação precoce permite um encaminhamento rápido para um espaço mais adequado, reduzindo o número de profissionais envolvidos e oferecendo prioridade de observação em situações clinicamente equivalentes (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2025).

Ao observar esta prática verifica-se o impacto da humanização dos cuidados e da personalização das intervenções, especialmente em contexto pediátrico. A “Via Azul” é um exemplo de como pequenas adaptações podem transformar a experiência de uma criança com PEA no serviço de urgência, enquanto promovem a segurança, a colaboração e uma prática de cuidados mais eficaz. Esta iniciativa, reconhecida nacionalmente, reforça a importância de inovar e ajustar os cuidados às necessidades das crianças e das suas famílias, contribuindo para um serviço de urgência mais inclusivo e sensível.

No SUP tive a oportunidade de desenvolver competências nos quatro domínios gerais definidos pelo Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (OE, 2011). Assumi uma postura ética e deontológica, respeitando a autonomia da criança, do jovem e da sua família e promovendo a humanização dos cuidados. Respeitei o princípio da confidencialidade de acordo com o código que rege a minha profissão.

Durante o ensino clínico, colaborei com a equipa multidisciplinar de forma a garantir um ambiente acolhedor e seguro. Foi dada especial atenção à segurança da criança/jovem, cumprindo rigorosamente os protocolos estabelecidos, o que incluiu a verificação da identidade da criança/jovem através da pulseira de identificação e a confirmação da mesma antes da realização de qualquer procedimento, administração de medicação ou terapêutica, garantindo cuidados seguros e centrados na criança/jovem (DGS, 2011).

Ao longo deste ensino clínico elaborei um registo diário das atividades realizadas que me permitiu identificar e refletir sobre os pontos fortes e as áreas a melhorar. O processo de aprendizagem foi contínuo, baseado na evidência e nas oportunidades vivenciadas com os diversos colegas.

Durante o ensino clínico no serviço de urgência pediátrica, foram observados diversos diagnósticos clínicos, que demonstram a diversidade e complexidade da prática em contexto de cuidados urgentes em idade pediátrica. Entre os mais frequentes destacam-se as infeções respiratórias, os vômitos e diarreia associados à gastroenterite aguda, as infeções urinárias, o trauma e as intoxicações medicamentosas involuntárias.

As infeções respiratórias correspondem a um dos principais diagnósticos clínicos objetivados no serviço de urgência pediátrica. Neste contexto, os ensinamentos focaram-se nas estratégias de promoção da ventilação, na correta realização da higiene nasal com soro fisiológico e na utilização adequada da inalação com câmara expansora, esclarecendo a família sobre a importância da adesão à terapêutica e dos cuidados a implementar no domicílio (Villanova et al., 2025).

Os vômitos também constituem uma situação frequente em pediatria, estando associados a diversas patologias da infância, como a gastroenterite aguda. Os vômitos, isoladamente, não são necessariamente indicativos de gravidade clínica, devendo a sua avaliação ser integrada no estado geral da criança (National Institute for Health and Care Excellence, (2009).

A diarreia é também uma das queixas de saúde mais comuns em idade pediátrica, resultando, na maioria das situações, de um processo inflamatório do intestino, habitualmente associado a infeções do trato gastrointestinal. Estas infeções podem ser causadas por vírus, bactérias ou parasitas e apresentam, regra geral, um curso autolimitado, com resolução espontânea ao fim de alguns dias. No entanto, nas crianças mais pequenas, a diarreia assume

particular relevância clínica devido ao risco acrescido de desidratação, decorrente da maior perda de líquidos, exigindo uma vigilância mais rigorosa (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2024)

O papel do EESIP na educação para a saúde dirigida aos pais/família, consiste na transmissão de alguns conselhos práticos, nomeadamente:

- Em situações de vômito, realizar uma pausa alimentar superior a 30 minutos após o episódio de vômito;
- Decorridos cerca de 30 minutos, iniciar a oferta de pequenos goles de chá açucarado em intervalos regulares (por exemplo de 5 em 5 minutos oferecer uma colher de chá açucarado), para retomar a hidratação e prevenir hipoglicemias;
- Manter a amamentação materna sempre que esta exista, sem alterações;
- Implementar uma dieta ligeira, pobre em gorduras;
- Evitar forçar a ingestão alimentar, respeitando o apetite da criança;
- Em situação de diarreia, reforçar a ingestão de líquidos, mas sempre em pequenas quantidades;
- Em caso de febre associada, adequar a via de administração do antipirético à situação clínica, privilegiando a via mais bem tolerada pela criança;
- Manter uma atitude calma e tranquilizadora, evitando transmitir ansiedade à criança (NICE, 2009; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2024).

A intervenção do EESIP, através da educação para a saúde, revela-se essencial na promoção do bem-estar da criança/jovem e na capacitação dos pais/família, para a prestação de cuidados seguros e eficazes.

Nos casos de infeções urinárias, os ensinamentos incidiram principalmente sobre a adoção de cuidados de higiene adequados e a importância da adesão à terapêutica antibiótica (DGS, 2012).

Em contexto de trauma em pediatria, o controlo eficaz da dor constitui um elemento central da abordagem à criança, devendo ser considerado desde a admissão no serviço de urgência. A dor pode comprometer a avaliação clínica, aumentar a ansiedade e ter impacto negativo na experiência da criança e da família.

A Ordem dos Enfermeiros (2024) recomenda a implementação de medidas estruturadas para o controlo da dor em contexto pediátrico, nomeadamente a existência de procedimentos de controlo da dor atualizados; a formação dos profissionais; a avaliação sistemática da dor; a criação de um ambiente adequado para a realização dos procedimentos, assim como de equipamentos adequados para a monitorização e ressuscitação em casos de

sedação; o respeito pela privacidade; e o envolvimento dos pais no apoio à criança, não para casos de contenção, sendo que a contenção deve ser evitada.

Neste âmbito, a utilização da Mistura Equimolar de Oxigénio e Protóxido de Azoto (MEOPA) assume particular relevância em contexto de urgência pediátrica, sobretudo na realização de procedimentos associados ao trauma. Durante o ensino clínico, a utilização da MEOPA permitiu-me participar ativamente na preparação da criança/jovem para o procedimento, explicando de forma adequada à idade o objetivo da técnica, promovendo a sua colaboração e reduzindo a ansiedade associada.

A MEOPA é uma forma de sedação, que permite que a criança permaneça consciente com capacidade de comunicar e de reagir a estímulos do ambiente. A MEOPA tem como vantagens a fácil aplicação, o início rápido de ação, o curto tempo de recuperação e a baixa taxa de efeitos adversos. A MEOPA permite também a associação com outras medidas de alívio da dor, a nível farmacológico e não farmacológico, aumentando o alívio da dor e da ansiedade (OE, 2024).

A utilização da MEOPA pressupõe uma intervenção articulada entre o EESIP e o pediatra, baseada na colaboração, segurança e qualidade dos cuidados (OE, 2024). Neste contexto, a minha intervenção centrou-se na promoção de um ambiente seguro e humanizado, no apoio contínuo à criança/jovem e na orientação da família, reforçando a importância da sua presença e do seu papel durante o procedimento.

Deste modo, o controlo eficaz da dor no trauma em pediatria constitui uma prioridade na prática em contexto de urgência, exigindo uma abordagem humanizada e baseada na evidência. A adoção de estratégias como a avaliação sistemática da dor, o envolvimento da família e a utilização de técnicas de sedação, como a MEOPA, contribui para a redução da dor e da ansiedade da criança/jovem. Neste contexto, o EESIP assume um papel fundamental na implementação destas intervenções, assegurando cuidados de qualidade, seguros e centrados na criança e na família.

As intoxicações por agentes externos representam uma das principais razões de admissão de crianças nos serviços de urgência. Entre esses agentes, os medicamentos destacam-se como causas frequentes. A vulnerabilidade pediátrica a substâncias tóxicas deve-se tanto a comportamentos típicos da infância, como a características fisiológicas e anatómicas próprias desta faixa etária (Trajano & Silva, 2022).

Estudos recentes sobre intoxicações em pediatria indicam que a maioria dos casos ocorre de forma involuntária, afetando principalmente crianças com idades entre 2 e 3 anos, frequentemente do sexo masculino, e em momentos de ausência de supervisão dos adultos (Trajano & Silva, 2022; Almeida et al., 2022). Os fármacos, em particular anti-inflamatórios não esteroides e medicamentos que atuam no sistema nervoso central, são os agentes mais

comuns, sendo a ingestão acidental facilitada quando os medicamentos são retirados das embalagens originais. A atuação clínica nestes casos envolve, habitualmente, cuidados como a administração de carvão ativado, lavagem gástrica e, em situações específicas, a utilização de antídotos (Trajano & Silva, 2022).

Para além das situações de intoxicação involuntária, no serviço de urgência pediátrica foram também observados episódios de intoxicação voluntária, maioritariamente em adolescentes. Estas situações exigem uma abordagem diferenciada, uma vez que estão frequentemente associadas a comportamentos de risco e a contextos psicossociais complexos. A adolescência constitui uma faixa etária particularmente vulnerável para intoxicações medicamentosas. Nestes casos, para além da estabilização clínica, torna-se essencial a exploração do contexto sociofamiliar e emocional do adolescente, com referenciação para acompanhamento especializado sempre que necessário (Almeida et al., 2022).

No contexto do serviço de urgência pediátrica onde realizei o ensino clínico, os casos observados estiveram de acordo com os dados descritos na literatura, nomeadamente no que se refere à faixa etária, ao género e ao tipo de medicamentos envolvidos. A participação nestas situações permitiu-me garantir a implementação de cuidados seguros, através da vigilância contínua da criança/jovem vítima de intoxicação, com monitorização dos parâmetros vitais e avaliação do estado neurológico.

No âmbito da avaliação inicial da criança/jovem com suspeita de intoxicação, desenvolvi competências no reconhecimento de sinais e sintomas precoces, bem como na colheita de informação clínica relevante, incluindo o tipo de substância ingerida, a quantidade, o tempo de exposição e as circunstâncias do evento. Adicionalmente, adquiri competências na implementação de medidas de segurança e na preparação e administração da terapêutica prescrita, nomeadamente o carvão ativado, de acordo com a prescrição médica.

Para além da intervenção imediata, orientei e tranquilizei a família, fornecendo informações sobre os cuidados a prestar e estratégias de prevenção de intoxicações, reforçando a importância da educação parental. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento do meu pensamento crítico e da capacidade de tomada de decisão em contexto de urgência pediátrica, promovendo cuidados seguros, centrados na criança/jovem e na família.

Ao longo do ensino clínico foram constantes os momentos de promoção da saúde e cuidados individualizados, abrangendo diferentes faixas etárias e contextos familiares. As intervenções foram orientadas por uma prática baseada na evidência, centrada na criança/jovem e família.

No dia 10 de dezembro de 2025, participei no “Encontro Internacional de Cuidados de Enfermagem: A interface entre a humanização e a tecnologia”, que destacou a importância de equilibrar a inovação tecnológica com os cuidados humanizados e centrados na criança e na família. As sessões sobre o autoconhecimento, o desenvolvimento profissional e os transtornos do neurodesenvolvimento reforçaram a o impacto da intervenção precoce, do acompanhamento individualizado e da articulação com a família e a equipa multidisciplinar. A discussão sobre a sustentabilidade e os desafios éticos da inteligência artificial evidenciou o papel do enfermeiro como mediador entre a tecnologia e a humanização, demonstrando que a tecnologia deve complementar, e não substituir, o cuidado. Foram discutidas as potencialidades da inteligência artificial na tomada de decisão clínica, na investigação e na gestão da informação, bem como os desafios éticos associados, nomeadamente a proteção de dados, a privacidade e a humanização dos cuidados. A tecnologia deve ser vista como um complemento e não como um substituto no cuidado à criança e à família.

Este encontro permitiu-me refletir sobre a importância da empatia, da comunicação eficaz e do respeito pela individualidade da criança e da família, num contexto de crescente digitalização dos cuidados de saúde, fortalecendo competências crítico-reflexivas essenciais ao EESIP.

No âmbito do ensino clínico realizado no SUP, elaborei um procedimento institucional de enfermagem com o objetivo de uniformizar a atuação do enfermeiro na abordagem, monitorização e tratamento da DM I, com e sem cetoacidose diabética, em crianças e jovens, assegurando a prestação de cuidados seguros, eficazes e sustentados na evidência científica. A sua implementação visou também reforçar a monitorização contínua do estado clínico da criança/jovem, a vigilância de sinais de alarme e a articulação eficaz com a equipa multidisciplinar.

O procedimento institucional realizado durante o ensino clínico não se encontra anexado, por se tratar de um documento de circulação interna e restrita. O procedimento inclui a definição de critérios clínicos, a classificação da cetoacidose, a monitorização de parâmetros vitais e laboratoriais, a terapêutica farmacológica, bem como a promoção de educação para a saúde dirigida à criança/jovem e à sua família. O procedimento abrange todos os enfermeiros envolvidos em cuidados de urgência pediátrica, estabelecendo orientações sobre as intervenções prioritárias e os fluxos de atuação.

O procedimento segue uma estrutura padronizada, composta por:

1. Avaliação inicial: abordagem segundo o protocolo ABCDE, a avaliação neurológica, os sinais vitais, a glicémia e cetonémia capilares, o peso, o grau de desidratação e o estabelecimento de acessos venosos. Incluiu-se também a monitorização eletrocardiográfica e o balanço hídrico.

2. Terapêutica inicial e correção de fluidos: indicação detalhada para reposição de líquidos, eletrólitos e glicose, baseado no grau de desidratação e no peso da criança.
3. Insulinoterapia: preparação e administração de perfusão de insulina rápida e posteriormente os cuidados na transição para as múltiplas administrações de insulina subcutânea.
4. Vigilância de complicações: sinais sugestivos de edema cerebral, como alteração do estado consciência; alteração do padrão respiratório; bradicardia; aumento do débito urinário; cefaleias; vômitos e hipertensão.
5. Educação da criança/jovem e família: colaboração nos ensinamentos iniciais sobre a alimentação equilibrada, a contagem de hidratos de carbono, a monitorização capilar da glicemia e a administração de insulina.
6. Registos de avaliações, intervenções, terapêutica administrada, intercorrências e monitorização de entrada e saída de líquidos, garantindo a continuidade dos cuidados.

O desenvolvimento deste procedimento foi fundamentado na Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP, 2019), em protocolos específicos sobre DM I inaugural e cetoacidose diabética, assegurando que a prática clínica seja baseada em evidência científica.

Este procedimento institucional teve como finalidade promover uma intervenção estruturada e sistematizada, facilitando a tomada de decisão clínica e contribuindo para uniformização da prática de enfermagem em situações de elevada complexidade clínica, como a DM I descompensada e a cetoacidose diabética.

O desenvolvimento e implementação do procedimento institucional para crianças e jovens com DM I, com ou sem cetoacidose diabética, durante o ensino clínico permitiu aplicar competências do EESIP, nomeadamente cuidar da criança/jovem e da família em situações de especial complexidade, através da vigilância rigorosa, da administração segura de terapêutica farmacológica e da promoção de educação para a saúde, garantindo a maximização do estado de saúde e do bem-estar. Simultaneamente, foi possível prestar cuidados específicos de acordo com as necessidades e o desenvolvimento da criança/jovem, promovendo a autonomia da criança/jovem, através de orientações sobre a contagem de hidratos de carbono, a monitorização da glicemia e a administração de insulina. Esta experiência contribuiu diretamente para os meus objetivos propostos, permitindo realizar um trabalho científico alinhado com as necessidades do serviço, aprofundar conhecimentos sobre a gestão da DM I em contexto de urgência pediátrica e enriquecer a minha prática clínica, enquanto continuei a desenvolver competências na área da DM I, alinhadas com o meu percurso académico.

Desta forma, o procedimento institucional não só uniformizou a prática clínica no serviço, como constituiu uma oportunidade de desenvolvimento das competências essenciais do EESIP, garantindo cuidados centrados na criança/jovem e na família de forma eficaz e segura.

Durante o meu ensino clínico no serviço de urgência pediátrica, a aplicação do Protocolo de Triage de Manchester revelou-se um elemento central para a organização dos cuidados e para a tomada de decisão clínica. Ao conhecer mais profundamente a história e a estrutura deste sistema, compreendi que a sua implementação em Portugal, no ano 2000, surgiu da necessidade de uniformizar a linguagem entre profissionais de saúde e de estabelecer critérios comuns que permitissem atribuir prioridades de forma rápida, segura e consistente (Grupo Português de Triage, 2021). Esta visão colaborativa entre médicos e enfermeiros continua a refletir-se na prática atual, reforçando a importância do trabalho em equipa e da comunicação efetiva.

Os princípios que orientaram o desenvolvimento do protocolo, nomeadamente a criação de uma nomenclatura comum, definições partilhadas, uma metodologia rigorosa de triagem e um programa de formação, evidenciam a preocupação com a segurança e a qualidade dos cuidados. A estrutura do sistema, organizada em fluxogramas e discriminadores, demonstrou-me a importância de compreender a queixa como ponto de partida para a avaliação. O facto de existirem 50 fluxogramas que abrangem praticamente todas as situações clínicas, complementados por 2 fluxogramas específicos para cenários de catástrofe, demonstra a abrangência do protocolo (Grupo Português de Triage, 2021).

Em contexto pediátrico, existem sete fluxogramas que são apenas utilizados em crianças: bebé que chora, criança com dificuldade de locomoção, criança irritável, criança que não se sente bem, dispneia na criança, dor abdominal na criança e pais preocupados (Carneiro & Alves, 2013).

A utilização dos fluxogramas e discriminadores, construídos a partir da queixa principal apresentada pela criança ou identificada pelos cuidadores, mostrou-me a relevância de um método de triagem que procura determinar o risco clínico imediato. Durante a prática, percebi que este processo exige do enfermeiro conhecimentos técnicos, capacidade de observação, escuta ativa e análise rápida, sobretudo num contexto pediátrico, em que as manifestações clínicas podem ser subtis e dependentes da idade.

A experiência permitiu-me conhecer de que forma os fluxogramas se interligam e a hierarquia dos discriminadores. Esta estrutura guiou o meu raciocínio clínico e permitiu-me desenvolver maior segurança na atribuição das prioridades, sempre centrada na condição atual da criança.

Refletindo sobre este percurso, reconheço que a triagem é o primeiro contacto, que estabelece o rumo do atendimento e influencia os resultados em saúde. O ensino clínico no SUP foi enriquecedor, contribuiu para o meu crescimento profissional, reforçando a necessidade de garantir cuidados de qualidade e uma avaliação cuidadosa do risco clínico.

Na prática pediátrica em contexto de urgência, a Teoria do Cuidado Humano de Jean Watson reforça a importância de uma abordagem centrada na criança e na família, promovendo cuidados humanizados, empáticos e individualizados.

Os dez processos da Caritas traduzem esta filosofia em ações concretas, como a bondade, a presença, a sensibilidade, o cuidado, a escuta, a resolução criativa de problemas, o ensino e aprendizagem transpessoal, o ambiente de cura, a dignidade humana e o envolvimento espiritual (Watson Caring Science Institute, n.d.).

Em pediatria, estes processos manifestam-se na atenção plena e escuta ativa, no respeito pela unicidade da criança, na oferta de conforto físico e emocional, no envolvimento dos pais na prestação de cuidados e na criação um ambiente seguro e acolhedor, visando reduzir a ansiedade da criança e da família, favorecer a adesão às intervenções e apoiar a recuperação clínica, mesmo em situações de elevada complexidade.

As situações de especial complexidade em contexto de urgência pediátrica exigem dos profissionais de saúde uma intervenção rápida, estruturada e baseada na evidência científica, de forma a garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados. Entre estas situações destacam-se as convulsões, tendo sido possível, no decurso do ensino clínico, participar na abordagem a uma criança em crise convulsiva febril em contexto de sala de emergência, o que permitiu compreender a complexidade da intervenção, a necessidade de articulação eficaz da equipa e a importância da atuação rápida e organizada.

As convulsões febris constituem uma das situações neurológicas mais frequentes na infância, ocorrendo predominantemente em crianças entre os 6 meses e os 5 anos de idade. A intervenção na sala de emergência deve ser rápida, estruturada e orientada para a estabilização clínica da criança, assegurando simultaneamente a segurança e a tranquilização da família (Silva et al., 2024).

A abordagem inicial centra-se na avaliação e estabilização das funções vitais, garantindo a permeabilidade da via aérea, a ventilação eficaz e a estabilidade hemodinâmica, bem como na monitorização contínua dos sinais vitais. Caso a crise convulsiva se mantenha, a administração de benzodiazepinas é reconhecida como a terapêutica de primeira linha, podendo ser realizada por via endovenosa, intranasal ou retal, de acordo com a condição clínica da criança e os recursos disponíveis (Silva et al., 2024).

Um aspeto central da atuação do ESSIP consiste na educação parental, através do esclarecimento sobre a natureza geralmente benigna das convulsões febris, os sinais de

alerta e as medidas a adotar em caso de recorrência, contribuindo para a redução da ansiedade dos pais/família e da utilização inadequada dos serviços de urgência (Silva et al., 2024).

Participei ativamente na abordagem inicial, colaborando com a equipa na avaliação segundo a sequência ABCDEF e alinhando a minha intervenção com as prioridades de estabilização em contexto de emergência pediátrica. Colaborei na verificação e administração da terapêutica prescrita. Posteriormente, desempenhei um papel relevante na vigilância clínica da criança, assegurando a monitorização contínua dos sinais vitais e a avaliação do estado de consciência.

Paralelamente, tive um papel significativo na educação para a saúde dirigida à família, esclarecendo dúvidas e orientando quanto às medidas a adotar em caso de recorrência, contribuindo para reduzir a ansiedade e promover a capacitação parental. Através destas intervenções, promovi cuidados humanizados e centrados na família, integrando-me na dinâmica da equipa e demonstrando capacidade de atuação responsável, fundamentada e sensível às necessidades da criança e da família.

No decorrer do ensino clínico, tive ainda a oportunidade de participar em duas simulações de emergência, dinamizadas pelo médico pediatra coordenador da formação de suporte imediato e avançado de vida pediátrico, com a participação dos médicos internos e da equipa de enfermagem presente no serviço de urgência pediátrica. As simulações decorreram na sala de emergência do SUP, recorrendo a um manequim de treino pediátrico para a realização de manobras de suporte imediato de vida, bem como a material específico de treino. As equipas foram previamente constituídas, com definição de um *team leader*, sendo fornecida informação inicial que permitiu dar início ao cenário de simulação. A abordagem seguida baseou-se no método sistematizado ABCDEF, promovendo uma atuação estruturada e segura em contexto de emergência. No final de cada simulação, realizou-se um momento de *debriefing*, no qual foram analisados os aspetos que correram melhor e aqueles passíveis de melhoria, tendo sido igualmente proporcionado a cada participante um espaço para expressar a sua perceção e sentimentos relativamente à experiência.

A relevância desta metodologia é suportada pela literatura, da Silva e Melo e colaboradores (2025) destacam que as simulações promovem melhorias no desempenho de competências e no conhecimento adquirido após a simulação, enquanto Barreto e colaboradores (2025) evidenciam que as simulações constituem uma estratégia pedagógica e organizacional impactante, com efeitos positivos no desenvolvimento de competências, no desempenho das equipas em situações complexas e na segurança dos cuidados de saúde. Os principais resultados, evidenciados pelos autores, foram melhorias na comunicação, na

distribuição de papéis, na partilha de liderança, na tomada de decisão e na adesão a protocolos de situações de maior complexidade.

Estas simulações de emergências realizadas no SUP permitem o aprofundamento de conhecimentos, favorecem o debate e a partilha de experiências entre profissionais, promovendo a reflexão crítica, a atualização de práticas e o enriquecimento das equipas multidisciplinares, com impacto na qualidade dos cuidados prestados à criança e à sua família.

Durante o ensino clínico mantive-me sempre atenta a potenciais situações de risco social, como indícios de negligência, maus-tratos ou dificuldades familiares significativas. A vigilância constante face a comportamentos, interações familiares e condições sociais é uma responsabilidade fundamental do EESIP, visando a proteção e segurança da criança (OE, 2020).

Em síntese, o ensino clínico no SUP constituiu uma experiência formativa determinante para o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. A diversidade de situações clínicas, a complexidade do contexto de urgência e a articulação com a equipa multidisciplinar permitiram consolidar conhecimentos técnicos, reforçar o raciocínio clínico e aprofundar uma prática centrada na criança/jovem e na família.

Parte II – Estudo de Investigação

4. Enquadramento Teórico

A Diabetes Mellitus Tipo I (DM I) é uma doença crónica cada vez mais frequente na nossa sociedade, que pode atingir indivíduos de todas as idades, contudo é mais comum em crianças ou jovens adultos. Estima-se que em 2021 existiam cerca de 1,2 milhões de crianças e jovens com DM I, no mundo. A incidência da DM I está a aumentar e, apesar de os motivos ainda não serem totalmente compreendidos, pensa-se que estejam associados a mudanças nos fatores de risco ambientais, ao crescimento e aumento de peso, ao aumento da idade materna no parto, à alimentação e à exposição a algumas infeções víricas, que podem provocar reações autoimunes ou acelerar a destruição das células beta. Geralmente, o aparecimento da DM I é inesperado e dramático (Observatório Nacional da Diabetes, 2023).

O Programa Nacional para a Diabetes (2023) indica que o Serviço Nacional de Saúde (SNS) tinha 3608 criança/jovens até aos 19 anos identificadas com DM I, correspondendo a uma prevalência de 201 por 100 000 habitantes, nessa faixa etária.

Faixas Etárias	Nº de Casos Registrados	Faixas Etárias	Nº de Casos Registrados	Taxa de Prevalência (/100 000)
0 – 4 anos	156			
5 – 9 anos	516			
10 – 14 anos	1 184	≤ 14 anos	1 856	143,8
15 – 19 anos	1 752	≤ 19 anos	3 608	201,4
20 – 29 anos	4 116	≤ 29 anos	7 724	271,9
30 – 39 anos	4 721	≤ 39 anos	12 445	312,8
Total de todas as idades	79 700	Total de todas as idades	79 700	802,6

Figura 1. Casos de Diabetes Mellitus Tipo I registados no SNS em 2023

Retirado do Programa Nacional para a Diabetes: Desafios e Estratégias 2023, da Direção-Geral da Saúde (2023) <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/ficheiros-upload/arquivo/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023-pdf.aspx>

A DM I ocorre quando o sistema imunológico destrói as células beta que produzem insulina, geralmente como resultado de uma reação autoimune. As células beta, do pâncreas produzem uma quantidade reduzida ou nula de insulina, portanto indivíduos com DM I requerem administração diária de insulina para controlar os níveis de glicose no sangue (Observatório Nacional da Diabetes, 2023).

A administração de insulina pode ser realizada através de Sistemas de Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina (SPSCI). Desde 2020, todas as pessoas, com DM I

elegíveis, podem ter acesso aos SPSCI, no âmbito do Programa Nacional para a Diabetes (PND). Em 2022 foram adquiridos os primeiros sistemas híbridos de administração de insulina, ao abrigo PND da DGS. Os sistemas híbridos possibilitam um melhor controlo glicémico e uma melhoria da qualidade de vida. Este tratamento tem vindo a crescer, entre 2020 e 2022, verificou-se um aumento de 18% no número de utilizadores de SPSCI. Dados de 2023, demonstram que cerca de 62% de criança e jovens até aos 18 anos utilizam SPSCI (Observatório Nacional da Diabetes, 2023).

Ao longo da infância e adolescência existem diversas condições que podem comprometer o controlo terapêutico, como as mudanças hormonais e psicossociais intrínsecas ao processo de crescimento e desenvolvimento, desequilíbrios na alimentação, a prática inadequada de atividade física, além da predisposição a infeções. Deste modo, as crianças e jovens com DM I requerem a colaboração de uma equipa multidisciplinar, constituída pela família, pelos profissionais de saúde e pelos profissionais da área da educação, para um melhor controlo glicémico e melhoria da adesão terapêutica (Martins & Oliveira, 2023).

4.1. Campos de Férias Terapêuticos

Os campos de férias para crianças e jovens com DM I são ambientes informais de intervenção, onde os participantes têm a oportunidade de partilhar as suas vivências e aprender como gerir diariamente a doença, sob a supervisão e suporte de uma equipa multidisciplinar (Flora et al., 2023).

Um estudo realizado por Flora e colaboradores (2023) concluiu que o campo de férias para jovens com DM I contribui para o aumento da autoeficácia social.

Por sua vez, Athanasiadou e colaboradores (2024) referem que os campos de férias para crianças/jovens com DMI I melhoram o conhecimento nutricional e promovem hábitos alimentares saudáveis.

Os campos de férias para crianças e adolescentes com DM I proporcionam a oportunidade de aprendizagem sobre a gestão da DM I, que inclui a monitorização da glicémia, administração de insulina, gestão de hipoglicemias/hiperglicemias e orientações nutricionais, como o planeamento de refeições e contagem dos hidratos de carbono. O principal objetivo é ensinar as crianças/jovens a gerir a sua condição de forma mais autónoma. Além disso, estas experiências oferecem uma excelente oportunidade para conhecer outras

crianças/jovens com a mesma condição, partilhar experiências e preocupações, o que aumenta a confiança e diminui o impacto emocional da diabetes (Athanasiadou et al., 2024).

Estudos na literatura relatam melhorias no controlo glicémico, na qualidade de vida, na autoestima, no conhecimento e autogestão da diabetes e diminuem a ansiedade das crianças/jovens (Hasan et al., 2021).

Um estudo realizado por Sigley e colaboradores (2025) demonstrou que os campos de férias para crianças e jovens com DM I podem melhorar a qualidade de vida das crianças/jovens, reduzir o sentimento de isolamento e criar entre os participantes um sentimento de identificação.

No estudo realizado por McManus e colaboradores (2025), foi estabelecida uma correlação positiva entre a participação no campo de férias para crianças/jovens com DM I e o controlo glicémico, a autogestão da DM I, o bem-estar físico, o bem-estar psicossocial e a qualidade de vida.

4.2. Problema de Investigação

No âmbito da DM I em crianças e jovens, a complexidade da gestão diária da doença e o seu impacto na vida pessoal e social tornam pertinente a análise de intervenções que promovam a autonomia e o autocuidado. A literatura evidencia que os campos de férias terapêuticos estão associados a aumentos no conhecimento sobre a doença, na autogestão, na qualidade de vida, na autoestima, na redução da ansiedade, no reforço da autoeficácia e, em alguns casos, na melhoria do controlo glicémico (Athanasiadou et al., 2024; Hasan et al., 2021; McManus et al., 2025; Sigley et al., 2025). Estes campos de férias têm vindo a assumir um papel relevante, ao aliarem educação em saúde, apoio psicossocial e convivência entre pares.

Neste sentido, formula-se o seguinte problema de investigação: De que forma a participação de crianças e jovens num campo de férias terapêutico influencia a sua vivência e gestão da Diabetes Mellitus Tipo I?

4.3. Questões de Investigação

De forma a aprofundar o problema de investigação e orientar o desenvolvimento do estudo, foram definidas as seguintes questões de investigação, que visam compreender a

vivência e a gestão da Diabetes Mellitus Tipo I em crianças e jovens após a participação no campo de férias:

- Que sentimentos, as crianças/jovens com DM I, expressam relativamente à vivência no campo de férias?
- Em que medida o campo de férias contribui para a aceitação do diagnóstico?
- Quais são as mudanças percebidas nas competências de autogestão da DM I após a participação no campo de férias?
- Como é que os participantes descrevem a sua autonomia na gestão da DM I depois da experiência no campo de férias?
- De que modo o convívio com outras crianças/jovens com DM I influencia a forma como vivenciam a doença?
- Como é percebido o apoio prestado pelos profissionais de saúde durante o campo de férias?

4.4. Objetivos do Estudo

No contexto de uma investigação, a definição dos objetivos é essencial para orientar o percurso do estudo, permitindo delimitar de forma clara aquilo que se pretende compreender e explorar. Segundo dos Santos Pocinho e Matos (2022), o objetivo geral e os objetivos específicos devem ser detalhados e refletir o esquema temático do projeto, articulando-se com o problema de investigação e com as variáveis em análise. Desta forma, os objetivos constituem declarações claras e coerentes com a formulação do problema, orientando o desenvolvimento do estudo e a interpretação dos dados (dos Santos Pocinho & Matos, 2022).

Deste modo, tendo em conta o problema de investigação e as questões que orientam o presente estudo, definiram-se os seguintes objetivos:

4.4.1. Objetivo Geral

Tendo em conta o problema de investigação e as questões que orientam o presente estudo, definiu-se como objetivo geral: Compreender as perceções das crianças e dos jovens com Diabetes Mellitus Tipo I acerca dos benefícios da participação num campo de férias.

4.4.2. Objetivos Específicos

Com vista à concretização do objetivo geral e ao aprofundamento do problema de investigação, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar de que forma a participação no campo de férias influencia o bem-estar físico, social e emocional das crianças/jovens com DM I.
- Identificar mudanças percebidas no autocuidado e da autogestão da diabetes durante a vivência no campo de férias.
- Compreender o papel da socialização e o suporte entre pares com DM I.
- Explorar a influência do ambiente educativo e recreativo do campo de férias na motivação para o autocuidado e autogestão da diabetes.

4.5. Justificação da Investigação

A Diabetes Mellitus Tipo I é uma doença crónica com elevada prevalência entre crianças e jovens, estimando-se cerca de 201 casos por cada 100.000 crianças/jovens até aos 19 anos em Portugal (DGS, 2023). Esta condição acarreta um impacto significativo na qualidade de vida, no bem-estar e no quotidiano familiar e social das crianças e jovens. A sua gestão eficaz requer não só conhecimentos teórico-técnicos, mas também competências de autogestão, responsabilidade e capacidade de adaptação, cuja aquisição pode ser especialmente desafiante em idades precoces.

Neste contexto, os campos de férias terapêuticos surgem como estratégias complementares de educação para a saúde, com o objetivo de capacitar as crianças e jovens com DM I para uma vivência mais positiva da doença, através da promoção da autonomia, da partilha de experiências com pares e do apoio contínuo por profissionais de saúde (Flora et al., 2023).

No entanto, verifica-se uma escassez de publicação científica nacional sobre esta temática, que avalie o impacto destas experiências na vivência e na autogestão da diabetes.

Assim, torna-se pertinente e atual investigar de que forma a participação em campos de férias terapêuticos influencia a vivência e a gestão da DM I por parte de crianças e jovens, considerando as suas perceções sobre a experiência, a partilha com pares, os sentimentos envolvidos e as aprendizagens adquiridas. Através desta investigação, pretende-se reconhecer e valorizar as perspetivas das crianças e jovens sobre a realidade diária de viver

com DM I, contribuir para a evidência científica e fundamentação de políticas de saúde infantil que integrem este tipo de iniciativas.

5. Metodologia

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa qualitativa de natureza descritiva e exploratória.

Os estudos qualitativos relacionam as práticas experimentais e a objetividade, estabelecendo diferentes perspectivas entre as questões sociais e a influência dos sujeitos perante o fenómeno em estudo. Uma metodologia bastante utilizada para estes tipos de pesquisa é a análise de conteúdo na perspectiva de Bardin, que visa interpretar e categorizar dados para melhor compreensão e estudo de fenómenos (Valle & Ferreira, 2025).

A análise de conteúdo, segundo Bardin, é composta por três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados/interpretação (Valle & Ferreira, 2025).

Na pré-análise, o investigador necessita de verificar o material disponível, formular hipóteses e objetivos. A pré-análise é composta por quatro momentos. O primeiro, a leitura flutuante, corresponde ao processo de verificação do material disponível sobre o tema e estabelecimento de conexões com as hipóteses e objetivos. O segundo momento, é a escolha dos documentos, que corresponde ao momento de seleção dos documentos para utilização no desenvolvimento da análise. O terceiro momento, é a formulação dos objetivos e hipóteses, que servirá como guia orientador para a exploração do tema em estudo. O quarto e último momento, é a formulação dos indicadores mais frequentes nos materiais, que orientarão a fase seguinte, que é a exploração desses materiais (Valle & Ferreira, 2025).

Na realização deste estudo, procedeu-se à pesquisa de informação sobre a DM I e o impacto do campo de férias em criança e jovens com DM I. Em seguida, foram formulados os objetivos, com foco na gestão da DM I e no impacto que a participação no campo de férias poderia ter nas crianças e jovens com DM I.

A população do estudo foi constituída por todas as crianças e jovens com DM I participantes no campo de férias. Os critérios de inclusão para participação no campo de férias e, consequentemente, no estudo foram: crianças e jovens com idade superior a 10 anos e até aos 18 anos (inclusive); e adequado controlo glicémico nas consultas anteriores.

A colheita de dados foi realizada através de entrevistas semiestruturadas com as crianças e jovens participantes (Apêndice IV). As entrevistas foram conduzidas de forma a compreender as experiências dos jovens participantes em relação às atividades desenvolvidas no campo de férias e à gestão da DM I.

As entrevistas decorreram num ambiente reservado e tranquilo, assegurando a confidencialidade e o conforto dos participantes. Cada entrevista teve uma duração média de 15 minutos. O agendamento foi definido com cada participante, tendo sido obtido consentimento informado por escrito antes do início de cada sessão.

O registo das respostas foi realizado em suporte papel e as entrevistas foram gravadas em áudio, com o objetivo de permitir a transcrição integral e a análise detalhada posterior. Todos os dados recolhidos foram armazenados de forma segura, em conformidade com a legislação da proteção de dados, garantindo a confidencialidade dos participantes.

A fase de exploração do material inicia-se com a codificação, que corresponde ao processo de transformação dos dados recolhidos em unidades de análise importantes para a pesquisa. A codificação envolve a conceção de códigos que representem conceitos importantes para a pesquisa. A partir da codificação, realiza-se a categorização, que é a classificação de elementos em conjuntos (Valle & Ferreira, 2025).

Na última fase, o investigador procede ao tratamento dos resultados obtidos e à sua interpretação, relacionando os dados obtidos com a teoria analisada (Valle & Ferreira, 2025).

Deste modo, a análise dos dados foi realizada nas seguintes etapas:

1. Leitura e análise das transcrições das entrevistas;
2. Codificação dos dados, identificando unidades de análise relacionadas aos objetivos da pesquisa;
3. Categorização das unidades de análise;
4. Interpretação dos resultados com base na literatura existente, a fim de compreender o impacto das atividades do campo de férias na gestão da DM I.

5.1 Considerações Éticas

O estudo respeitou os princípios éticos aplicáveis à investigação em saúde, tendo sido obtido o consentimento informado por escrito dos participantes e/ou dos seus representantes legais, após esclarecimento dos objetivos e procedimentos, garantindo-se que a participação foi totalmente voluntária (Apêndice V).

Garantiu-se a confidencialidade dos dados recolhidos, que foram utilizados exclusivamente para fins de investigação, sendo estes armazenados de forma segura e em conformidade com a legislação em vigor sobre proteção de dados pessoais.

Dado tratar-se de um estudo envolvendo menores e uma condição crónica como a DM I, foram asseguradas medidas de proteção, nomeadamente a supervisão contínua pela equipa de profissionais de saúde durante todas as atividades e a garantia de que a participação no estudo não interferiu com os cuidados clínicos habituais.

O presente estudo obteve parecer favorável da comissão de ética da instituição onde foi desenvolvido, emitido a 16 de junho de 2025.

5.2 Contextualização do Campo de Férias

O campo de férias para crianças e jovens com DM I, realizado em 2025 no Norte de Portugal, decorreu ao longo de três dias, entre 16 e 18 de julho. Participaram 15 crianças/jovens, acompanhados por uma equipa multidisciplinar de profissionais de saúde, composta por duas médicas, duas enfermeiras, uma nutricionista e uma psicóloga.

No primeiro dia, o grupo reuniu-se durante a manhã em dois pontos de encontro pré-definidos, de onde seguiu de autocarro para o local das atividades. À chegada, realizou-se uma breve apresentação pessoal, seguida do lanche da manhã. O almoço realizou-se às 13h, momento em que foram efetuadas as pesquisas de glicemia, a contagem dos hidratos de carbono (HC) e a administração de insulina, sempre supervisionadas pela equipa de saúde. Durante a tarde, a primeira atividade foi o CrazyCart (atividade lúdica motorizada, semelhante a karting). O lanche foi servido às 16h e, posteriormente, o grupo participou na atividade de Canyoning Park (recriação de sensação de canyoning de rio). O jantar ocorreu às 20h, seguindo o mesmo modo de atuação, ou seja, pesquisas de glicémia, a contagem dos Hidratos de Carbono (HC) a ingerir e a administração de insulina sob a supervisão da equipa de saúde. Após a refeição, o grupo deslocou-se para o alojamento. Antes da ceia, existia um período livre de convívio entre os jovens e a equipa de profissionais de saúde, durante o qual eram realizadas atividades informais como jogos de tabuleiro, jogos de cartas, momentos de diálogo e partilha de experiências e histórias. A ceia foi servida às 23h.

No segundo dia, após o pequeno-almoço, a primeira atividade realizada foi o Quick Flight (simulador de queda livre). Depois do lanche da manhã, decorreram duas atividades: Minigolfe e Escalada. O almoço manteve-se às 13h e durante a tarde realizou-se uma atividade aquática, o Canyoning Park. O jantar ocorreu às 20h, seguindo-se o regresso ao alojamento (tempo livre). A ceia foi servida às 23h.

No âmbito deste estudo, foram realizadas, após o jantar, as entrevistas individuais e confidenciais, numa sala resguardada, de modo a garantir a confidencialidade e o conforto dos jovens.

No terceiro e último dia, após o pequeno-almoço, o grupo participou no Percurso Aventura (atividade de aventura em altura, constituída por circuitos de obstáculos e pontes suspensas ao nível da copa das árvores) e após o lanche da manhã, a atividade Alpine Coaster (atividade lúdica motorizada em carris). O almoço foi servido às 13h, tal como nos

dias anteriores, sempre em grupo e sob supervisão da equipa de profissionais de saúde. Durante a tarde, realizou-se a descida no Fantasticable (atividade aérea de deslize em cabo/tirolesa). No final do dia, o grupo regressou aos pontos de origem, concluindo assim o campo de férias.

6. Resultados

Amostra Sociodemográfica

A amostra é composta por quinze jovens com idades entre 12 e 18 anos. A Figura 2 apresenta a distribuição etária dos participantes. A diversidade etária permite observar diferentes fases de adaptação à diabetes, desde a adolescência precoce até à transição para a vida adulta.

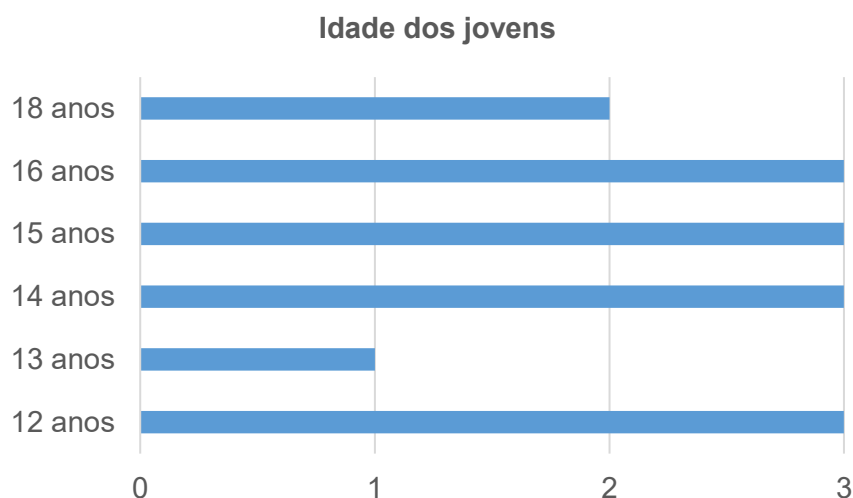


Figura 2. Idades dos jovens que participaram no Campo de Férias

A Figura 3 expõe a distribuição dos participantes por género, verificando-se um equilíbrio entre os dois géneros, com uma ligeira predominância do masculino (7 jovens do género feminino e 8 do género masculino).

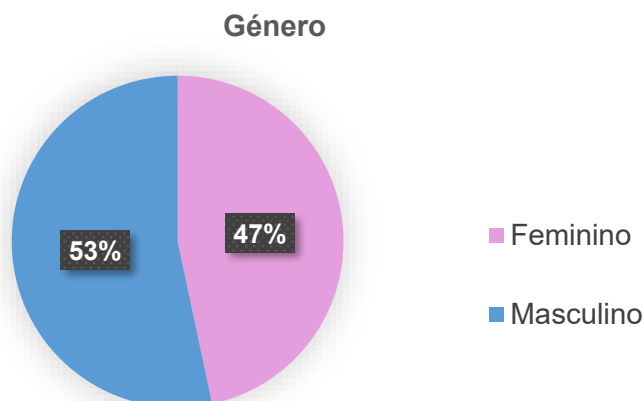


Figura 3. Género dos jovens que participaram no Campo de Férias

A Figura 4 apresenta a análise da idade em que os jovens foram diagnosticados, verificando-se uma ampla variação, desde os 8 meses até aos 14 anos, o que demonstra a importância de estratégias de educação terapêutica contínua e adaptada ao desenvolvimento da criança e jovem.

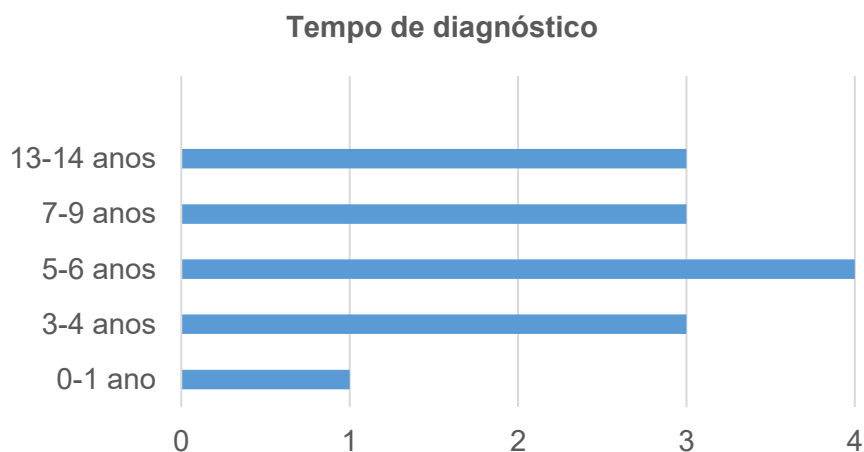


Figura 4. Tempo de diagnóstico dos jovens que participaram no Campo de Férias

Na Figura 5 observa-se a frequência de participação dos jovens no campo de férias, evidenciando uma diversidade de experiências, desde estreantes até participantes recorrentes. Quase metade dos jovens (40%) participaram, este ano, pela primeira vez no campo de férias, o que pode acarretar a necessidade de adaptação ao grupo e às rotinas.

Os jovens com quatro ou mais participações (1/3) representam um grupo com maior familiaridade com o campo, podendo facilitar a integração dos mais novos.

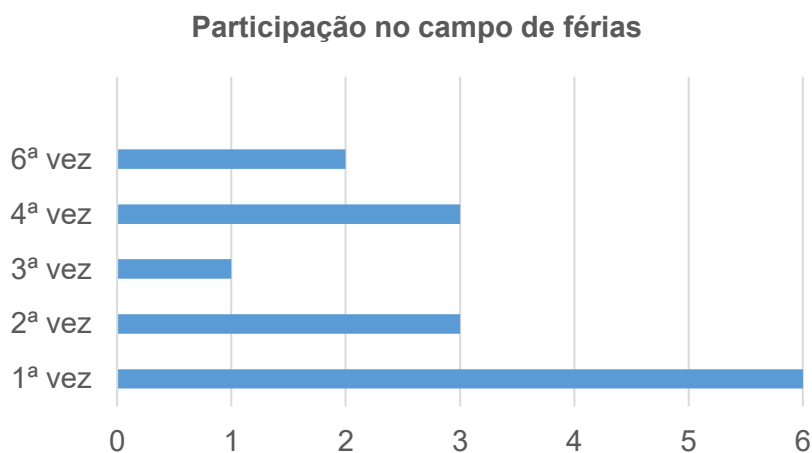


Figura 5. Participação dos jovens no Campo de Férias

A possibilidade de analisar diferentes níveis de participação no campo de férias permite-nos investigar as experiências distintas em cada domínio de estudo.

Apoio Familiar

Na Figura 6 observa-se que não foram referidas perturbações na dinâmica familiar. Os dados indicam que todos os jovens referiram estabilidade quanto ao ambiente familiar.

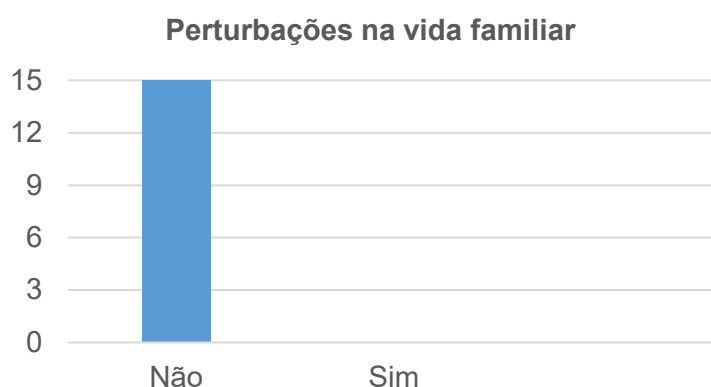


Figura 6. Perturbações na vida familiar dos jovens

A Figura 7 evidencia que o apoio materno é predominante (11 em 15 jovens), embora em alguns casos ambos os pais estejam envolvidos (4 jovens). Esta distribuição revela uma tendência clara para a centralidade da figura materna no suporte físico e emocional dos jovens participantes.

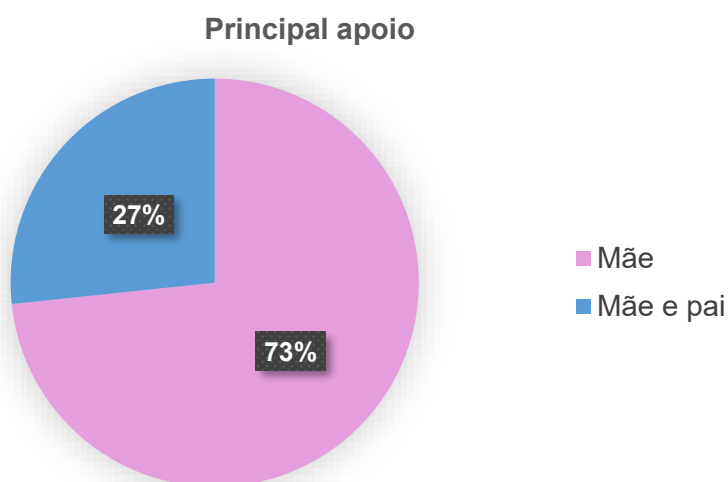


Figura 7. Principal apoio dos jovens que participaram no Campo de Férias

Vida Social

Na Figura 8 observa-se que a maioria dos jovens (10 em 15 jovens) indicaram não ter dificuldades na vida social, o que pode refletir contextos de apoio familiar, escolar e comunitário favoráveis à inclusão, enquanto os restantes 5 relataram experiências de desafio social em diferentes momentos. Esta diversidade de respostas permite uma análise sobre os fatores que influenciam a socialização dos jovens.

Os casos em que as dificuldades pontuais ou situacionais ocorreram, foram em fases específicas, como a fase de diagnóstico ou administração de insulina na escola. Sugerem que certos momentos de transição ou exposição podem gerar insegurança ou estigma social.

O jovem que relatou dificuldade social de forma clara (E5) apresenta uma idade de diagnóstico recente.

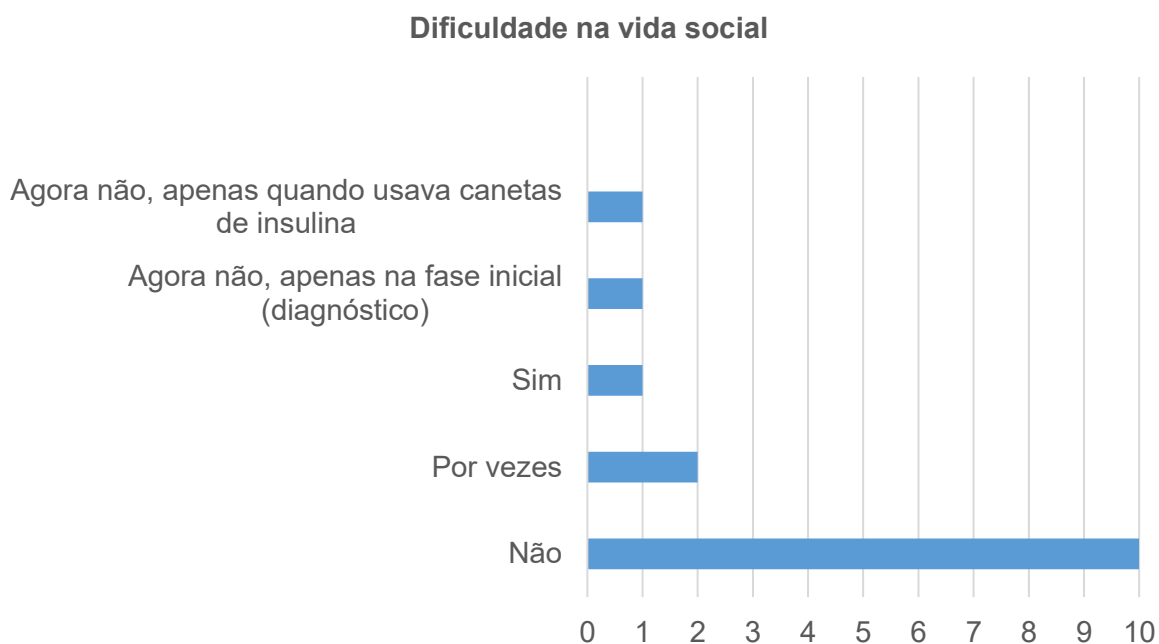


Figura 8. Dificuldade na vida social dos jovens

Medidas de Atuação

Na Figura 9, verifica-se que a maioria dos jovens (60%) não relata dificuldades sociais nem necessidade de esconder medidas de atuação na DM I. No entanto, alguns mencionam

episódios iniciais de desconforto, sobretudo em contexto escolar. A promoção da segurança e inclusão deve ser fomentado pelas escolas (DGS, 2019), o que evidencia a importância da atuação do enfermeiro na promoção da literacia em saúde nas escolas, desmistificando a DM I e promovendo a inclusão.

Os nove jovens que não escondem as suas medidas de atuação, indicam um nível elevado de aceitação pessoal e social, o que pode estar associado a ambientes inclusivos, apoio familiar e escolar e à aceitação da sua condição.

Os casos em que houve ocultação apenas em fases iniciais, como por exemplo após o diagnóstico ou no início da utilização de sensores, sugerem que o processo de adaptação pode envolver sentimentos de vergonha ou medo de julgamento. Como fator favorecedor de aceitação, foi-me transmitido por um jovem (E9), que a visibilidade pública dos sensores, por exemplo, em atletas, contribuiu para uma melhor aceitação.

Importa ainda salientar o caso de um jovem que referiu que anteriormente escondia as medidas de atuação “*quando usava canetas (de insulina)*”, mas que, após a implementação do SPSCI, deixou de o fazer. Este dado sugere que a utilização desta tecnologia poderá ter contribuído para uma melhoria do bem-estar e da qualidade de vida, promovendo maior discricção, autonomia e confiança na gestão da DM I.

Os jovens que referem esconder as medidas “por vezes” fazem-no especificamente na escola, “às vezes, sim, na escola” (E4), o que pode indicar que este ambiente ainda representa um espaço de potencial estigmatização ou desconforto.

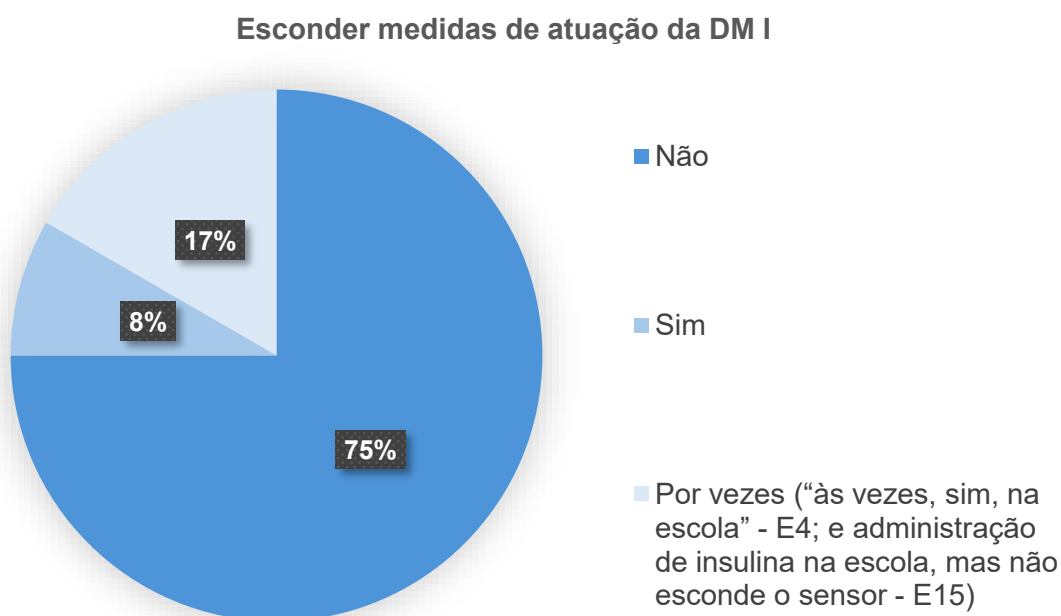


Figura 9. Esconder medidas de atuação da DM I

Sentimento de Partilha de Experiências

A análise dos relatos permitiu identificar diferentes benefícios emocionais e relacionais associadas à participação dos jovens no campo de férias, como ilustrado na Figura 10, destacam-se sentimentos de confiança, suporte, partilha e identificação entre pares.

O sentimento mais expressivo foi o de confiança, (referido por 80%), evidenciando que o ambiente criado favoreceu a abertura emocional e a expressão autêntica, sem receio de julgamento. As declarações como *“a gente pode fazer as coisas à frente das pessoas”* (E2) refletem a construção de um espaço seguro, onde os jovens se sentiram aceites e compreendidos.

A sensação de suporte foi também relevante (60%), traduzindo-se em perceções de acolhimento e identificação com os pares. Expressões como *“nunca pensei que houvesse tantas pessoas como eu”* (E3), *“sabemos que ninguém vai julgar”* (E4), *“descobri que não era a única”* (E7), *“toda a gente está na mesma situação”* (E12), *“percebemos que conseguimos fazer tudo juntos”* (E13) e *“sabemos todos do mesmo e do que estamos a falar”* (E15), reforçam o papel do grupo como rede de apoio emocional e social.

Os sentimentos de partilha de experiências (8 relatos) e de amizade (3 relatos), evidenciados em expressões como *“arranjei amigos para a vida”* (E7) e *“entre amigos”* (E9), demonstram a interação positiva, a aprendizagem mútua e a solidariedade entre pares. A partilha demonstra espontaneidade e autenticidade nas relações estabelecidas, como demonstrado nas expressões *“partilha que não é forçada, torna-se natural”* (E9), *“a melhor palavra que descreve (o campo de férias) é partilhar, porque nós partilhamos quase tudo”* (E9) e *“podemos partilhar as nossas experiências e as nossas diferenças”* (E10).

A autonomia (4 relatos) e o conhecimento (2 relatos) emergiram como categorias associadas ao empoderamento pessoal e à aquisição de competências para lidar com a DM I. As respostas dos participantes indicam um maior sentido de capacidade e controlo sobre a sua própria condição.

Por fim, sentimentos como a aceitação e a diversão, evidenciados em expressões como *“comecei a ver a diabetes como algo normal”* (E9) e *“diverti-me imenso”* (E9) revelam uma redefinição positiva da experiência de viver com diabetes, demonstrando que o convívio em grupo contribui para o bem-estar emocional e também para a aceitação da DM I.

Sentimento de partilha de vivências no campo de férias

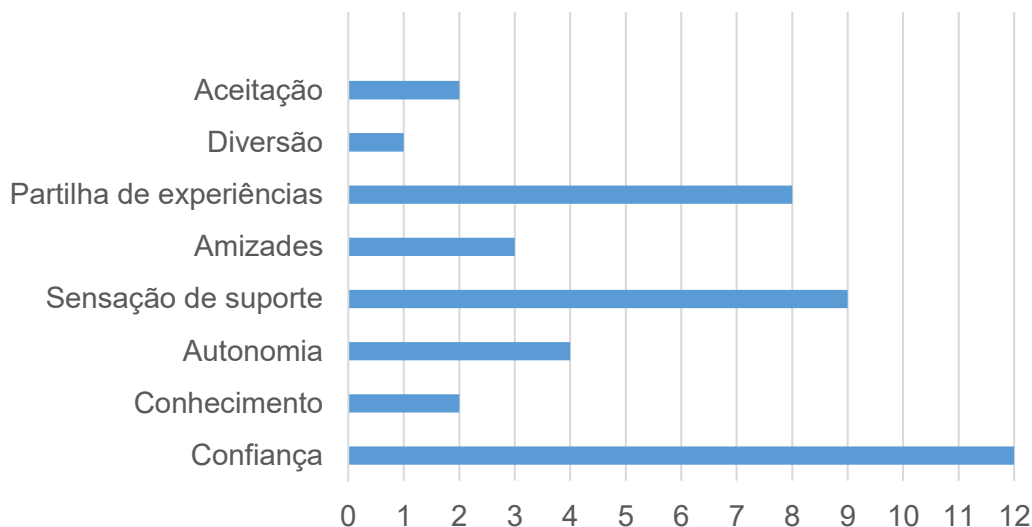


Figura 10. Sentimento de partilha de vivências no Campo de Férias

De forma global, os resultados sugerem que a participação no campo de férias promoveu benefícios psicossociais significativos, favorecendo a integração social, a autoaceitação e a autonomia dos jovens com DM I.

Exercícios Físico

A atividade física é essencial para um bom controlo da DM I. As recomendações para as crianças e jovens são 60 minutos por dia, no mínimo, de atividade física de intensidade moderada a intensa (DGS, 2019).

A análise da frequência de exercício físico entre os jovens revela uma diversidade de padrões, desde a ausência total até à prática diária, como evidenciado na Figura 11. Esta variabilidade é importante para compreender os diferentes níveis de envolvimento com o autocuidado e os fatores que influenciam a adoção de hábitos saudáveis.

Atualmente, em época de férias, dois jovens referem não praticar exercício físico.

Três jovens praticam exercício de forma ocasional. Este padrão pode refletir uma tentativa de manter alguma atividade, mas sem regularidade.

Quatro jovens praticam entre uma a duas vezes por semana. Este grupo demonstra alguma consistência.

Quatro jovens mantêm uma prática regular de 3 a 4 vezes por semana. Este grupo aparenta ter incorporado o exercício como parte da rotina.

Um jovem destaca-se pela prática intensa (5 vezes por semana).

O jovem que pratica diariamente, afirmou “*não vai ser a diabetes que me vai deixar de fazer alguma coisa*” (E3), revelando uma atitude resiliente e proativa. Um relato que pode ser usado como exemplo inspirador.

O papel do enfermeiro deve incluir o reforço positivo, a educação sobre os benefícios do exercício físico no controlo glicémico e no bem-estar e o incentivo à criação de rotinas.

Deve ainda, reforçar-se a importância dos cuidados inerentes à sua prática, tais como a monitorização da glicemia, a alimentação e os ajustes terapêuticos (DGS, 2019).

O campo de férias mostrou-se um espaço facilitador para a prática de exercício e partilha de experiências, o que pode e deve ser replicado em outros contextos.



Figura 11. Prática de exercício físico dos jovens

Cuidados na Prática de Exercício Físico

Na Figura 12 verifica-se que a totalidade dos jovens adota cuidados específicos durante a prática de exercício físico, o que revela um elevado nível de consciência e responsabilidade no autocuidado. Este dado é extremamente positivo e demonstra o impacto de uma educação terapêutica eficaz, tanto por parte da família como da equipa de profissionais de saúde.

Todos os jovens referiram realizar a monitorização glicémica e cuidados alimentares antes, durante ou após o exercício. Esta prática é essencial para prevenir episódios de hipoglicemia e manter a segurança durante a atividade física (DGS, 2019). A total adesão a esta medida sugere que os jovens estão informados e capacitados para gerir a sua condição em contextos de atividade física.

Três jovens referiram suspender ou remover os SPSCI durante o exercício. Esta atitude pode ser necessária em atividades de maior intensidade ou contacto físico, para evitar desconforto ou danos no dispositivo (DGS, 2019). A decisão de suspender a bomba requer conhecimento técnico na gestão da DM I.

Três jovens utilizam o modo de exercício ou objetivo temporário nos SPSCI. Esta funcionalidade permite ajustar as metas glicémicas durante o exercício, reduzindo o risco de hipoglicemia (DGS, 2019). A utilização desta ferramenta demonstra capacidade de adaptação aos SPSCI.

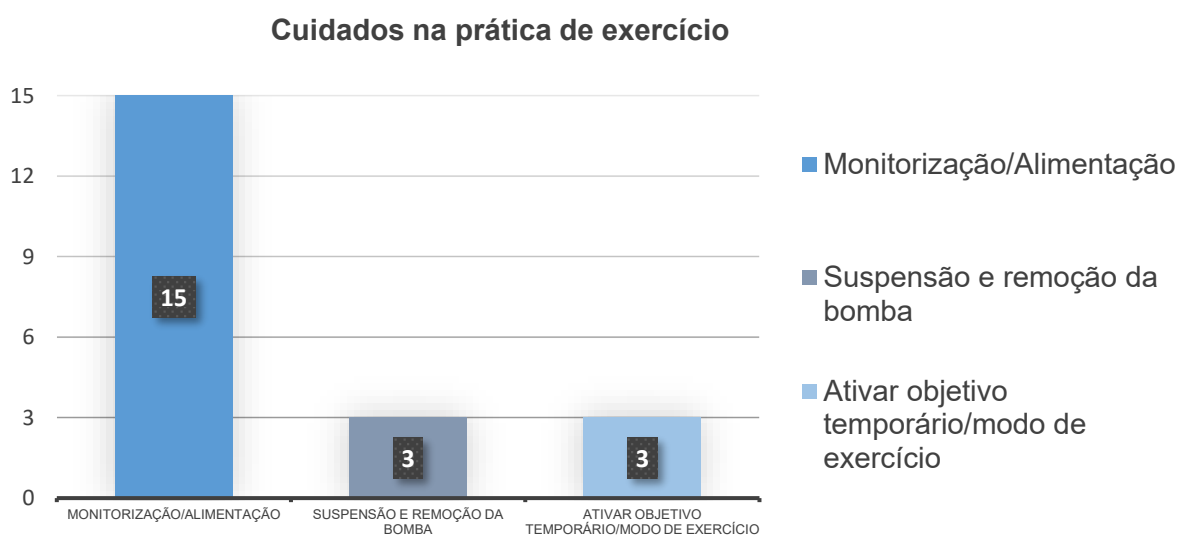


Figura 12. Cuidados na prática de exercício físico

O papel do enfermeiro é essencial na educação para a saúde, visando a promoção da autonomia e da literacia em saúde. É fundamental assegurar que os jovens compreendem o momento e a forma correta de ajustar a terapêutica, garantindo assim a segurança e a eficácia no controlo glicémico.

Limitações devido à DM I

A análise revela que os quinze jovens não sentem limitações impostas pela DM I nas suas atividades diárias, como evidenciado na Figura 13. Este dado é extremamente positivo e indica um elevado nível de aceitação, adaptação e autonomia na vivência com a DM I. Apenas um jovem referiu ter sentido insegurança no passado *“quando era mais novo tinha algumas inseguranças”* (E10), mas atualmente afirma que *“não faz diferença nenhuma”* (E10), o que demonstra crescimento pessoal e superação. Este relato demonstra que, embora possam existir dificuldades iniciais, o apoio adequado permite ultrapassá-las, e reforça a importância de intervenções precoces, do apoio emocional e educativo contínuo e da promoção da autonomia.

A afirmação de um jovem *“não vai ser a diabetes que me vai deixar de fazer alguma coisa”* (E3) demonstra resiliência. Este tipo de discurso revela empoderamento pessoal, autoconfiança e aceitação da sua condição de saúde.

A intervenção dos enfermeiros deve focar-se no reforço da identidade dos jovens com DM I através da valorização das suas conquistas e do reforço positivo.

É fundamental limitar o medo e a insegurança. Devido à natureza desafiante da transição da infância para a adolescência, como evidenciado pelo relato E10, é essencial promover estratégias de adaptação (DGS, 2019).

Adicionalmente, deve ser facilitada a partilha entre pares, em atividades lúdicas, como é exemplo o campo de férias, ou em grupos de apoio, para que os jovens que não sentem limitações possam apresentar-se como modelos positivos para os outros jovens.

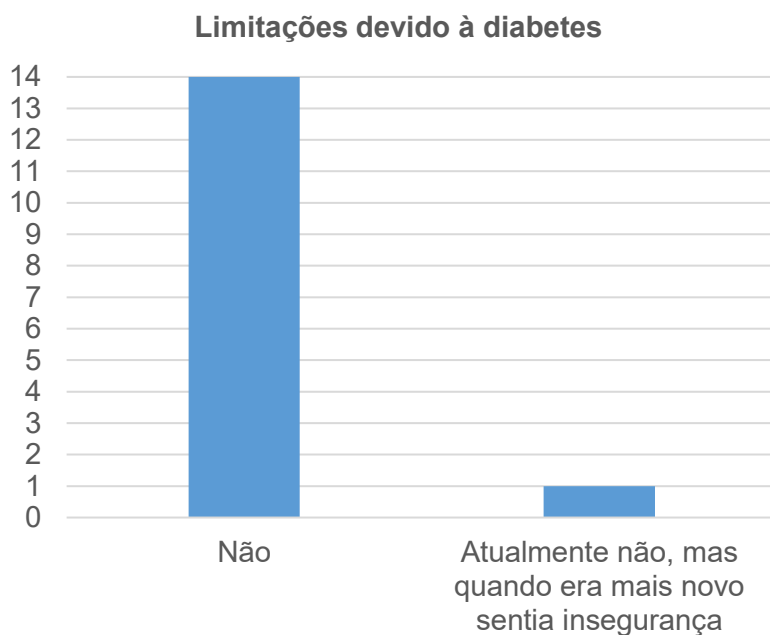


Figura 13. Limitações devido à DM I percebida pelos jovens

Sono

O sono é um componente essencial da saúde física e emocional, é indispensável para o crescimento adequado e o desenvolvimento físico, mental e comportamental das crianças e jovens (OE, 2023). No contexto da DM I, a qualidade do sono pode ser afetada por fatores como hipoglicemias noturnas, alarmes de dispositivos e ansiedade com o controlo glicémico.

Na Figura 14 verificamos que mais de metade dos jovens (8 em 15 jovens) não referem alterações de sono, o que é um dado positivo, podendo refletir um bom controlo glicémico, boa adaptação às rotinas de autocuidado e apoio familiar e profissional eficaz.

Este grupo pode servir como referência para boas práticas de gestão noturna da diabetes. Nos momentos de educação para a saúde devem ser reforçadas estas rotinas saudáveis.

Um jovem evidenciou a melhoria do seu padrão de sono após o uso de SPSCI com monitorização contínua (E12), relatou que *“quando tinha canetas, sim, tinha que acordar às vezes”* (E12). Este relato evidencia o impacto positivo da tecnologia no padrão de sono e qualidade de vida, *“desde que tenho a bomba acho que nunca acordei por causa dos valores. E já foi há uns meses.”* (E12). Este benefício também foi reforçado por outro jovem, que relatou *“esta bomba nova controla melhor à noite também”* (E9).

Seis jovens referem ocasionalmente alterações de sono, o que pode estar associado a episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia noturna, *“às vezes acordo, ou tão baixos (...) tão altos”* (E9), ansiedade com o controlo glicémico *“às vezes, há noites tenho que ficar acordado a ver se eles sobem mais, descem, depois às vezes nem consigo dormir com isso, devido à preocupação”* (E3), alarmes de dispositivos (E4), *“às vezes os alarmes”* (E7), *“acordo porque eu oiço-a a apitar”* (E11) e desconforto com a utilização de sensores ou SPSCI *“a bomba atrapalha às vezes um pouco”* (E8).

Estes resultados sugerem que, embora não sejam alterações constantes, o sono pode ser interrompido de forma pontual, afetando o bem-estar geral, deste modo, a avaliação do padrão de sono deve ser incluída nas consultas de vigilância, abordando estratégias eficazes para a prevenção de hipoglicemias noturnas e a promoção de rotinas de sono saudáveis.

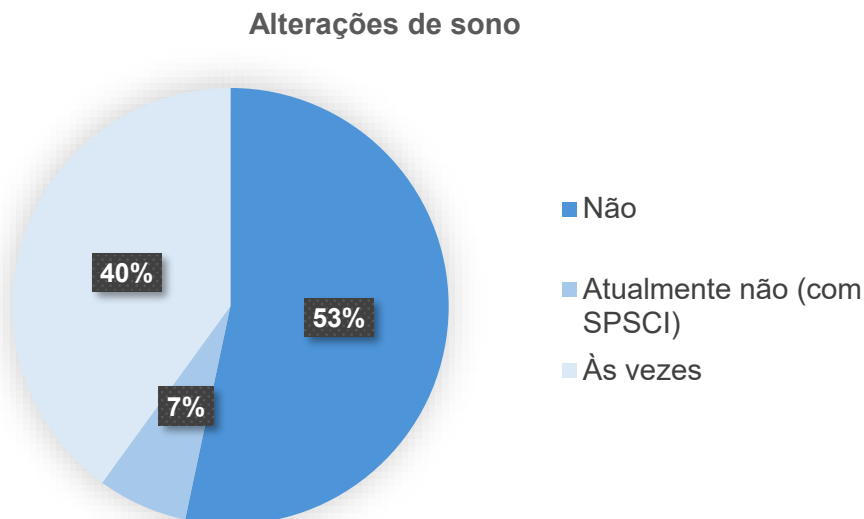


Figura 14. Alterações no padrão de sono

Alimentação

A alimentação é um dos pilares do controlo da DM I. Os benefícios de uma alimentação saudável são o fornecimento de energia e nutrientes adequados para o bom funcionamento do organismo; regulação da saúde física, mental e social e contribuição para o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (DGS, 2019).

A contabilização dos hidratos de carbono (HC) é uma intervenção essencial para um bom controlo metabólico, associada à monitorização da glicemia e com impacto na quantidade de insulina a administrar (DGS, 2019).

Os dados revelam que os jovens percebem a alimentação no campo de férias como positiva e para oito jovens alinhada com os seus hábitos, como evidenciado na Figura 15.

Oito jovens referiram que a alimentação no campo de férias foi semelhante à que têm em casa. Este dado sugere que já apresentam hábitos alimentares saudáveis no contexto familiar. Devem ser reforçados estes hábitos, promovendo a manutenção de rotinas saudáveis.

Sete jovens (46,7%) consideraram que a alimentação no campo foi mais saudável do que em casa. Este dado é particularmente relevante, pois demonstra que o campo de férias pode funcionar como espaço educativo e transformador.

Estes relatos indicam que o campo de férias pode ser uma oportunidade para reeducação alimentar, promovendo escolhas mais equilibradas e conscientes.

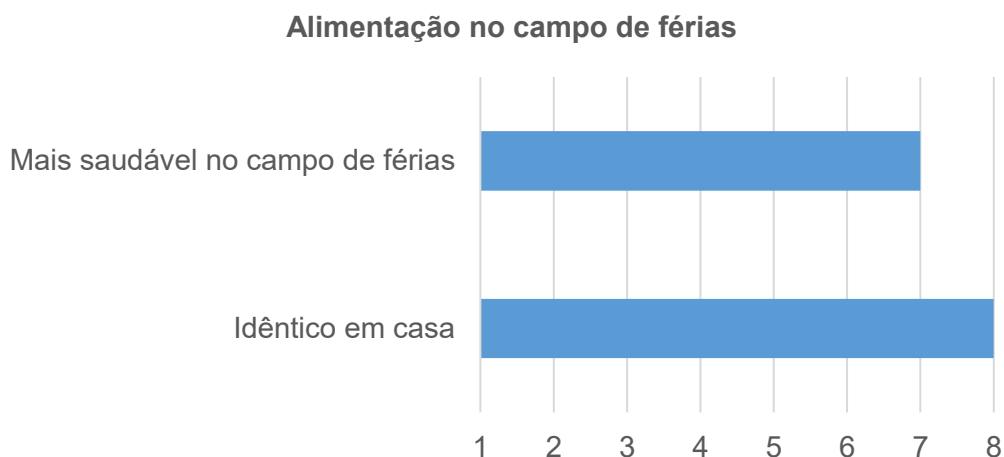


Figura 15. Alimentação dos jovens no Campo de Férias

Benefícios do Campo de Férias

O campo de férias revelou-se uma experiência transformadora para os jovens com DM I, proporcionando momentos de lazer e também oportunidades de crescimento pessoal, social e emocional. Os principais benefícios identificados encontram-se evidenciados na Figura 17 e incluem:

- Partilha de Experiências (10 relatos)

Este foi o benefício mais mencionado. Os jovens destacaram a importância de poder expressar-se livremente e ouvir histórias semelhantes às suas. E3 afirmou: *“certas coisas que guardava para mim e não precisava”*, revelando o alívio emocional que advém da partilha.

- Novas Amizades (8 relatos)

A formação de vínculos afetivos foi destacada como um dos elementos mais marcantes. E13 referiu que *“arranjei amigos para a vida”*, o que reforça o papel do campo como facilitador de relações duradouras.

- Socialização (7 relatos)

A convivência com outros jovens com a mesma condição promoveu inclusão e normalização. E12 disse: *“toda a gente está na mesma situação”*, o que reduz o sentimento de isolamento frequentemente associado à doença crónica.

- Confiança (5 relatos)

O campo de férias ajudou os jovens a desenvolverem autoconfiança na gestão da diabetes. E7 afirmou: *“deu-me mais confiança e ajudou-me a ver que não é difícil controlar a diabetes, é fácil”*.

- Aprendizagem (4 relatos)

Os jovens referiram ter aprendido mais sobre a diabetes e sobre si próprios. E15 destacou que *“aprendi mais a fazer as coisas à mão”*, o que mostra uma evolução no autocuidado.

- Diversão (4 relatos)

A diversão foi mencionada como parte integrante da experiência. E10 disse: *“diverti-me imenso”*, o que mostra que o prazer também tem valor terapêutico.

- Responsabilidade (2 relatos)

E9 afirmou que o campo *“fez-me crescer como pessoa, tornou-me mais independente”*, evidenciando o impacto na maturidade e na gestão da doença.

- Apoio dos Profissionais de Saúde (1 relato)

Embora mencionado apenas por E8, este dado é significativo: *“as médicas e enfermeiras ajudam bastante”* evidencia que a presença da equipa de profissionais de saúde é percebida como um apoio, e não apenas como vigilância.

- Atividades (1 relato)

Um jovem destacou as atividades como benefício, o que mostra que o envolvimento físico e recreativo também contribui para o bem-estar.

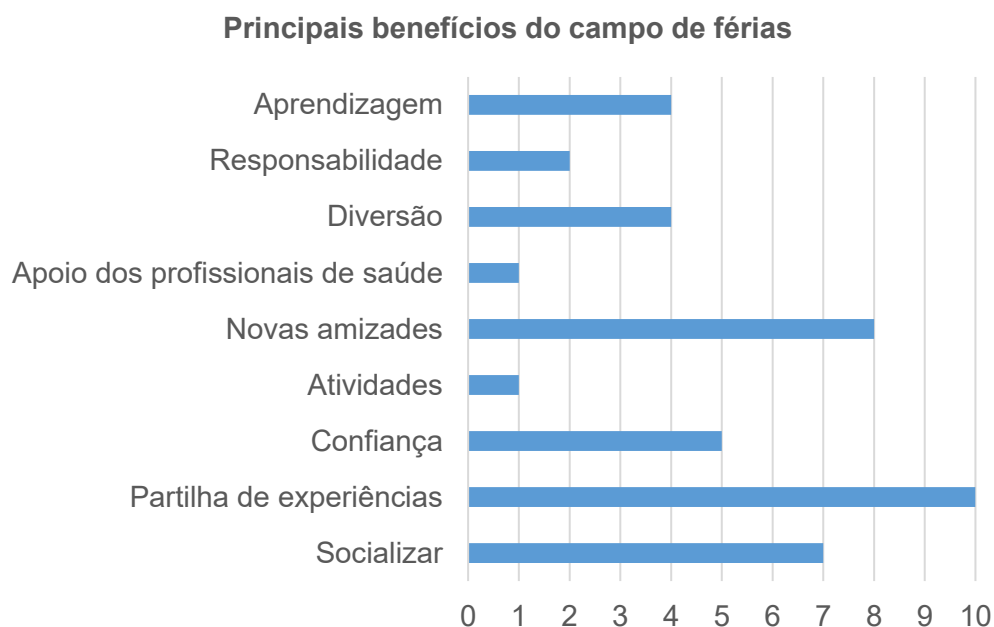


Figura 16. Principais benefícios do Campo de Férias

Os resultados evidenciam que a partilha de experiências foi o principal benefício identificado pelos jovens, proporcionando-lhes um espaço seguro para se expressarem e reconhecerem-se nas vivências dos outros.

Apoio pelos Profissionais de Saúde

Todos os jovens (15/15) referiram sentir-se apoiados pela equipa de profissionais de saúde durante o campo de férias, o que evidencia a importância da presença ativa, empática e educativa da equipa de profissionais de saúde: enfermeiras, médicas, nutricionista e psicóloga, neste contexto. Este dado é particularmente relevante, pois reforça o papel do enfermeiro não apenas como prestador de cuidados, mas como potenciador de autonomia, segurança e integração social.

As expressões dos jovens revelam confiança e segurança.

E6 afirmou: *“senti-me bastante seguro”*, destacando o impacto emocional da presença da equipa.

E8 referiu: *“as médica e enfermeiras ajudam bastante”*, reconhecendo o apoio técnico e humano.

E10 partilhou: *“toda a equipa de profissionais é muito importante (...) nos empurra a ter essa autonomia, responsabilidade e estarmos bem entre nós e conhecermos uns aos outros, e crescer”*.

Estas expressões revelam que os profissionais de saúde são vistos como figuras de suporte, incentivo e orientação, e não apenas como supervisores clínicos. O campo de férias torna-se um espaço privilegiado para a construção de vínculos terapêuticos e para o desenvolvimento de competências relacionais e de autocuidado.

Apoio pela equipa dos profissionais de saúde

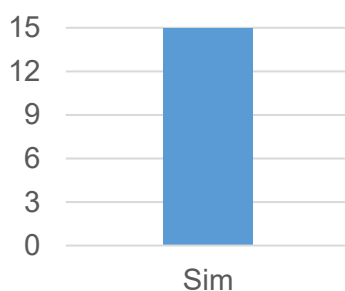


Figura 17. Apoio pela equipa de profissionais de saúde

Impacto do Campo de Férias

Os sentimentos relatados pelos jovens revelam o impacto emocional e psicológico positivo da participação no campo de férias, refletindo ganhos em autoestima, autonomia, aceitação da condição crónica e integração social, como evidenciado na Figura 18. A diversidade de emoções expressas mostra que o campo de férias funcionou como um espaço terapêutico e educativo.

- Confiança (5 relatos)

A confiança foi o sentimento mais mencionado. E4 afirmou: *“podemos fazer tudo mesmo tendo diabetes”*, uma frase que sintetiza o empoderamento vivido. Este tipo de discurso revela superação de limitações percebidas, reforço da autoestima e capacidade de enfrentar desafios.

- Conhecimento (4 relatos)

E11 partilhou: *“aprendi mais a fazer as coisas à mão”*, evidenciando o desenvolvimento de competências práticas. O conhecimento adquirido no campo é vivencial, contextualizado e significativo.

- Aceitação (3 relatos)

E13 expôs: *“perceber que há mais gente como nós e que temos de cuidar de nós”*, revelando o impacto da convivência com pares na normalização da doença. A aceitação é um passo fundamental para o autocuidado eficaz.

- Tranquilidade (2 relatos)

E1 e E14 referiram sentir-se tranquilos, o que pode estar associado à segurança proporcionada pela equipa de saúde e ao ambiente acolhedor do campo.

- Espontaneidade (1 relato)

E1 destacou a espontaneidade como sentimento, o que indica liberdade para ser quem é, sem medo de julgamentos.

- Responsabilidade (1 relato)

E6 afirmou: *“não posso levar tão a brincar, às vezes”*, demonstrando consciência sobre a importância do autocuidado. Este sentimento é essencial na transição para a vida adulta.

- Conforto (2 relatos)

Dois jovens referiram sentir-se confortáveis, com destaque para a frase: *“ninguém exclui ninguém”* (E15). Este sentimento está diretamente ligado à inclusão e ao acolhimento.

- Controlo da Diabetes (3 relatos)

Três jovens referiram sentir maior controlo sobre a doença, o que é um indicador de sucesso na educação terapêutica.

- Sem Alterações (2 relatos)

Dois jovens não referiram mudanças significativas, o que pode indicar que já tinham uma boa adaptação e o impacto emocional foi menos evidente.

Estes resultados ressaltam a importância de ambientes terapêuticos e educativos, como os campos de férias, para a melhoria do bem-estar geral das crianças/jovens e para a promoção de um autocuidado eficaz.

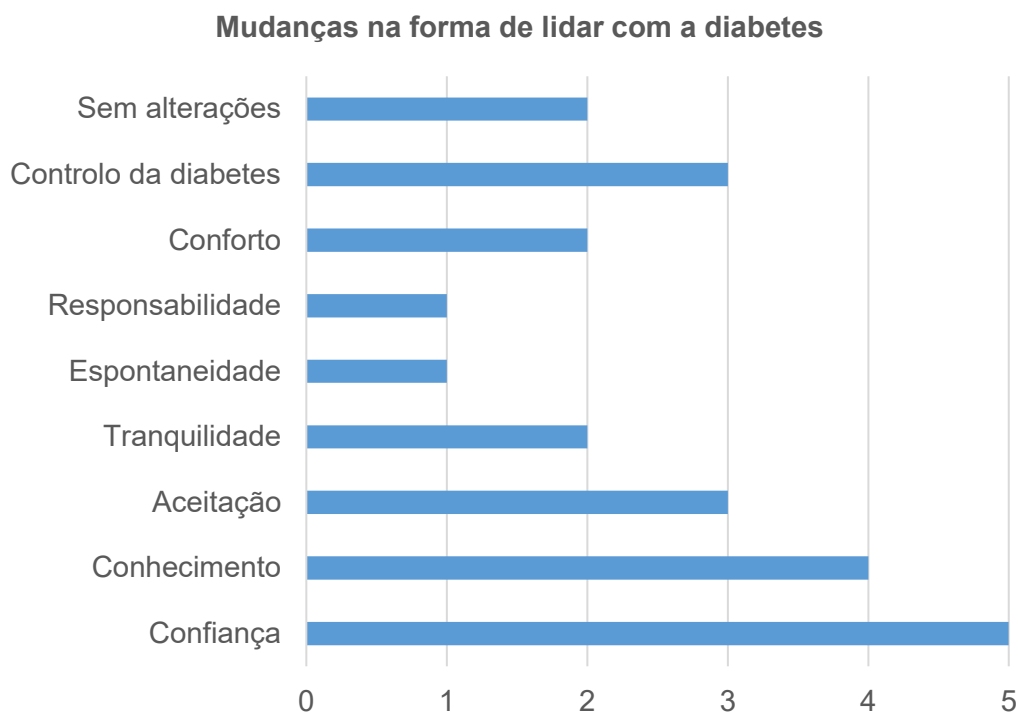


Figura 18. Mudanças na forma de lidar com a DM I

Atividades do Campo de Férias

A unanimidade na resposta, todos os jovens gostaram das atividades, demonstrado na figura 19, revela que o campo de férias foi bem estruturado e também emocionalmente significativo para os jovens. Este dado reforça o valor das experiências lúdicas e recreativas como parte integrante do cuidado em saúde pediátrica.

Embora o objetivo principal do campo seja educativo e de suporte à gestão da DM I, as atividades recreativas funcionam como catalisadores de integração social, redução do estigma, promoção da autoestima e desenvolvimento da autonomia.

A diversão, os desafios e a partilha de vivências em grupo criam um ambiente propício à aprendizagem e à construção de vínculos.

A participação nas atividades favorece a expressão de sentimentos positivos, como confiança, espontaneidade e conforto, sentimentos que foram bastante relatados pelos jovens. O envolvimento nas atividades também contribui para o sentimento de identificação entre pares e para a aceitação da DM I. Como referido por E10: *“diverti-me imenso”*, uma frase simples, mas que resume o impacto que estes dias podem ter na saúde emocional dos jovens.

Gostaram das atividades do campo de férias

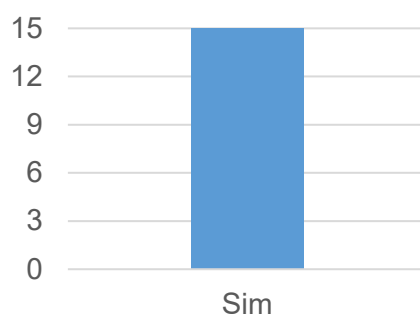


Figura 19. Gosto pelas atividades do Campo de Férias

As Atividades Preferidas

As atividades preferidas revelam muito mais do que gostos individuais, elas refletem o impacto emocional, físico e social que cada experiência teve nos jovens. A escolha das atividades está associada à superação de medos, à vivência de desafios e à partilha entre pares, elementos fundamentais para o desenvolvimento da autonomia e da autoestima em jovens com uma doença crónica.

A Figura 20 evidencia que a atividade mais mencionada foi o Fantasticable (8 relatos), uma tirolesa de grande altitude e velocidade. A preferência por esta atividade pode estar associada à sensação de liberdade e superação, emoção e adrenalina e a partilha de uma experiência com o grupo.

O gosto por esta atividade sugere que os jovens valorizam desafios que os fazem sentir capazes e corajosos, um sentimento essencial para quem vive com uma condição crónica como a DM I.

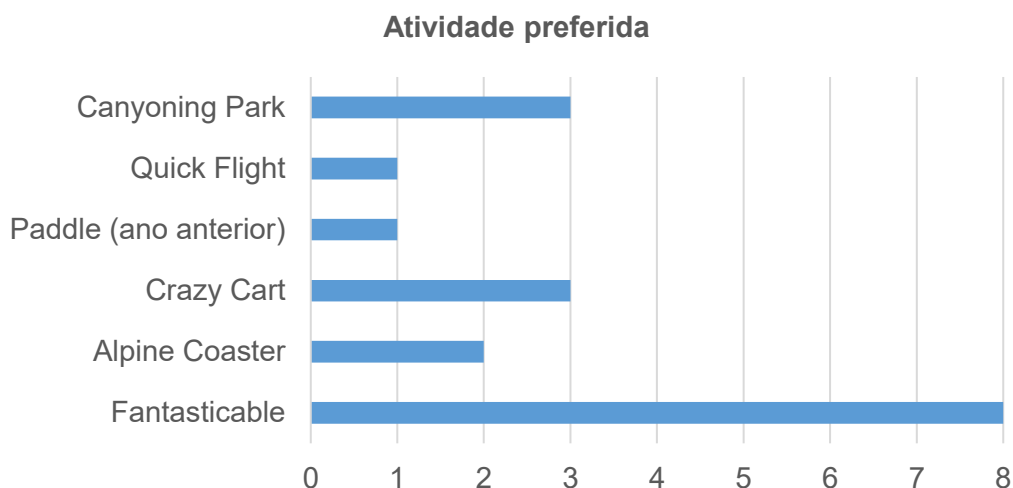


Figura 20. Atividade preferida no Campo de Férias

Sugestões de Melhoria

As sugestões de melhoria apresentadas pelos jovens revelam um envolvimento ativo com a experiência vivida e uma atitude crítica construtiva. Na Figura 21 verifica-se que a maioria das propostas está relacionada com aspetos logísticos, alimentares e recreativos, o que mostra que os jovens se sentiram à vontade para expressar opiniões e contribuir para a melhoria futura do programa.

Quatro jovens não apresentaram qualquer sugestão de melhoria, o que pode indicar elevado grau de satisfação com a experiência, sentimento de correspondência às expectativas. A ausência de sugestões pode ser interpretada como um indicador de sucesso na organização e na resposta às necessidades dos participantes.

Quatro jovens sugeriram ajustes na alimentação “*mais sal na comida*” (E2), “*temperos na comida*” (E4), “*uma refeição menos saudável no último dia*” (E3), “*pratos diferentes, mas dentro do que é saudável*” (E12). Estas sugestões mostram que, embora a alimentação tenha sido bem recebida por muitos, há espaço para tornar as refeições mais atrativas sem comprometer a saúde.

Dois jovens sugeriram mudar o local do campo, o que pode estar relacionado com desejo de novas experiências, uma vez que estes jovens têm participado ativamente no campo de férias.

Dois jovens sugeriram incluir Paintball como atividade, o que revela interesse por experiências dinâmicas e de grupo.

A sugestão de prolongar o número de dias no campo de férias demonstra que a experiência foi vivida de forma positiva e que gostaria de a prolongar.

Dois jovens sugeriram mais jogos para fazer em casa, como “*Kahoot da diabetes*” (E9), o que revela interesse por ferramentas lúdicas de aprendizagem.

As sugestões foram pontuais e construtivas, como ajustes na alimentação, inclusão de novas atividades (ex. Paintball) e prolongamento da duração do campo. Dois jovens sugeriram mais jogos educativos, como “*Kahoot da diabetes*” (E9), revelando interesse por ferramentas lúdicas de aprendizagem.

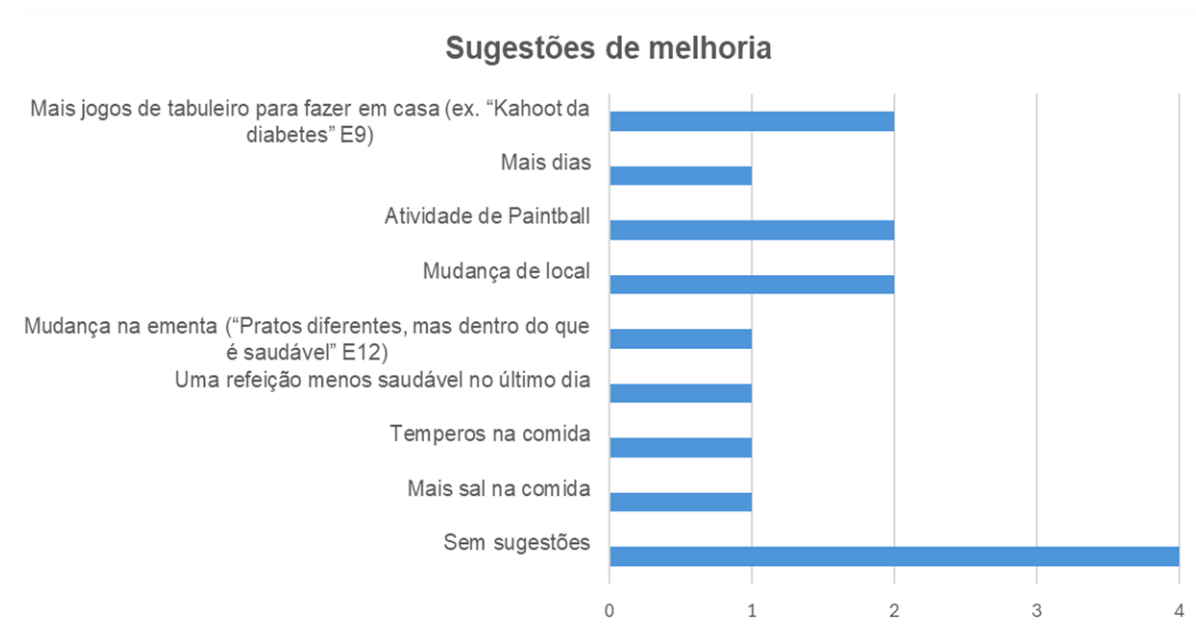


Figura 21. Sugestões de melhorias

7. Discussão

A diversidade da amostra deste estudo, tanto a nível etário (12 a 18 anos), bem como ao tempo de diagnóstico (8 meses a 14 anos), permitiu abranger diferentes fases de desenvolvimento e adaptação à DM I. Esta variabilidade evidencia a necessidade de estratégias de educação terapêutica contínuas e adaptadas ao nível de desenvolvimento da criança/jovem. A diversidade de experiências no campo de férias, incluindo participantes estreantes e recorrentes, permitiu observar diferentes graus de familiaridade com o contexto e integração social.

A ausência de perturbações familiares relatadas pode sugerir um bom ajuste familiar à condição crónica, constituindo um fator protetor relevante, associado a maior aceitação e controlo da DM I, e, consequentemente, a melhor qualidade de vida (Martins & Oliveira, 2023). O apoio familiar predominante foi materno, com envolvimento de ambos os pais em alguns casos, indicando centralidade da figura materna no suporte emocional e físico.

Tais resultados reforçam a importância do papel do enfermeiro na valorização da família como parceira no cuidado, promovendo intervenções que fortaleçam a rede de suporte, uma vez que a estabilidade familiar pode funcionar como fator protetor, facilitando o acesso a apoio, acompanhamento terapêutico e integração em atividades como campos de férias (Athanasiadou et al., 2024).

No que se refere à vida social, a maioria dos jovens não relatou dificuldades, embora alguns tenham descrito desafios pontuais em contextos específicos, como a administração de insulina na escola, sobretudo entre os jovens com diagnóstico recente. No campo de férias, a experiência em grupo permite aos jovens vivenciar situações de partilha, potencialmente promotoras de confiança, adaptação à DM I e suporte emocional, reforçando a aprendizagem e o desenvolvimento de competências de autocuidado, conforme sugerido por Athanasiadou et al. (2024) e Hasan et al. (2021).

Relativamente às medidas de atuação, nove jovens não ocultam qualquer procedimento relacionado com a DM I, refletindo elevado nível de autoaceitação e perceção de autonomia. Experiências como campos de férias para jovens com DM I parecem reforçar a autoeficácia e a capacidade de gerir a própria condição (McManus et al., 2025; Sigley et al., 2025). Casos de ocultação temporária ocorreram apenas em fases iniciais de adaptação, sugerindo que o processo de aceitação envolve superação de sentimentos de vergonha ou receio de julgamento.

Importa ainda destacar que, em um dos casos, a necessidade de ocultação deixou de se verificar após a implementação de SPSCI. O jovem referiu que anteriormente escondia as medidas de atuação, mas que essa situação se alterou com a utilização do novo SPSCI. Este

dados sugere que a tecnologia poderá funcionar como facilitadora da integração social, proporcionando maior descrição, confiança e conforto na gestão da DM I. Assim, os SPSCI parecem assumir relevância na dimensão psicossocial da vivência com a DM I, contribuindo para a normalização e aceitação da condição em contexto escolar e social. Estes resultados encontram suporte na literatura científica. O estudo de Lima e colaboradores (2022b) sobre a satisfação e a qualidade de vida em jovens com DM I que utilizam SPSCI, conclui que os jovens relatam melhoria na qualidade de vida, satisfação com o tratamento e percepção de autonomia. Do mesmo modo, o estudo qualitativo que analisou a percepção materna sobre os SPSCI indica que estes dispositivos promovem o bem-estar do jovem e da família, favorecem a autonomia e facilitam a adaptação ao regime terapêutico (Lima et al., 2022a).

Relativamente ao exercício físico, todos os participantes relataram cuidados específicos durante a prática de exercício físico, incluindo monitorização da glicemia, alimentação e ajustes terapêuticos prévios e posteriores à atividade. Seis jovens referiram suspender ou ajustar os SPSCI, evidenciando conhecimento técnico e capacidade de autocuidado. Estes dados confirmam a importância da educação terapêutica e do acompanhamento profissional, conforme destacado por Athanasiadou e colaboradores (2024) e McManus e associados (2025), que referem a prática supervisionada como promotora de hábitos saudáveis, segurança e empoderamento.

A afirmação de um jovem *“não vai ser a diabetes que me vai deixar de fazer alguma coisa”* (E3) evidencia resiliência. Este tipo de discurso demonstra empoderamento pessoal, autoconfiança e aceitação da sua condição de saúde, atitudes essenciais para o bem-estar emocional e adesão ao tratamento, considerando que crianças e jovens com DM I enfrentam desafios emocionais significativos, como ansiedade, isolamento social e baixa autoestima (McManus et al., 2025).

Em relação ao sono, mais de metade dos participantes não relatou alterações no padrão de sono. Alterações pontuais no sono estiveram associadas a episódios de hipoglicemia ou hiperglicemia noturna, alarmes de dispositivos ou ansiedade com o controlo glicémico.

Segundo Silva e colaboradores (2022), as alterações no sono em crianças/jovens com DM I, como maior sonolência diurna ou menor duração do sono, podem estar associadas a instabilidade glicémica. Os autores também verificaram que um diagnóstico mais recente e $HbA1c \geq 7,5\%$ aumentam a probabilidade de manifestações de sonolência diurna.

Os resultados do presente estudo, sugerem adaptação adequada à DM I, controlo glicémico estável e suporte familiar e profissional eficaz.

No que respeita especificamente aos SPSCI com monitorização contínua de glicose, verificou-se um impacto positivo ao nível do padrão de sono. Um dos jovens referiu que

anteriormente necessitava de acordar durante a noite para controlo glicémico quando utilizava canetas de insulina, situação que deixou de ocorrer após utilização desta tecnologia. De forma semelhante, um outro participante destacou maior estabilidade glicémica noturna com os dispositivos mais recentes. Estes relatos sugerem que a tecnologia poderá contribuir para a redução de despertares, promovendo maior tranquilidade e bem-estar. Embora decorrentes de um número limitado de jovens com SPSCI com monitorização contínua de glicose, estes dados apontam para benefícios que ultrapassam o controlo metabólico, refletindo impacto positivo na qualidade de vida.

Estes resultados encontram suporte na literatura científica. Estudos sobre os SPSCI indicam que o uso desta tecnologia melhora o controlo metabólico e a satisfação com o tratamento e também está associado a maior autonomia, menor ansiedade relacionada com a doença e impacto positivo na rotina diária (Lima et al., 2022a, 2022b).

A melhoria do padrão de sono relatada com o uso de SPSCI com monitorização contínua de glicose reforça o papel da tecnologia no bem-estar e estabilidade glicémica, salientando a importância de orientação individualizada e educação contínua.

Em relação à alimentação, os jovens perceberam o campo como um espaço de hábitos saudáveis, com oito participantes referindo que os hábitos eram semelhantes aos de casa e sete indicando que a alimentação foi mais equilibrada. Estes dados corroboram Athanasiadou e colaboradores (2024), que destacam o impacto positivo da educação nutricional prática em campos de férias de DM I, promovendo autonomia, adesão ao tratamento e melhoria do controlo glicémico. A vivência em grupo e o suporte profissional durante a alimentação reforçam a aprendizagem e a consolidação de hábitos adequados. A prática da contagem de hidratos de carbono, leitura de rótulos e planeamento das refeições em contexto de campo reforça a educação nutricional e promove maior autonomia dos jovens (Athanasiadou et al., 2024).

No campo de férias, os principais benefícios apontados pelos jovens foram a partilha de experiências, novas amizades, socialização, confiança, aprendizagem, diversão e responsabilidade. Estes resultados refletem o potencial dos campos de férias na promoção de aprendizagem, autoeficácia e bem-estar psicológico, corroborando os resultados de Sigley et al. (2025), enquanto a interação em grupo pode favorecer o suporte emocional e a integração social, conforme observado em estudos sobre campos de férias da DM I (Hasan et al., 2021; Athanasiadou et al., 2024).

Todos os participantes relataram sentir-se apoiados pela equipa multidisciplinar (enfermeiras, médicas, nutricionista e psicóloga), percebendo os profissionais como figuras de orientação, incentivo e segurança. Athanasiadou e co-autores (2024) enfatizam que a

presença de profissionais de saúde aumenta a confiança, empoderamento e adesão ao tratamento.

Os sentimentos relatados pelos jovens evidenciam um impacto emocional e psicológico amplamente positivo decorrente da participação no campo de férias, traduzido em ganhos nos domínios da confiança, conhecimento, aceitação, tranquilidade, responsabilidade, conforto e percepção de maior controlo da DM I:

- **Confiança:** Predominante, refletindo percepção de capacidade para gerir a DM I e enfrentar desafios diários, em consonância com Sigley e colaboradores (2025).
- **Conhecimento:** Aprendizagem prática e experiencial reforçou competências de autocuidado, alinhando-se com e Athanasiadou e associados (2024) e Hasan e co-autores (2021).
- **Aceitação:** Normalização da DM I e identificação com pares, promovendo redução da ansiedade e fortalecimento emocional (Athanasiadou et al., 2024; Hasan et al., 2021; Sigley et al., 2025).
- **Tranquilidade:** Maior estabilidade emocional, redução da ansiedade e aumento do bem-estar psicológico (Hasan et al., 2021; McManus et al., 2025; Sigley et al., 2025).
- **Responsabilidade:** Reflete maturidade e compromisso com o autocuidado (Athanasiadou et al., 2024).
- **Conforto:** Inclusão e acolhimento no ambiente do campo (Athanasiadou et al., 2024; Sigley et al., 2025).
- **Controlo da DM I:** Percepção de maior domínio da DM I e melhoria do controlo glicémico (Athanasiadou et al., 2024; Hasan et al., 2021).

De forma global, as melhorias observadas na autoestima, autonomia e controlo da DM I encontram-se em consonância com Athanasiadou e colaboradores (2024), Hasan e co-autores (2021), McManus e associados (2025) e Sigley e co-autores (2025). A integração social e a educação para o autocuidado emergem como elementos cruciais não apenas para a gestão metabólica eficaz, mas também para o fortalecimento emocional e psicológico dos jovens com DM I.

Neste sentido, os resultados do presente estudo encontram algum suporte na evidência nacional recente. O estudo português de Flora e colaboradoras (2023) demonstrou que a participação em campos de férias para jovens com DM I promoveu um aumento imediato da autoeficácia social e do contacto com pares. Estes resultados reforçam a importância de experiências em grupo e do acompanhamento estruturado para o desenvolvimento de competências de autocuidado e bem-estar emocional.

O campo de férias deve ser valorizado como ambiente terapêutico, promovendo experiências que fortalecem confiança, autonomia e responsabilidade (McManus et al., 2025; Sigley et al., 2025). Verificou-se unanimidade na apreciação positiva das atividades desenvolvidas. Atividades de desafio, como o Fantasticable, reforçam a sensação de superação, coragem e resiliência, elementos dinamizadores do empoderamento pessoal.

As sugestões apresentadas pelos jovens foram pontuais e construtivas, incluindo ajustes alimentares, inclusão de novas atividades e aumento da duração do campo, refletindo participação crítica e envolvimento ativo. Estes dados indicam que o campo é percebido como espaço de empowerment e participação, promovendo aprendizagem contínua e oportunidade de aprimoramento do programa.

De forma global, os resultados deste estudo sugerem que a participação no campo de férias constitui uma experiência com impacto biopsicossocial na vida de crianças e jovens com DM I, promovendo o desenvolvimento de competências para o autocuidado e ganhos ao nível da confiança, aceitação, autonomia e integração social. Estes resultados são corroborados por estudos prévios (Athanasiadou et al., 2024; Hasan et al., 2021; McManus et al., 2025; Sigley et al., 2025). A vivência em grupo, o suporte entre pares e o acompanhamento pela equipa multidisciplinar reforçam a capacidade de autogestão da DM I, aspetos também evidenciados na literatura (Athanasiadou et al., 2024; Flora et al., 2023). Paralelamente, a incorporação de tecnologias como os SPSCI parece potenciar esse processo, contribuindo para o bem-estar dos jovens.

A literatura destaca que o cuidado à criança/jovem com DM I exige vigilância, educação em saúde e suporte emocional, áreas em que o enfermeiro desempenha um papel central, orientando a criança e a família na gestão da doença, promovendo a adesão ao tratamento e fortalecendo a autonomia e o autocuidado (Pereira & Pereira, 2022).

Assim, os campos de férias para crianças e jovens com DM I assumem-se como intervenções complementares relevantes no cuidado à criança/jovem com DM I, reforçando o papel do enfermeiro na promoção da autonomia, da literacia em saúde e da qualidade de vida.

8. Considerações Finais

Os resultados evidenciam que o campo de férias é um espaço privilegiado para promover a autonomia, a confiança, a integração social e a literacia em saúde. Estas experiências devem ser valorizadas como complemento à educação em saúde, reforçando o cuidado centrado na criança e no jovem. A escuta ativa, o apoio emocional e a promoção da responsabilidade são pilares fundamentais para o sucesso no autocuidado e na transição para a vida adulta.

O campo de férias foi uma experiência extremamente positiva e transformadora para os jovens com DM I. A convivência com outros jovens na mesma situação contribuiu significativamente para o desenvolvimento de confiança, autonomia e bem-estar emocional. Além disso, o ambiente de partilha de experiências e apoio mútuo foi crucial para a normalização da DM I e para a superação de inseguranças e sentimentos de vergonha. Os participantes relataram um aumento significativo na sua capacidade de autogestão e aceitação da DM I.

Estes resultados reforçam a importância de ambientes de partilha, como o campo de férias, que promovem aprendizagem coletiva, solidariedade e fortalecimento de vínculos sociais, como estratégias eficazes para gerir doenças crónicas, como é o caso da DM I.

Neste contexto, reforça-se o papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na promoção de intervenções que visem a capacitação da criança/jovem com DM I, através da articulação com atividades de partilha de experiências, como os campos de férias. O EESIP assume particular relevância na identificação de necessidades de educação para a saúde e no incentivo à participação nestas iniciativas, integrando-as como estratégias complementares ao processo educativo. Esta abordagem promove oportunidades de aprendizagem e de suporte entre pares, contribuindo para o desenvolvimento de competências de autocuidado e para o reforço da autonomia, motivação e empoderamento na gestão da doença crónica.

9. Limitações do Estudo

Embora os campos de férias destinados a crianças e jovens com DM I sejam definidos como estratégias complementares de educação em saúde e promoção da autonomia no autocuidado, a literatura científica sobre o tema ainda é limitada. Uma das principais limitações deste estudo prende-se com a escassez de investigação nacional. No entanto, a evidência disponível na literatura internacional revela resultados consistentes com os objetivos e os resultados deste estudo, pelo que, apesar da limitação relativa à investigação nacional, os resultados podem ser considerados representativos e relevantes.

No que respeita ao impacto dos SPSCI com monitorização contínua de glicose, no presente estudo foram identificados ganhos em diferentes dimensões da qualidade de vida, nomeadamente ao nível do padrão de sono — com diminuição de despertares noturnos associados ao controlo glicémico — e da vida social, traduzida numa menor necessidade de ocultação das medidas de atuação da DM I e numa maior confiança na gestão da DM I.

Contudo, importa salientar que estes resultados decorrem de um número reduzido de participantes utilizadores de SPSCI, uma vez que nem todos os jovens incluídos no estudo utilizavam esta tecnologia. Apesar dessa limitação, os dados obtidos apontam para benefícios relevantes ao nível do bem-estar e da adaptação psicossocial, evidenciando a pertinência de desenvolver estudos futuros que explorem de forma mais abrangente e sistemática o impacto dos SPSCI na qualidade de vida de crianças e jovens com DM I.

Torna-se, assim, necessário aprofundar o conhecimento sobre os benefícios dos campos de férias e também das tecnologias associadas à gestão da DM I, no desenvolvimento do autocuidado, da autogestão e da qualidade de vida. A presente investigação pretende contribuir para o avanço do conhecimento nesta área, através de uma análise crítica e fundamentada das evidências e da experiência vivida pelos jovens.

Conclusão

O percurso formativo realizado em diferentes contextos clínicos permitiu consolidar e aprofundar conhecimentos e competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

No internamento de pediatria, a experiência clínica contribuiu para o desenvolvimento de competências técnicas, relacionais e de tomada de decisão, reforçando a importância da comunicação terapêutica e da parceria de cuidados com a família, garantindo uma abordagem centrada na criança/jovem e na sua família. Neste contexto, verificou-se que a intervenção de enfermagem difere consoante a natureza aguda ou crónica da situação clínica, assumindo na Diabetes Mellitus Tipo I uma componente mais educativa e de capacitação progressiva da criança/jovem e da família.

Em neonatologia, o ensino clínico proporcionou uma experiência enriquecedora, valorizando a intervenção baseada na observação e no respeito pelas necessidades individuais do RN. A aplicação do modelo NIDCAP destacou-se como pilar da prática, promovendo a minimização do stress ambiental, o conforto, a autorregulação do RN, o vínculo afetivo mãe-bebé e a participação ativa da família nos cuidados. Esta abordagem consolidou competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica e reforçou a humanização do cuidado.

No serviço de urgência pediátrica, a diversidade de situações clínicas e a complexidade do contexto permitiram desenvolver o raciocínio clínico, consolidar conhecimentos técnicos e aprofundar uma prática centrada na criança/jovem e na família, evidenciando o papel fundamental do EESIP na articulação com a equipa multidisciplinar e na prestação de cuidados seguros e de qualidade.

Paralelamente à experiência clínica, o estudo primário sobre o impacto do campo de férias em crianças e jovens com DM I revelou que este espaço constitui um contexto privilegiado para a promoção da autonomia, da confiança, da integração social e da literacia em saúde. A convivência com pares na mesma situação de saúde favoreceu a normalização da DM I, a superação de sentimentos de vergonha e insegurança, e o fortalecimento da capacidade de autogestão e aceitação da doença. A escuta ativa, o apoio emocional e a promoção da responsabilidade são pilares essenciais para o sucesso no autocuidado e na transição para a vida adulta.

Em síntese, o percurso académico e investigativo demonstrou que a integração entre prática clínica e investigação permite a consolidação de competências especializadas e a aplicação de estratégias baseadas na evidência para a melhoria contínua dos cuidados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O estudo desenvolvido evidencia o impacto

positivo de contextos de intervenção estruturados na comunidade e da interação entre pares na promoção da autonomia, da adaptação à doença crónica e do bem-estar psicossocial de crianças e jovens com DM I, reforçando o papel do EESIP na articulação e valorização destas respostas em saúde.

Referências Bibliográficas

- Almeida, S., Antunes, J., Barros, M., & Pinheiro, A. (2022). Intoxicações Agudas em Pediatria. *Lusiadas Scientific Journal*, 3(1), 8-14.
- Athanasiadou, K. I., Papagianni, M., Psaltopoulou, T., & Paschou, S. A. (2024). Nutrition and glycemic control in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus attending diabetes camps. *Nutrients*, 16(19), 3338. <https://doi.org/10.3390/nu16193338>
- Barreto, M. L. A., NOGUEIRA, K. O., BARROS, J. V. G. P. D., MELO, B. C. P. D., & FIGUEREDO, J. L. C. (2025). Educação baseada em simulação com foco em treinamento interprofissional: uma revisão sistemática breve.
- Carneiro, R., & Alves, C. (2013). *Triagem pediátrica: O que aprendemos* [Apresentação]. Grupo Português de Triagem. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Apresentac%C3%A7%C3%A3o-10OUT2013-Triagem-Pediatria-O-Que-Aprendemos-RitaCarneiro-ClaudioAlves.pdf>
- Centro Hospitalar do Médio Ave (CHMA). (2018). Guia informativo [INF.ORL.001.v1]. <https://www.chma.pt/portal/images/docs/guias/INF.ORL.001.v1.pdf>
- Cunha, L. S., Passos, X. S., Fonseca, D. R. P., & Matsunaga, N. Y. (2024). Fisioterapia respiratória em crianças com pneumonia: revisão sistemática da literatura. *Arquivos de Ciências da Saúde da Unipar*, 28(1), 435-446. <https://doi.org/10.25110/arqsaude.v28i1.2024-10555>
- da Silva Melo, C. I. S., da Silva Tomaz, T. M., Beserra, E. P., de Oliveira, R. A., de França, D. F., & Costa, A. C. M. A. C. (2025). CENÁRIOS DE SIMULAÇÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM PEDIÁTRICA: REVISÃO DE ESCOPO. *SANARE-Revista de Políticas Públicas*, 24(02).
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças* (Norma n.º 014/2010). <https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DG%20014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Orientação n.º 018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2012). Diagnóstico e tratamento da infeção do trato urinário em idade pediátrica. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/16/diagnostico-e-tratamento-da-infecao-do-trato-urinario-em-idade-pediatica/>
- Direção-Geral da Saúde. (2015). *Norma n.º 016/2012 de 19/12/2012: Diagnóstico e Tratamento da Bronquiolite Aguda em Idade Pediátrica* (atualizada em 23/02/2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2012/12/19/norma-n-016-2012-de-19-12-2012-diagnostico-e-tratamento-da-bronquiolite-aguda-em-idade-pediatica/>

saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/diagnostico-e-tratamento-da-bronquiolite-aguda-em-idade-pediatrica.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2019). Crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1: Manual de formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/wp-content/uploads/2020/01/Crian%C3%A7as-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-Manual-de-forma%C3%A7%C3%A3o-para-apoio-aos-profissionais-de-sa%C3%BAde-e-de-educa%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2023). Programa Nacional para a Diabetes – Desafios e estratégias 2023 [Relatório]. Ministério da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/programa-nacional-para-a-diabetes/ficheiros-upload/arquivo/programa-nacional-para-a-diabetes-desafios-e-estrategias-2023-pdf.aspx>

dos Santos Pocinho, M. T., & Matos, F. N. (2022). *Metodologias de pesquisa e de investigação: qualitativa, quantitativa, quantiquitativa, qualiquitativa e revisões sistemáticas*. https://www.researchgate.net/profile/Margarida-Pocinho/publication/360061984_Metodologias_de_Pesquisa_e_de_Investigacao_qualitativa_quantitativa_quantiquitativa_qualiquitativa_e_revisoes_sistematicas/links/625f6f8a9be52845a911c6c9/Metodologias-de-Pesquisa-e-de-Investigacao-qualitativa-quantitativa-quantiquitativa-qualiquitativa-e-revisoes-sistematicas.pdf

Fay, K., Brooks, M., Burns, L., & Law, A. (2025). Paediatric nasogastric feeding guideline for healthcare professionals. NHSGGC Paediatric Guidelines. <https://clinicalguidelines.scot.nhs.uk/ggc-paediatric-guidelines/ggc-paediatric-guidelines/gastroenterology/paediatric-nasogastric-feeding-guideline-for-healthcare-professionals-1189/>

Fisher & Paykel Healthcare. (s.d.). Pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) – Terapia de CPAP infantil [Página web]. Consultado em 12 de novembro de 2025, em <https://www.fphcare.com/pt-br/hospital/infant-respiratory/neonates/cpap/>

Flora, M. C., Malheiro, M. I. D. C., Barros, L., & Dingle, M. (2023). Impacto de uma colônia de férias para adolescentes com diabetes tipo 1: Estudo longitudinal. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 22, e66468. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66468>

Grupo Português de Triagem. (2021). *Protocolo de Triagem de Manchester*. <https://www.grupoportuguestriagem.pt/grupo-portugues-triagem/protocolo-triagem-manchester/>

Hasan, I., Chowdhury, A. A., Haque, M. I., & Patterson, C. C. (2021). Changes in glycated hemoglobin, diabetes knowledge, quality of life, and anxiety in children and adolescents with type 1 diabetes attending summer camps: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric diabetes*, 22(2), 124-131.

- Instituto de Apoio à Criança & Ordem dos Enfermeiros. (2008). Carta da criança hospitalizada (4.ªed.). https://ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. (2025). Programa Nacional de Diagnóstico Precoce. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <https://www.insa.min-saude.pt/category/areas-de-atuacao/genetica-humana/programa-nacional-de-diagnostico-precoce/>
- Lima, J. J. D., Miranda, K. C. L., Cestari, V. R. F., & Pessoa, V. L. M. D. P. (2022). A arte na prática baseada em evidências na enfermagem sob a perspectiva de Florence Nightingale. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75, e20210664.
- Lima, L., Silva, E. R., & Andrade, L. (2022a). Tratamento com Perfusão Subcutânea Contínua de Insulina na adolescência—a percepção materna. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 59-69.
- Lima, L., Silva, R., Cardoso, H., & Martins, T. (2022b). Treatment satisfaction and quality of life of adolescents with T1DM using continuous subcutaneous insulin infusion. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(18), 33–41. <https://doi.org/10.29352/mill0218.25955>
- Martins, H. S., & Oliveira, C. A. (2023). Diabetes Mellitus tipo 1 nas crianças e adolescentes – O desafio para além da doença / Type 1 Diabetes Mellitus in children and adolescents – The challenge beyond the disease. *Revista Portuguesa de Diabetes*, v. 18, p. 86–89. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66468>
- McManus, L., Vinson, C., Patel, D., Faichtinger, C., Yazdani, Z., Ray, R., ... & Rocic, P. (2025). Positive Impact of a Specialized Summer Camp on the Correlation Between Improved Mental Health and Glycemic Control in Pediatric Type 1 Diabetic Patients. *Pediatric Diabetes*, 2025(1), 4811222.
- Mendes, M. G. S. R. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113-121.
- National Institute for Health and Care Excellence. (2009). *Diarrhoea and vomiting caused by gastroenteritis in under 5s: Diagnosis and management (Clinical guideline CG84)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg84/resources/diarrhoea-and-vomiting-caused-by-gastroenteritis-in-under-5s-diagnosis-and-management-pdf-975688889029>
- Oliveira, G., & Saraiva, J. (Coord.). (2013). In P. Mação (Autor), *Infeções das vias respiratórias inferiores* (Cap. 19). Imprensa da Universidade de Coimbra / Coimbra University Press. https://ap1.sib.uc.pt/bitstream/10316.2/90247/1/infecoes_das_vias_respiratorias_inferiores.pdf

- Oliveira, L. G., & Barros, D. C. (2024). Icterícia neonatal: quando devemos pensar em esferocitose?. *Hematology, Transfusion and Cell Therapy*, 46, S631.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE)*. Diário da República, 2.^a série, n.º 174. Recuperado de <https://dre.pt>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Parecer da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – N.º 04/2020: Função do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Núcleo de Apoio à Criança e ao Jovem em Risco*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21418/parecer-n%C2%BA-04_2020_mceesip_anonimizado.pdf#:~:text=Identifica%C3%A7%C3%B5es%20de%20risco%20para%20a%20crian%C3%A7a%20e,crian%C3%A7a%2Fjovem%20em%20situa%C3%A7%C3%B5es%20de%20abuso%2C%20neglig%C3%Aancia%20e%20maus-tratos
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guia orientador de boas práticas: O sono na criança e no adolescente*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31188/gobp_sonobebeadolescente_v7-okn.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Parecer CE e MCEESIP n.º 01/2024 — Administração de mistura equimolar de oxigénio e protóxido de azoto sem a presença de médico*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37214/parecer-n%C2%BA-01_2024_ce-e-mceesip_administra%C3%A7%C3%A3o-mistura-equimolar-de-oxig%C3%A9nio-e-prot%C3%B3xido-de-azoto_anonimizado.pdf
- Panda, M. (2023). Inhalation therapy in children with wheezing and asthma: Spacer or valved holding chamber (vhc) is an optimal drug delivery system. *Research and Reviews in Pediatrics*, 24(3), 73-74.

- Pereira, L. C., & Pereira, E. de F. (2022). O papel do enfermeiro na assistência da Diabetes mellitus I na fase infanto-juvenil. *Research, Society and Development*, 11(14), e465111436766. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36766>
- Portugal, Regulamento n.º 140/2019. (2019, fevereiro 6). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República*, 2(26), p.4744-4745. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.
- Portugal, Regulamento n.º 422/2018. (2018, julho 12). Regulamento de Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2(113), p.19192-19194. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>.
- Portugal. (2019). *Decreto-Lei n.º 116/2019, de 21 de agosto*. *Diário da República*: 1.ª série, n.º 160. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/116-2019-123851896>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1ª ed.). Lidel.
- República Portuguesa. (2017, 17 de agosto). Despacho (extrato) n.º 9434/2017. *Diário da República*, 2.ª série. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho-extrato/9434-2017-114100280>
- Rocha, G., Guimarães, H., & Soares, P. (Eds.). (2021). *Ventilação no recém-nascido*. Lidel-Edições Técnicas.
- Sampaio, M. J., Figueiroa, S., Temudo, T., Gomes, S., Janeiro, P., & Silva, R. (2011). Síndrome de Guillain-Barré em idade pediátrica. Protocolo de actuação.
- Santos, A. O. (2011). *NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados*. *Nursing Anaesthesia and Surgery*, 20(1), 5–12. <https://scielo.pt/pdf/nas/v20n1/v20n1a06.pdf?utm>
- Sigley, R., Boggiss, A. L., Albert, B., Han, D. Y., & Jefferies, C. (2025). Psychological and self care outcomes for children and adolescents living with type 1 diabetes and their caregivers attending diabetes camp: A mixed methods study. *Diabetic Medicine*, 42(6), e70038.
- Silva, A. J. B., Lacerda, R. M. P., Junqueira, A. C. M., Gomes, A. K., Inácio, J. P., Baleeiro, T. S., ... & Xavier, J. L. M. (2024). INTERVENÇÕES PARA O MANEJO DE CONVULSÕES FEBRIS EM CRIANÇAS NA SALA DE EMERGÊNCIA. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 6(10), 1000-1011.
- Silva, J., Massena, L., Pinheiro, M., Carvalho, A. M., & Teixeira, Â. (2022). Manual de Saúde Infantil e Juvenil. Administração Regional de Saúde do Norte. Disponível em https://arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2022/08/Manual_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
- Silva, R. A., Ganen, A. D. P., Fernandes, V. D. F. T., Evangelista, N. M. D. A., Figueiredo, C. C., Pacheco, L. D. A., & Colares Neto, G. D. P. (2022). Avaliação das características do sono em crianças e adolescentes portadores de diabetes melito tipo 1. *Revista Paulista de Pediatria*, 40, e2020407.

- SNS24. (2025). Prevenção de infeções respiratórias. <https://www.sns24.gov.pt/pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/prevencao-de-infecoes-respiratorias>
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2023). Diabetes: Factos e Números – O Ano de 2019, 2020 e 2021 – Relatório Anual do Observatório Nacional da Diabetes 03/2023. <https://apdp.pt/3d-flip-book/relatorio-do-observatorio-nacional-da-diabetes/>
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2013). Icterícia neonatal: Avaliação e tratamento no recém-nascido de termo e pré-termo. https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2016/11/2013-Ictericia_neonatal.pdf
- Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2023). *Hipotermia terapêutica no tratamento da encefalopatia hipóxico-isquémica neonatal: Consenso SPN 2022/23*
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2019). *Diabetes mellitus inaugural sem acidose*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Relatorios%20seccoes/DM%20sem%20ACIDOSE_%20FINAL%202020-05-2019.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2019). *Protocolo de Cetoacidose Diabética*. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Relatorios%20seccoes/CAD_%20PROTOCOLO_FINAL%202020-05-2019.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2024). *Gastroenterite aguda – factos e mitos*. Criança e Família – SPP. https://criancaefamilia.spp.pt/media/4abfngem/gastroenterite-aguda_gea.pdf
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2025). *Via Azul: Circuito de atendimento para crianças com Perturbação do Espectro do Autismo na Urgência Pediátrica*. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?Idn=31499&ID=132&op=2>
- Szewczyk, M. D. S. C., Gomes, G. C., Pasini, D., Severo, D. G., dos Santos, A. P. D. M., & Rosa, G. S. M. (2021). Relações mãe-filho no contexto da prematuridade e a importância da enfermagem neonatal: revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(14), e178101421920-e178101421920.
- Thames Valley & Wessex Neonatal Operational Delivery Networks (2023). Nursing care of CPAP/ BiPhasic CPAP. *Clinical Guidelines NHS*. [TVW-Guideline-Nursing-Care-of-CPAP-or-Bi-Phasic-CPAP.-V5-ratified-June-2023.pdf](https://www.nhs.uk/clinical-guidelines/tvw-guideline-nursing-care-of-cpap-or-bi-phasic-cpap-v5-ratified-june-2023/)
- Trajano, C. F. D. S., & Silva, L. D. C. (2022). Intoxicações medicamentosas na emergência pediátrica: uma revisão sistemática.
- Unidade Local de Saúde do Médio Tejo. (2019). Manual de cirurgia ambulatória. https://www.ulssm.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf
- Valle, P. R. D., & Ferreira, J. D. L. (2025). Análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: contribuições e limitações para a pesquisa qualitativa em educação. *Educação em Revista*, 41, e49377

- Villanova, F. T. D. O. M., dos Santos Rosa, G., da Paixão, G. K. P., da Silva, L. P., do Carmo Neves, K., & Ribeiro, W. A. (2025). PRÁTICAS E PERCEPÇÕES DO ENFERMEIRO NO CUIDADO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS COM BRONQUIOLITE. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 3(02), 328-352.
- Warren, I. (2015). *Nível 1: Conceitos e ferramentas básicas para os cuidados centrados no desenvolvimento e na família. FINE: Family Infant Neurodevelopmental Education – Formação orientada para o neurodesenvolvimento do RN e para a família. Bases da formação NIDCAP. FINE Partnership.*
- Watson Caring Science Institute. (n.d.). *Watson's caring science & human caring theory.* Watson Caring Science Institute. <https://www.watsoncaringscience.org/about-wcsi/jean-bio/caring-science-theory/>

Apêndices

Apêndice I - Guia de Cuidados ao Recém-Nascido

BEM-VINDOS AO VOSSO BEBÉ!



Este guia reúne os cuidados mais importantes para o seu bebé. Cada tema é apresentado de forma simples e, no final de cada um deles, encontrará um QR Code que o(a) levará a um vídeo prático, para acompanhar visualmente os cuidados explicados.

➤ Amamentação.....	3
➤ Biberão.....	4
➤ Engasgamento.....	5
➤ Banho e pele.....	6
➤ Cólicas.....	7
➤ Sono.....	8
➤ Cadeirinha.....	9
➤ Sinais de alerta.....	10
➤ Contatos úteis.....	11

Relembramos que este guia não substitui o acompanhamento por profissionais de saúde.

AMAMENTAÇÃO

PONTOS ESSENCIAIS PARA UMA PEGA EFICAZ NA AMAMENTAÇÃO

- COBERTURA DA ARÉOLA

A ARÉOLA DEVE SER COBERTA TOTALMENTE OU NA SUA MAIOR PARTE PELA BOCA DA CRIANÇA, E NÃO APENAS O MAMILO.

- POSICIONAMENTO DO MAMILO

QUANDO A CRIANÇA ABRE A BOCA, A PARTE SUPERIOR DA ARÉOLA DEVE SER MAIS VISÍVEL DO QUE A INFERIOR E DEVE-SE POSICIONAR O MAMILO DE FORMA A FICAR APONTADO PARA A PARTE SUPERIOR DA BOCA DA CRIANÇA.

- CONTACTO COM O QUEIXO

O QUEIXO DA CRIANÇA DEVE SER A PRIMEIRA PARTE A ENTRAR EM CONTACTO COM A MAMA, E ESSE CONTATO DEVE SER MANTIDO DURANTE TODA A AMAMENTAÇÃO.

- ALINHAMENTO DO NARIZ E DOS LÁBIOS

O NARIZ DA CRIANÇA DEVE ESTAR DIRECIONADO PARA CIMA PARA RESPIRAR ENQUANTO FAZ A SUÇÃO DO LEITE E O LÁBIO INFERIOR VIRADO PARA FORA.

O LEITE MATERNO PODE SER CONSERVADO NO FRIGORÍFICO OU NO CONGELADOR, EM RECIPIENTES PRÓPRIOS E ESTERILIZADOS

PODE SER ARMAZENADO:

- À TEMPERATURA AMBIENTE (<25°C)
ATÉ 4 HORAS
- FRIGORÍFICO (4°C) ATÉ 4 DIAS
- CONGELADOR (-18°C) ATÉ 6 MESES



O LEITE MATERNO DEVE SER DESCONGELADO NO FRIGORÍFICO E ADMINISTRADO EM 24H

BIBERÃO

RECONSTITUIÇÃO ADMINISTRAÇÃO DE LEITE DE FÓRMULA

- GARANTIR A HIGIENE DOS ESPAÇOS DESTINADOS À PREPARAÇÃO DOS BIBERÕES;
- HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS;
- RESPEITAR OS PRAZOS DE VALIDADE DOS PRODUTOS E AS CONDIÇÕES DE CONSERVAÇÃO RECOMENDADAS PELO FABRICANTE.

1. COLOCAR A ÁGUA NO BIBERÃO E DEPOIS ACRESCENTAR O LEITE EM PÓ
2. ADICIONAR UMA COLHER-MEDIDA DE LEITE EM PÓ PARA CADA 30 ML DE ÁGUA PREVIAMENTE FERVIDA E ARREFECIDA



A FORMA MAIS PRÁTICA DE VERIFICAR A TEMPERATURA DO LEITE ANTES DA ADMINISTRAÇÃO É PINGAR ALGUMAS GOTAS NO PULSO, SE O LEITE ESTIVER MORNTO, É ADEQUADO PARA OFERECER AO BEBÊ



- O BIBERÃO SÓ PODE SER AQUECIDO UMA ÚNICA VEZ;
- DEVE SER DADA PREFERÊNCIA À UTILIZAÇÃO DE AQUECEDORES DE BIBERÕES A SECO;
- EM ALTERNATIVA, PODE UTILIZAR-SE BANHO-MARIA (40–42 °C), DURANTE UM PERÍODO INFERIOR A 15 MINUTOS;
- NUNCA UTILIZAR O MICRO-ONDAS PARA AQUECER O LEITE.

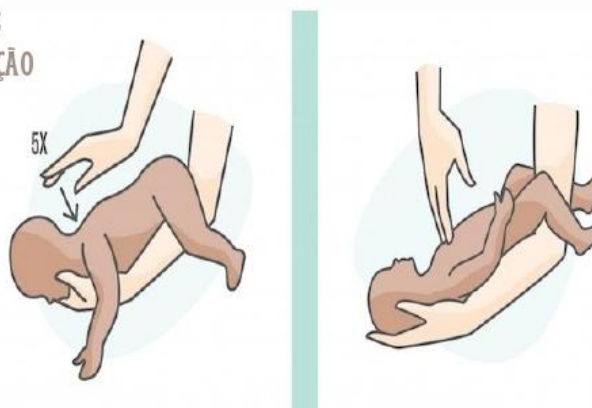


ENGASGAMENTO

SE A OBSTRUÇÃO FOR LIGEIRA:

1. INCENTIVAR O BEBÉ A TOSSIR PARA TENTAR EXPELIR O OBJETO;
2. OBSERVAR SE O BEBÉ CONSEGUE RESPIRAR;
3. SE A TOSSE NÃO FOR EFICAZ OU SE A SITUAÇÃO PIORAR, PASSAR PARA AS MANOBRAS DE DESOBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA.

- OBSTRUÇÃO LIGEIRA: O BEBÉ CONSEGUE TOSSIR OU EMITIR SONS
- OBSTRUÇÃO GRAVE: O BEBÉ NÃO CONSEGUE TOSSIR, CHORAR OU RESPIRAR, PODENDO APRESENTAR COLORAÇÃO AZULADA DA PELE



MANOBRAS DE DESOBSTRUÇÃO:

1. SEGURAR O BEBÉ DE BARRIGA PARA BAIXO COM A CABEÇA MAIS INCLINADA QUE O CORPO DO BEBÉ, AGARRANDO A CABEÇA COM UMA MÃO E APOIANDO O TÓRAX NO BRAÇO.
2. APLICAR ATÉ 5 PANCADAS NAS COSTAS, COM A BASE DA MÃO, USANDO UMA FORÇA ADEQUADA AO TAMANHO DO SEU BEBÉ.
3. SE O BEBÉ CONTINUAR CONSCIENTE, MAS NÃO SE TENHA CONSEGUIDO REMOVER O CORPO ESTRANHO, PASSAR À APLICAÇÃO DE 5 COMPRESSÕES TORÁICAS COM A TÉCNICA DOS 2 DEDOS.
4. COLOCAR A PONTA DE DOIS DEDOS SOBRE A METADE INFERIOR DO ESTERNO DO BEBÉ E COMPRIMIR O TÓRAX NA VERTICAL. APÓS CADA COMPRESSÃO DEVE ALIVIAR A PRESSÃO DE FORMA A PERMITIR AO TÓRAX RETOMAR A POSIÇÃO INICIAL.



SE A OBSTRUÇÃO FOR GRAVE:
LIGUE IMEDIATAMENTE PARA O 112



BANHO E PELE

- AMBIENTE TRANQUILO E QUENTE (TEMPERATURA IDEAL DE CERCA DE 24 °C).
- TENHA TODOS OS MATERIAIS NECESSÁRIOS À MÃO: TOALHA MACIA, SABÃO NEUTRO, FRALDA LIMPA E ROUPA PARA VESTIR O BEBÉ APÓS O BANHO.
- O BANHO NÃO DEVE PROLONGAR-SE MAIS DO QUE 5 A 10 MINUTOS.

- A ÁGUA DEVE ESTAR A APROXIMADAMENTE A 37°C, O QUE CORRESPONDE À TEMPERATURA DO CORPO HUMANO.
- VERIFIQUE A TEMPERATURA COM UM TERMÓMETRO OU AVALIANDO A ÁGUA COM O COTOVELO PARA GARANTIR QUE ESTÁ Morna.



- NOS PRIMEIROS DIAS DE VIDA, O BANHO DO BEBÉ NÃO DEVE SER DIÁRIO, UMA VEZ QUE A PELE AINDA ESTÁ A FORMAR A SUA BARREIRA PROTETORA/NATURAL.
- O BANHO PODE SER FEITO 2-3 VEZES POR SEMANA, ATÉ QUE O COTO UMBILICAL CAIA.

- O COTO UMBILICAL GERALMENTE CAI ENTRE O 5º E O 15º DIA DE VIDA.
- É IMPORTANTE MANTER A REGIÃO DO COTO UMBILICAL LIMPO E SECO ATÉ QUE ELE CAIA COMPLETAMENTE.



PROCURE UM PROFISSIONAL DE SAÚDE SE SURTIREM SINTOMAS COMO VERMELHIDÃO, CALOR, INCHAÇO, SECREÇÃO AMARELADA OU ESVERDEADA, CHEIRO INTENSO

CÓLICAS



- SE O BEBÊ É ALIMENTADO POR BIBERÃO, ADOTE UMA POSIÇÃO MAIS SENTADA E FAÇA PAUSAS FREQUENTES PARA O AJUDAR A ARROTAR DURANTE A MAMADA, REDUZINDO A INGESTÃO DE AR
- DURANTE A MUDA DA FRALDA OU NA HORA DO BANHO, REALIZE UMA MASSAGEM ABDOMINAL SUAVE, COM MOVIMENTOS CIRCULARES NO SENTIDO DOS PONTEIROS DO RELÓGIO (SENTIDO DO TRÂNSITO INTESTINAL) OU MOVIMENTOS EM “PÁS DO MOINHO” (DE CIMA PARA BAIXO);
- PARA FACILITAR A MASSAGEM, PODE USAR ÓLEO NATURAL DE AMÊNDOAS DOÇES OU CREME HIDRATANTE PRÓPRIO PARA BEBES;



- FAÇA EXERCÍCIOS COM AS PERNAS DO BEBÊ, SIMULANDO O MOVIMENTO DE “ANDAR DE BICICLETA”, PARA AJUDAR NA LIBERTAÇÃO DE GASES;



- SE O BEBÊ ESTIVER DESCONFORTÁVEL, COLOQUE-O DE BARRIGA PARA BAIXO SOBRE O COLO OU BRAÇO, SEMPRE SOB SUPERVISÃO, NORMALMENTE CRIA ALGUM ALÍVIO E CONFORTO.



SONO



- A TEMPERATURA IDEAL DO QUARTO DEVE ESTAR ENTRE 18 E 21 °C
 - O LUGAR MAIS SEGURO PARA O BEBÉ DORMIR É O BERÇO
-
- COLOQUE SEMPRE O BEBÉ DE BARRIGA PARA CIMA, COM A CABEÇA LIGEIRAMENTE VIRADA PARA UM DOS LADOS, POIS SE BOLÇAREM OU VOMITAREM HÁ MENOS RISCO DE SE ENGASGAREM.
 - NUNCA DEITE O BEBÉ DE BARRIGA PARA BAIXO OU DE LADO PARA DORMIR.
 - NÃO COLOQUE NO BERÇO FRALDINHAS SOLTAS, ALMOFADAS, BRINQUEDOS OU PELUCHES, POIS PODEM TAPAR O ROSTO DO BEBÉ.
 - SE O BEBÉ TEM TENDÊNCIA PARA BOLÇAR, DEVE-SE INCLINAR LIGEIRAMENTE O BERÇO, MAS SEMPRE NA TOTALIDADE, E NÃO COLOCAR ALMOFADAS POR BAIXO DA CABEÇA.
-
- QUANDO O BEBÉ ESTÁ ACORDADO E SUPERVISIONADO, COLOQUE-O POR CURTOS PERÍODOS NOOUTRAS POSIÇÕES (POR EXEMPLO, DE BARRIGA PARA BAIXO SOBRE UMA SUPERFÍCIE FIRME E SEGURA), ISTO AJUDA NO DESENVOLVIMENTO MOTOR E EVITA O APARECIMENTO DE PLAGIOCEFALIA (ACHATAMENTO DA CABEÇA).



CADEIRINHA



ESCOLHA DA CADEIRINHA

- UTILIZAR CADEIRINHAS TIPO OVO, ESPECÍFICAS PARA RECÉM-NASCIDOS, QUE OFERECEM SUPORTE ADEQUADO À CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA.
- CERTIFICAR QUE A CADEIRINHA É HOMOLOGADA (ECE R44/04 OU R129 I-SIZE).

POSICIONAMENTO DO BEBÉ

- SEMPRE DE COSTAS PARA A DIREÇÃO DO MOVIMENTO, NO BANCO TRASEIRO DO VEÍCULO.

FIXAÇÃO DA CADEIRINHA AO CARRO

- INSTALAR A CADEIRINHA SEGUINDO RIGOROSAMENTE AS INSTRUÇÕES DO FABRICANTE.
- USAR CINTO DE SEGURANÇA DE 3 PONTOS OU SISTEMA ISOFIX

A JUSTE DO ARNÊS

- O BEBÉ DEVE SER PRESO COM ARNÊS DE 5 PONTOS, PASSANDO PELOS OMBROS, QUADRI E ENTRE AS PERNAS.
- AJUSTAR O ARNÊS DE FORMA FIRME, MAS SEM APERTAR: DEVE FICAR APROXIMADAMENTE UM DEDO DE FOLGA NOS OMBROS
- VERIFICAR REGULARMENTE O AJUSTE À MEDIDA QUE O BEBÉ CRESCE.
- EVITAR ACESSÓRIOS NÃO RECOMENDADOS (ALMOFADAS, MANTAS SOLTAS...)

NUNCA DEIXE O BEBÉ SOZINHO NA CADEIRINHA



EM PORTUGAL, O ARTIGO 55.º DO CÓDIGO DA ESTRADA (LEI N.º 72/2013) ESTABELECE QUE CRIANÇAS COM MENOS DE 12 ANOS OU ALTURA INFERIOR A 135 CM DEVEM SER TRANSPORTADAS EM SISTEMAS DE RETENÇÃO HOMOLOGADOS, ADEQUADOS À IDADE E PESO



SINAIS DE ALERTA

- RECUSA EM MAMAR;
- FEBRE (TEMPERATURA AXILAR $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ OU TEMPERATURA RETAL $\geq 38^{\circ}\text{C}$);
- DIFICULDADE EM RESPIRAR – RESPIRAÇÃO RÁPIDA, COM RUÍDOS OU ESFORÇO PERCEPTÍVEL (“COVINHAS” NAS COSTELAS OU ACIMA/ ABAIXO DAS DELAS; “BATER DAS ASAS DO NARIZ”);
- PELE AZULADA OU LÁBIOS ARROXEADOS;
- VÔMITOS REPETIDOS;
- FEZES OU URINA COM SANGUE;
- CONVULSÕES (MOVIMENTOS REPETIDOS E DESORDENADOS, QUE NÃO PARAM À CONTENÇÃO/ QUANDO ACONCHEGADOS).



**SE O SEU BEBÉ APRESENTAR QUALQUER UM DESTES SINAIS, CONTACTE
IMEDIATAMENTE O SEU PEDIATRA OU SERVIÇO DE URGÊNCIA.
A DETECÇÃO PRECOCE DE PROBLEMAS PODE SALVAR VIDAS!**

CONTACTOS ÚTEIS



SNS
SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE

SNS 24 – LINHA DE SAÚDE 24H

- TELEFONE: 808 24 24 24
- SERVIÇO DE ORIENTAÇÃO EM SAÚDE, INCLUINDO EMERGÊNCIAS PEDIÁTRICAS E DÚVIDAS SOBRE SINTOMAS.

SERVIÇO DE PEDIATRIA – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE [REDACTED]

- TELEFONE GERAL: +351 227 865 100
- E-MAIL GERAL: GERAL@ULSGE.MIN-SAUDE.PT
- WEBSITE OFICIAL: WWW.ULSGE.MIN-SAUDE.PT
- LOCALIZAÇÃO: RUA CONCEIÇÃO FERNANDES, 4434-502 VILA NOVA DE GAIA

E-LACTANCIA – É UMA BASE DE DADOS CONSTRUÍDA POR PEDIATRAS E FARMACÊUTICOS QUE INDICA A COMPATIBILIDADE DE FÁRMACOS COM A AMAMENTAÇÃO

- [HTTPS://WWW.E-LACTANCIA.ORG/](https://www.e-lactancia.org/)
- ESCREVER O NOME DO PRINCÍPIO ATIVO;
- SERÃO APRESENTADOS 4 NÍVEIS DE RISCO;
- QUANDO O RISCO É ELEVADO, SÃO APRESENTADAS ALTERNATIVAS



FEBRE-I-DOR - APLICAÇÃO PARA O telemóvel QUE INDICA A DOSE DE BEN-U-RON XAROPE A ADMINISTRAR, CONSOANTE O PESO DA CRIANÇA

- CÁLCULO DAS DOSES EM XAROPE: BEN-U-RON: 10-15MG/KG



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



AUTORAS

ENF^a CARINA RIBEIRO

ENF^a IRACEMA PEREIRA

ENF^a TÂNIA BORGES

ALUNAS DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA DA ESCOLA
SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

SOB ORIENTAÇÃO DAS ENFERMEIRAS ESPECIALISTAS EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

ENF^a ELIANA FERREIRA

ENF^a FLORBELA SANTOS

ENF^a SÓNIA GOMES

ENF^a TERESA MELO

SERVIÇO DE PEDIATRIA – UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DE



- TELEFONE GERAL: +351 227 865 100
- E-MAIL GERAL: GERAL@ULSGE.MIN-SAUDE.PT
- WEBSITE OFICIAL: WWW.ULSGE.MIN-SAUDE.PT
- LOCALIZAÇÃO: RUA CONCEIÇÃO FERNANDES, 4434-502 VILA NOVA DE GAIA

Apêndice II –Póster “Protocolos de atuação em casos de hipoglicemia neonatal e a administração de dextrose gel”

DIA MUNDIAL
DA PREMATURIDADE

2025

Reunião Científica em Neonatologia • 17 de novembro • Auditório da

PROTÓCOLOS DE ATUAÇÃO EM CASOS DE HIPOGLICEMIA NEONATAL E A ADMINISTRAÇÃO DE DEXTROSE GEL

Autores: Iracema Pereira¹, Manuel Cordeiro²

¹ Enfermeira no Serviço de Pediatria, Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro;
Estudante da Escola Superior de Saúde de Viseu - irapereira@chtmad.min-saude.pt; ² Professor da Escola Superior de Saúde de Viseu - mcordeiro@essv.ipv.pt

INTRODUÇÃO

A hipoglicemia neonatal é uma das complicações metabólicas mais comuns no período pós-natal e pode ter consequências graves, se não houver uma intervenção adequada e atempada.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) assume um papel fundamental, desde a identificação precoce dos fatores de risco, a monitorização da glicemia capilar e vigilância de sinais clínicos, até à implementação de intervenções terapêuticas, como a administração de gel de dextrose a 40% (Plummer et al., 2022).

OBJETIVOS

Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a eficácia da administração de gel de dextrose 40% na hipoglicemia neonatal.

Compreender a pertinência de protocolos de atuação para a hipoglicemia neonatal por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica.

METODOLOGIA

Revisão integrativa da literatura em outubro de 2025.

P recém-nascidos com hipoglicemia
I protocolos com gel de dextrose administrado por enfermeiros
C comparada com o uso de glicose endovenosa
O melhoria de resultados clínicos

- PubMed e EBSCOhost, com acesso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete.
- Frase booleana "neonatal hypoglycemia" AND "dextrose gel" AND "protocol" AND "nursing".
- Artigos publicados entre 2020 e 2025, em português e inglês, com texto integral disponível.
- Após seleção pelo protocolo PRISMA, foram analisados 11 estudos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Principais resultados	Estudos
A profilaxia com Dextrose 40% em gel reduziu o risco de hipoglicemia neonatal	3. Edwards et al. (2021)
Evicção de medidas invasivas	4. Roeper et al. (2023); 10. Meneghin et al. (2021)
Segurança e eficácia no tratamento da hipoglicemia neonatal	1. Batra et al. (2024); 2. Edwards et al. (2022); 6. St Clair et al. (2023); 10. Meneghin et al. (2021); 11. Washer et al. (2021)
Reduz a separação mãe-bebê	2. Edwards et al. (2022)
Promoção do aleitamento materno exclusivo	1. Batra et al. (2024); 2. Edwards et al. (2022); 10. Meneghin et al. (2021); 11. Washer et al. (2021).
Diminuição de internamentos nas Unidades de Neonatologia	1. Batra et al. (2024); 10. Meneghin et al. (2021); 11. Washer et al. (2021)
Redução de custos hospitalares	1. Batra et al. (2024)
Ausência de impacto negativo nas funções neurodesenvolvimentais das crianças	6. St Clair et al. (2023)
Recomendação de padronização dos protocolos para melhorar a qualidade do cuidado neonatal	5. Irvine & Harris (2023); 7. Alsweller et al. (2020); 8. Joshi et al. (2022); 9. Wilde (2023)

Os estudos indicam que a administração de gel de dextrose 40%, incluída em protocolos de atuação em hipoglicemia neonatal, contribui para melhores resultados clínicos, redução de internamentos em unidades neonatais e promove a amamentação e o vínculo mãe-bebê.

CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão da literatura evidencia que a administração de gel de dextrose a 40% constitui uma estratégia segura, eficaz e de baixo custo para a prevenção e tratamento da hipoglicemia neonatal, sobretudo em recém-nascidos de risco.

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) desempenha um papel fundamental na prevenção e gestão da hipoglicemia neonatal. A sua intervenção, sustentada em conhecimento científico e protocolos clínicos, assegura cuidados de qualidade.

Assim, recomenda-se a implementação de protocolos de atuação adaptados à realidade de cada instituição, considerando o gel de dextrose como primeira linha de intervenção na hipoglicemia neonatal e a formação contínua das equipas de enfermagem na sua aplicação.

REFERÊNCIAS



Apêndice III – Revisão integrativa da literatura “Protocolos de atuação em casos de hipoglicemia neonatal e a administração de dextrose gel”



Protocolos de atuação em casos de hipoglicemia neonatal e a administração de dextrose gel

Iracema Pereira

Trabalho realizado no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Unidade Curricular de Opção 5 - Estágio com relatório em Cuidados Diferenciados. Desenvolvido sob a orientação do Professor Manuel Cordeiro e da Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a Enf. Carolina Correia.

Vila Real, Outubro, 2025

RESUMO

Introdução: A hipoglicemia neonatal é uma das complicações metabólicas mais comuns no período pós-natal e pode ter consequências graves, se não houver uma intervenção adequada e atempada. O gel de dextrose a 40% apresenta-se como uma alternativa segura e eficaz. Neste contexto, a implementação de protocolos para situações de hipoglicemia neonatal, desempenham um papel fundamental para a prática dos cuidados de enfermagem em neonatologia.

Objetivos: Identificar as evidências disponíveis na literatura sobre a eficácia da administração de gel de dextrose 40% na hipoglicemia neonatal e compreender a pertinência de protocolos de atuação para a hipoglicemia neonatal por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica.

Metodologia: Realizou-se uma revisão integrativa da literatura em outubro de 2025. Como estratégia de pesquisa, utilizou-se o método PICO, considerando recém-nascidos com hipoglicemia (P), protocolos com gel de dextrose administrado por enfermeiros (I), comparada com o uso de glicose endovenosa (C) na melhoria de resultados clínicos (O). A pesquisa foi efetuada nas plataformas PubMed e EBSCOhost, com acesso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete, utilizando a frase booleana: "neonatal hypoglycemia" AND "dextrose gel" AND "protocol" AND "nursing". Foram incluídos artigos publicados entre 2020 e 2025, em português e inglês, com texto integral disponível. Após seleção pelo protocolo PRISMA, foram analisados 11 estudos.

Resultados: A evidência atual indica que a administração de gel de dextrose 40%, incluída em protocolos de atuação em hipoglicemia neonatal, contribui para melhores resultados clínicos, redução de internamentos em cuidados intensivos neonatais e promove a amamentação e o vínculo mãe-bebê.

Discussão: O uso do gel de dextrose 40%, em protocolos definidos e aplicados por enfermeiros, revela-se uma estratégia segura e eficaz para o tratamento da hipoglicemia neonatal. Esta intervenção apresenta inúmeros benefícios, tais como a redução das admissões em unidades de cuidados intensivos neonatais, diminuição da necessidade de tratamentos mais invasivos e promoção da amamentação exclusiva, conforme demonstrado em estudos recentes. Além disso, estudos realizados a longo prazo demonstraram a segurança do gel de dextrose, evidenciando que não houve impacto negativo no desenvolvimento infantil.

Conclusão: A criação e implementação destes protocolos apoia a prática dos cuidados dos enfermeiros e garante a segurança e eficácia dos cuidados ao recém-nascido.

Palavras-chave: hipoglicemia neonatal; protocolos; dextrose; enfermeiros

Sumário

Introdução	4
1. Enquadramento Teórico	5
2. Metodologia	6
3. Resultados	7
4. Discussão	20
5. Conclusão	21
Referências Bibliográficas	22

Introdução

A hipoglicemia neonatal é definida como a diminuição dos níveis de glicose no sangue, abaixo dos valores normais para a idade gestacional e pós-natal do recém-nascido, indicando um desequilíbrio entre a quantidade de glicose disponível e a necessidade do organismo (Wight, 2021). É uma das principais alterações metabólicas neonatais (SPN, 2025).

O impacto da hipoglicemia neonatal pode ser duradouro, estando associado a défices cognitivos, atraso do desenvolvimento psicomotor, disfunções executivas e outras lesões neurológicas irreversíveis (SPN, 2025).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel fundamental, desde a identificação precoce dos fatores de risco, a monitorização da glicemia capilar e vigilância de sinais clínicos, até à implementação de intervenções terapêuticas, como a administração de gel de dextrose a 40% (Plummer et al., 2022). O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica tem ainda um papel essencial na educação parental, assegurando a transição segura para o domicílio e promovendo cuidados centrados na família.

No âmbito do ensino clínico no serviço de Neonatologia, integrado no Mestrado em Saúde Infantil e Pediátrica, foi realizada uma revisão da literatura sobre esta temática, tendo em consideração a sua relevância para a prática clínica em contexto neonatal. Este tema encontra-se alinhado com a minha área de interesse e com o desenvolvimento do trabalho final de investigação, permitindo aprofundar conhecimentos e consolidar competências na área da enfermagem neonatal, com particular incidência na abordagem da hipoglicemia neonatal e na gestão da glicemia em idade pediátrica.

1. Enquadramento Teórico

O gel de dextrose é uma solução concentrada e espessa, de um hidrato de carbono simples, de baixo custo, que é administrada diretamente sobre a mucosa oral (bucal ou sublingual). Estas superfícies, por serem finas e altamente vascularizadas, permitem uma absorção rápida para a corrente sanguínea. Parte do gel pode ainda ser deglutida, sendo absorvida posteriormente pelo sistema gastrointestinal (Edwards *et al.*, 2021).

O gel de dextrose tem sido amplamente recomendado como intervenção de primeira linha em recém-nascidos com hipoglicemia assintomática ou sintomática ligeira, sendo eficaz na correção dos níveis de glicemia, promovendo a manutenção do contacto pele-a-pele e a amamentação exclusiva, e reduzindo o número de internamentos neonatais por hipoglicemia (SPN, 2025; Plummer *et al.*, 2022).

A sua administração deve ser realizada por via oral, associada à alimentação entérica, nomeadamente ao aleitamento materno, constituindo uma alternativa à administração imediata de glicose endovenosa em determinadas situações. Após a administração do gel, deve ser efetuada a reavaliação da glicemia capilar, de acordo com os intervalos recomendados no protocolo clínico (SPN, 2025).

Apesar da existência de consensos clínicos, como os definidos pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2025), a uniformização da prática clínica através de protocolos institucionais nem sempre está assegurada. A evidência sugere que a existência de protocolos atualizados melhora os resultados e apoia a prática de cuidados neonatais seguros, pelos enfermeiros (Wight, 2021).

Neste contexto, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica assume um papel central na identificação precoce da hipoglicemia neonatal, na implementação de intervenções terapêuticas de acordo com os protocolos institucionais, nomeadamente a administração de gel de dextrose, bem como a avaliação da resposta terapêutica.

Paralelamente, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica desempenha um papel fundamental na promoção da amamentação precoce, na vigilância de sinais de agravamento clínico e na articulação com a equipa multidisciplinar, assegurando uma intervenção atempada, segura e baseada na evidência.

2. Metodologia

O presente estudo trata-se de uma revisão integrativa da literatura, efetuada em outubro de 2025, que procurou responder à seguinte questão orientadora *“Quais são as evidências publicadas nos últimos cinco anos sobre a importância dos protocolos de atuação em casos de hipoglicemia neonatal, com destaque para a administração de dextrose gel por enfermeiros?”*

Deste modo, como estratégia de pesquisa, utilizou-se o método PICO, em que P (Participantes) - corresponde a recém-nascidos com diagnóstico de hipoglicemia ou que apresentem fatores de risco para esta condição; I (Intervenções) – Protocolos clínicos que incluem a administração de Dextrose 40% em gel, pelos enfermeiros; C (Comparações) – Comparada com o uso de glicose endovenosa e O (Resultados) – Redução das admissões e do tempo de internamento em unidades de cuidados intensivos neonatais (UCIN); menor necessidade de administração de glicose endovenosa (menos procedimentos invasivos); aumento da taxa de amamentação exclusiva à data da alta; intervenção segura e eficaz, sem prejuízo do neurodesenvolvimento do recém-nascido.

A pesquisa bibliográfica foi realizada no mês de outubro de 2025, recorrendo às plataformas PubMed e EBSCOhost, com acesso às bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE Complete. A frase de pesquisa utilizada foi ("neonatal hypoglycemia" AND "dextrose gel" AND "protocol" AND "nursing").

Como limitadores, definiram-se: Publicações nos últimos cinco anos (de 2020 a 2025); idioma português ou inglês; disponibilidade de texto integral.

Após a remoção de artigos duplicados, foram selecionados 21 artigos para análise. A triagem dos estudos seguiu o protocolo PRISMA, com uma primeira fase de leitura dos títulos e resumos, excluindo-se os que não se enquadravam no objetivo da investigação. Seguiu-se a análise integral dos artigos selecionados, tendo sido aplicados os seguintes critérios de inclusão: População correspondente ao período neonatal; estudos que abordassem protocolos clínicos de hipoglicemia neonatal; utilização de gel de dextrose no âmbito das intervenções de enfermagem.

Como critérios de exclusão, foram eliminados: Estudos cuja população não fosse composta por recém-nascidos; investigação realizada em contextos não relacionados com a prática neonatal.

Etapas do processo PRISMA	Número de artigos
Registos identificados através da PubMed	19
Registos identificados através da EBSCO (CINAHL e MEDLINE)	2
Total de registos identificados	21
Duplicados removidos	0
Registos excluídos após leitura	10
Incluídos na revisão final	11

3. Resultados

Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Oral dextrose gel for hypoglycemia in a well-baby nursery: a baby-friendly initiative</i>	Batra M., Ikeri K., Blake M., Mantell G., Bhat R., Zayek M. (2024) EUA	Estudo de coorte retrospectivo (pré e pós-intervenção)	Avaliar o impacto do uso de gel de dextrose oral 40% na redução de admissões à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais por hipoglicemia em recém-nascidos saudáveis.	Análise de dados de recém-nascidos ≥ 34 semanas e $>2000g$, antes (2016–2017) e depois (2018–2023) da implementação do protocolo com gel. Comparação dos desfechos clínicos e de taxas de aleitamento.	- Admissão à Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais diminuiu de 4% para 2% em RN de risco. - Em RN com hipoglicemia, diminuiu de 15% para 7%. - Manutenção da amamentação exclusiva. - Redução de custos hospitalares.	A inclusão do gel de dextrose no protocolo reduziu admissões em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, manteve a amamentação exclusiva e promoveu um ambiente “amigo do bebê”. Foi considerada uma estratégia segura e eficaz.

Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Oral dextrose gel for the treatment of hypoglycaemia in newborn infants</i>	Edwards T., Liu G., Battin M., Harris D.L., Hegarty J.E., Weston P.J., Harding J.E. (2022) Nova Zelândia	Revisão sistemática (Cochrane)	Avaliar a eficácia do gel de dextrose oral (40%) no tratamento da hipoglicemia neonatal e se reduz as sequelas neurológicas a longo prazo.	Comparação entre o gel de dextrose oral versus placebo, sem outro tratamento, em recém-nascidos com hipoglicemia; foram pesquisadas bases de dados até outubro de 2021.	- O gel de dextrose oral provavelmente melhora a correção de eventos de hipoglicemia. - Pode haver uma ligeira redução no risco de sequelas neurológicas (evidência muito incerta). - Provavelmente reduz a separação mãe-bebê para tratamento. - Provavelmente aumenta a probabilidade de aleitamento materno	O gel de dextrose oral (40%) para recém-nascidos de risco provavelmente representa um tratamento de primeira linha seguro e eficaz para a hipoglicemia neonatal em países de rendimento elevado. No entanto, são necessários mais estudos para confirmar os efeitos a longo prazo, especialmente em prematuros e em contextos de médio/baixo rendimentos.

					exclusivo à data de alta.	
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Oral dextrose gel to prevent hypoglycaemia in at-risk neonates</i>	Edwards T., Liu G., Hegarty J.E., Crowther C.A., Alsweiler J., Harding J.E. (2021) Nova Zelândia e Austrália	Revisão sistemática de ensaios clínicos	Avaliar se a administração profilática de gel de dextrose oral (40 %) em recém-nascidos “em risco” reduz a incidência de hipoglicemia neonatal e as suas consequências.	Foram incluídos dois estudos randomizados, com 2.548 recém-nascidos de termo ou prematuros, com risco de hipoglicemia. Foi administrado gel de dextrose oral versus gel placebo. Monitorização de glicemia neonatal e seguimento	- A profilaxia com gel reduziu o risco de hipoglicemia neonatal para a incidência de hipoglicemia. - Provavelmente reduz o tratamento de hipoglicemias durante a hospitalização. - Evidência limitada para avaliar o efeito sobre alterações neurológicas.	A administração profilática de gel de dextrose oral (40 %) em neonatos de risco reduz significativamente a incidência de hipoglicemia e provavelmente reduz a necessidade de tratamento hospitalar inicial, sem evidência de aumento de eventos adversos. Contudo, não há atualmente evidência robusta de que modifique desfechos

				neurológico até 2 a 7 anos.		neurológicos a longo prazo, e a sua incorporação nos protocolos exige mais investigação.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Neonatal hypoglycemia: lack of evidence for a safe management</i>	Roeper M., Hoermann H., Kummer S., Meissner T. (2023) Alemanha	Revisão narrativa crítica	Analisar a evidência disponível sobre definição, rastreio e tratamento da hipoglicemia neonatal, com foco nas lacunas e na segurança do tratamento.	Revisão de estudos existentes, guidelines internacionais e evidências sobre limiares glicémicos, duração e repetição de hipoglicemia, consequências neurológicas a longo prazo.	- Não existe um consenso quanto à definição de hipoglicemia neonatal, ao momento ideal para a realização do rastreio, nem à duração necessária dos episódios hipoglicémicos que possam causar danos neurológicos. - Muitas guidelines variam entre si e são	Recomendada, uma abordagem conservadora e segura (até evidência robusta): monitorizar os recém-nascidos de risco, promover a alimentação frequente e o contacto mãe-bebé, usar medidas menos invasivas como gel de dextrose 40% oral ou alimentação suplementar antes de

					baseadas em evidência fraca; - O rastreio pode causar aumento da separação mãe-bebê e intervenção invasiva desnecessária.	utilizar terapias invasivas.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>What are the barriers preventing the screening and management of neonatal hypoglycaemia in low-resource settings, and how can they be overcome?</i>	Irvine L.M., Harris D.L. (2023) Revisão internacional	Revisão narrativa	Identificar barreiras para a triagem e atuação em casos de hipoglicemia neonatal em ambientes com poucos recursos e propor estratégias para superá-las.	Revisão de literatura e análise crítica de estudos sobre hipoglicemia neonatal em contexto de baixo e médio rendimentos.	Barreiras identificadas: - Falta de equipamentos confiáveis para avaliar a glicemia (equipamentos caros, manutenção difícil). - Carência de protocolos padronizados locais.	Para superar os desafios: - Implementar protocolos simples e adaptados às realidades locais. - Formação contínua dos profissionais de saúde. - Utilizar tecnologias acessíveis. - Promoção do aleitamento materno e

					- Escassez de profissionais formados. - Dificuldade de acesso a tratamentos como gel de dextrose oral e nutrição adequada. - Barreiras culturais e de comunicação com famílias. - Infraestrutura hospitalar precária para monitorização contínua.	uso de dextrose oral onde for disponível. - Investir na educação comunitária para o consentimento das intervenções. - Parcerias para fornecimento de recursos. - Monitorização e avaliação constantes para adaptar estratégias.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Mid-Childhood Outcomes after Dextrose Gel Treatment of Neonatal</i>	St Clair S.L., Dai D.W.T., Harris D.L., Gamble G.D., McKinlay	Estudo de seguimento longitudinal (follow-up) de	Avaliar as funções cognitivas e neurológicas na infância em crianças tratadas com gel de	Seguimento de crianças participantes do ensaio clínico Sugar Babies,	Crianças tratadas com gel de dextrose apresentaram resultados equivalentes em	O gel de dextrose oral é seguro e eficaz no tratamento da hipoglicemia neonatal, sem impacto negativo

<i>Hypoglycaemia: Follow-Up of the Sugar Babies Randomized Trial</i>	C.J.D., Nivins S., Shah R.K., Thompson B., Harding J.E., CHYLD Study Group (2023) Nova Zelândia	ensaio clínico randomizado.	dextrose em casos de hipoglicemia neonatal.	que receberam tratamento com gel de dextrose oral vs cuidados convencionais; avaliação neuropsicológica realizada aos 4-10 anos	desempenho cognitivo, motor e comportamental comparado ao grupo controle; não houve efeitos adversos associados ao uso do gel.	nas funções neurodesenvolvimentais das crianças.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Strategies to improve neurodevelopmental outcomes in babies at risk of neonatal hypoglycaemia</i>	Alsweiler J.M., Harris D.L., Harding J.E., McKinlay C.J.D. (2020) Nova Zelândia	Revisão narrativa	Discutir estratégias para prevenir as consequências neurodesenvolvimentais em recém-nascidos com risco de hipoglicemia neonatal.	Revisão de evidências atuais sobre a monitorização e as intervenções precoces na hipoglicemia neonatal.	Enfatiza a importância da identificação precoce, a monitorização contínua, a intervenção rápida com dextrose (oral e endovenosa), e o suporte nutricional adequado; destaca também a importância	Recomenda a implementação de protocolos de atuação baseados em evidências para prevenir danos neurológicos e melhorar resultados a longo prazo, além da formação dos

					do aleitamento materno e acompanhamento neurodesenvolvimento a longo prazo.	profissionais e suporte familiar.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Admission and Care Practices in United States Well Newborn Nurseries</i>	Joshi N.S., Flaherman V.J., Halpern-Felsher B., Chung E.K., Congdon J.L., Lee H.C. (2022) Estados Unidos América	Estudo observacional descritivo	Descrever as práticas de admissão e cuidados em berçários de recém-nascidos saudáveis nos EUA, com foco na atuação em hipoglicemia.	Pesquisa nacional via questionários aplicados em unidades neonatais para colheita de dados sobre protocolos, triagem e práticas de cuidado.	Grande variação nas práticas clínicas e protocolos de hipoglicemia neonatal; vários locais não têm protocolos padronizados; uso variado de monitorização e intervenções.	Necessidade de padronização dos protocolos e práticas para melhorar a qualidade do cuidado neonatal e reduzir disparidades; recomendação para desenvolvimento de diretrizes baseadas em evidências.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão

<i>Breastfeeding Insufficiencies: Common and Preventable Harm to Neonates</i>	Wilde V.K. (2023) Estados Unidos América	Revisão narrativa	Discutir os impactos da dificuldade no aleitamento materno e as consequências para a saúde neonatal, incluindo hipoglicemia.	Revisão da literatura sobre dificuldades na amamentação, fatores de risco, consequências clínicas e estratégias de prevenção.	Dificuldade na amamentação é uma causa frequente e prevenível de hipoglicemia neonatal; a falta de suporte adequado às mães agrava o problema e aumenta as readmissões hospitalares.	- Necessidade urgente de educação e suporte às mães para garantir amamentação eficaz, prevenção da hipoglicemia e outras consequências neonatais; - Recomendação para protocolos de suporte.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>Management of asymptomatic hypoglycemia with 40% oral dextrose gel in near term at-risk infants to reduce intensive care need and</i>	Meneghin, F.; Manzalini, M.; Acunzo, M.; Daniele, I.; Bastrenta, P.; Castoldi, F.; Caviglioli, F.; Zuccotti, G.	Estudo prospectivo comparativo	Avaliar o impacto do uso da dextrose 40% em gel no tratamento da hipoglicemia assintomática em recém-nascidos próximos ao termo, para reduzir internamentos em	Comparação prospectiva entre grupo histórico (Gr1, n=389) e grupo com protocolo de dextrose oral (Gr2, n=308); avaliação da	Gr2 teve redução significativa nas transferências para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, (10% vs 48,7%), na necessidade de glicose IV (10% vs	A utilização da dextrose 40% em gel foi eficaz e segura para o tratamento da hipoglicemia assintomática, reduzindo os internamentos em Unidades de Cuidados

<i>promote breastfeeding</i>	V.; Lista, G. (2021) Itália		Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, e promover amamentação.	admissão em Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, necessidade de glicose endovenosa e sucesso na amamentação exclusiva à data da alta	35,9%), menor tempo de internamento (3,73 vs 6,43 dias), e maior taxa de amamentação exclusiva na alta (30% vs 7,7%).	Intensivos Neonatais e promovendo a amamentação exclusiva.
Título	Autores (Ano) / País	Tipo de Estudo	Objetivo	Materiais e Métodos	Resultados	Conclusão
<i>A Project to Implement Use of 40% Dextrose Gel for Transient Neonatal Hypoglycemia</i>	Washer, A.; Di Fiore, T.; Siegmund, L. A. (2021) Estados Unidos América	Estudo de implementação o (Qualitativo)	Avaliar o impacto do uso de dextrose 40% em gel e alimentação oral na regulação da glicemia no primeiro dia de vida, visando reduzir transferências para	Projeto de implementação do uso do gel de dextrose oral associado à alimentação precoce em recém-nascidos	Redução das transferências para Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais, com estabilização da glicemia e suporte à	O uso de dextrose 40% em gel é uma intervenção eficaz para a atuação em casos de hipoglicemia transitória, reduzindo a necessidade de cuidados intensivos e

			Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais.	com hipoglicemia transitória.	alimentação oral precoce.	promovendo a alimentação precoce.
--	--	--	---	-------------------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Principais resultados	Estudos
A profilaxia com Dextrose 40% em gel reduziu o risco de hipoglicemia neonatal	3. Edwards et al. (2021)
Evicção de medidas invasivas	4. Roeper et al. (2023); 10. Meneghin et al. (2021)
Segurança e eficácia no tratamento da hipoglicemia neonatal	1. Batra et al. (2024); 2. Edwards et al. (2022); 6. St Clair et al. (2023); 10. Meneghin et al. (2021); 11. Washer et al. (2021)
Reduz a separação mãe–bebê	2. Edwards et al. (2022)
Promoção do aleitamento materno exclusivo	1. Batra et al. (2024); 2. Edwards et al. (2022); 10. Meneghin et al. (2021); 11. Washer et al. (2021).
Diminuição de internamentos nas Unidades de Neonatologia	1. Batra et al. (2024); 10. Meneghin et al. (2021); 11. Washer et al. (2021)
Redução de custos hospitalares	1. Batra et al. (2024)
Ausência de impacto negativo nas funções neurodesenvolvimentais das crianças	6. St Clair et al. (2023)
Recomendação de padronização dos protocolos para melhorar a qualidade do cuidado neonatal	5. Irvine & Harris (2023); 7. Alsweiler et al. (2020); 8. Joshi et al. (2022); 9. Wilde (2023)

4. Discussão

Realizada a análise dos artigos, é possível confirmar a importância de protocolos para orientar a prática de cuidados ao recém-nascido com hipoglicemia, especialmente com a administração do gel de dextrose 40% pelos enfermeiros. Estudos demonstram que o gel de Dextrose 40% reduz as admissões nas unidades de cuidados intensivos neonatais e promove a amamentação exclusiva, fundamental para o desenvolvimento dos recém-nascidos (Batra et al., 2024).

Edwards e colaboradores (2022) referem que o gel de dextrose 40% é seguro e eficaz para corrigir a hipoglicemia nos recém-nascidos, além de diminuir a separação entre mãe e filho, favorecendo a amamentação. A profilaxia com o gel de dextrose 40% em recém-nascidos de risco diminui a probabilidade de desenvolver hipoglicemia e consequentemente a necessidade de tratamentos mais invasivos (Edwards et al., 2021).

Por outro lado, Roeper et al. (2023) reforçam que ainda não existe um consenso sobre quando e como deverá ser feito o rastreio da hipoglicemia, o que pode levar a intervenções desnecessárias. Deste modo, os protocolos que priorizem os métodos menos invasivos, como o uso do gel de dextrose 40%, são importantes para evitar complicações e promover o vínculo mãe-recém-nascido. Além disso, estudos realizados a longo prazo demonstraram a segurança do gel de dextrose, pois evidenciaram que não houve prejuízo no desenvolvimento das crianças (St Clair et al., 2023).

A utilização do gel de dextrose 40%, aliada à formação, nomeadamente para os enfermeiros, poderá facilitar a intervenção mais precoce (Irvine & Harris, 2023).

Em países com menos recursos, a falta de equipamentos e formação dificulta a atuação em casos de hipoglicemia (Irvine & Harris, 2023).

Joshi et al., (2022) salientam que ainda existem muitas discrepâncias nas práticas clínicas, o que reforça a necessidade de protocolos e formações adequadas aos profissionais de saúde, especialmente aos enfermeiros, para garantir cuidados de qualidade.

Em resumo, o uso do gel de dextrose 40%, em protocolos bem definidos, aplicado por enfermeiros formados, é uma estratégia segura e eficaz para o tratamento da hipoglicemia neonatal, apresentando inúmeros benefícios (Batra et al., 2024; Edwards et al., 2022; Roeper et al., 2023; Irvine & Harris, 2023; St Clair et al., 2023).

5. Conclusão

A revisão da literatura evidenciou que a administração de gel de dextrose a 40% constitui uma estratégia segura, eficaz e de baixo custo para o tratamento e prevenção da hipoglicemia neonatal, especialmente em recém-nascidos de risco.

Os estudos analisados demonstram que esta intervenção, quando inserida em protocolos bem definidos e aplicada precocemente por profissionais de saúde formados, nomeadamente os enfermeiros, contribui significativamente para a redução de admissões em unidades de cuidados intensivos neonatais, diminui a necessidade de intervenções invasivas e promove o aleitamento materno exclusivo.

A utilização de protocolos é fundamental para orientar a prática de cuidados ao recém-nascido, facilitando a tomada de decisão, com base na evidência, e garantindo a segurança do recém-nascido. No entanto, foram também identificadas lacunas, como a ausência de consenso internacional sobre a definição dos valores de hipoglicemia, bem como a escassez de estudos em contextos menos favorecidos.

Apesar da existência de consensos clínicos, como os definidos pela Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2025), a uniformização da prática clínica através de protocolos institucionais nem sempre está assegurada. A evidência sugere que a existência de protocolos atualizados melhora os resultados e apoia a prática de cuidados neonatais seguros, pelos enfermeiros (Wight, 2021).

Assim, recomenda-se a implementação de protocolos de atuação adaptados à realidade de cada instituição, considerando o gel de dextrose como primeira linha de intervenção na hipoglicemia neonatal, e a formação contínua das equipas de enfermagem na sua aplicação.

Será necessária mais investigação para avaliar os efeitos a longo prazo desta intervenção e a sua aplicabilidade em diferentes contextos de cuidados neonatais.

Referências Bibliográficas

Alsweiler, J. M., Harris, D. L., Harding, J. E., & McKinlay, C. J. D. (2021). Estratégias para melhorar os resultados do neurodesenvolvimento em bebês com risco de hipoglicemia neonatal. *O Lancet. Saúde da criança e do adolescente*, 5(7), 513–523. [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30387-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30387-4)

Batra, M., Ikeri, K., Blake, M., Mantell, G., Bhat, R., & Zayek, M. (2025). Gel de dextrose oral para hipoglicemia em berçário: uma iniciativa amiga do bebê. *Jornal de perinatologia: jornal oficial da California Perinatal Association*, 45(10), 1345–1351. <https://doi.org/10.1038/s41372-024-02114-y>

Edwards, T., Liu, G., Battin, M., Harris, D. L., Hegarty, J. E., Weston, P. J., & Harding, J. E. (2022). Gel de dextrose oral para o tratamento da hipoglicemia em recém-nascidos. *O banco de dados Cochrane de revisões sistemáticas*, 3(3), CD011027. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011027.pub3>

Edwards, T., Liu, G., Hegarty, J. E., Crowther, C. A., Alsweiler, J., & Harding, J. E. (2021). Gel de dextrose oral para prevenir hipoglicemia em neonatos em risco. *O banco de dados Cochrane de revisões sistemáticas*, 5(5), CD012152. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD012152.pub3>

Irvine, L. M., & Harris, D. L. (2023). Quais são as barreiras que impedem a triagem e o manejo da hipoglicemia neonatal em ambientes com poucos recursos e como elas podem ser superadas? *Saúde materna, neonatologia e perinatologia*, 9(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s40748-023-00162-4>

Joshi, N. S., Flaherman, V. J., Halpern-Felsher, B., Chung, E. K., Congdon, J. L., & Lee, H. C. (2023). Práticas de admissão e cuidados em berçários de recém-nascidos bem nos Estados Unidos. *Pediatria hospitalar*, 13(3), 208–216. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2022-006882>

Meneghin, F., Manzalini, M., Acunzo, M., Daniele, I., Bastrenta, P., Castoldi, F., Caviglioli, F., Zuccotti, G. V., & Lista, G. (2021). Management of asymptomatic hypoglycemia with 40% oral dextrose gel in near term at-risk infants to reduce intensive care need and promote breastfeeding. *Italian Journal of Pediatrics*, 47(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01149-7>

Plummer, E. A., Ninkovic, I., Rees, A., Rao, R., Bendel, C. M., & Stepka, E. C. (2022). Os algoritmos de hipoglicemia neonatal melhoram os resultados hospitalares. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35(12), 2278–2285. <https://doi.org/10.1080/14767058.2020.1785421>

Roeper, M., Hoermann, H., Kummer, S., & Meissner, T. (2023). Hipoglicemia neonatal: falta de evidências para um manejo seguro. *Fronteiras em endocrinologia*, 14, 1179102. <https://doi.org/10.3389/fendo.2023.1179102>

Sociedade Portuguesa de Neonatologia. (2025). *Consenso clínico: Hipoglicemia neonatal*. <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2025/03/Consenso-Hipoglicemia-NN-2025-compressed.pdf>

St Clair, S. L., Dai, D. W. T., Harris, D. L., Gamble, G. D., McKinlay, C. J. D., Nivins, S., Shah, R. K., Thompson, B., Harding, J. E., & CHYLD Study Group (2023). Resultados na Infância após Tratamento com Gel de Dextrose da Hipoglicemia Neonatal: Acompanhamento do Estudo Randomizado Sugar Babies. *Neonatologia*, 120(1), 90–101. <https://doi.org/10.1159/000527715>

Washer, A., Di Fiore, T., & Siegmund, L. A. (2021). A Project to Implement Use of 40% Dextrose Gel for Transient Neonatal Hypoglycemia. *Nursing for Women's Health*, 25(2), 122–128. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2021.02.001>

Wight, N. (2021). *Protocolo Clínico #1 ABM: Diretrizes de Monitoramento da Glicemia e Tratamento de Hipoglicemia em Recém-Nascidos a Termo e Prematuros Tardios (Revisado 2021)*. <https://abm.memberclicks.net/assets/DOCUMENTS/PROTOCOLS/1-hipoglicemia-formatado-portuguese.pdf>

Wilde, VK (2021). Insuficiências da amamentação: danos comuns e evitáveis aos neonatos. *Cureus*, 13(10), e18478. <https://doi.org/10.7759/cureus.18478>

Apêndice IV – Guião da Entrevista

Guião da Entrevista Semiestruturada – Campo de Férias com Jovens com DM I

1. Quantos anos tens?
2. Género
3. Onde vives?
4. Há quanto tempo sabes que tens diabetes tipo I?
5. É a primeira vez que participas neste campo de férias?
6. Se não, quantas vezes já participaste?
7. Quem é o teu principal apoio na gestão da diabetes?
8. A diabetes perturba a tua vida familiar?
9. A diabetes dificulta a tua vida social (com os amigos ou na escola)?
10. Diariamente costumavas esconder medidas de atuação na DM I, como por exemplo a administração de insulina, a atuação nos sintomas de hipoglicémia, a localização do sensor ou do SPSCI (se aplicável) ...?
11. Como te sentiste ao partilhar as mesmas vivências no campo de férias?
12. Durante o campo de férias, sentiste-te melhor contigo próprio(a) e mais confiante para cuidar da tua diabetes?
13. Fazes exercício físico ou praticas algum desporto nos teus tempos livres?
14. O que costumavas fazer antes de praticar exercício (cuidados em relação à diabetes)?
15. Alguma vez deixaste de fazer algo por causa da diabetes ou por medo de te sentires mal?
16. A diabetes afeta o teu sono à noite?
17. A alimentação no campo de férias foi diferente da que costumavas fazer em casa? Em quê?
18. Para ti, quais foram os benefícios do campo de férias?
19. Qual foi a sensação de conhecer e conviver com outros jovens com DM I?
20. Sentiste-te apoiado(a) pela equipa de profissionais de saúde que esteve no campo de férias?
21. O que mudou na tua forma de lidar com a DM I?
22. Gostaste das atividades feitas no campo de férias? Tens alguma preferida?
23. Tens alguma sugestão para melhorar o próximo campo de férias? O que mudarias?

Obrigado pela tua participação.

Apêndice V – Termo de Consentimento Informado

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Participação de Crianças/Jovens em Pesquisa Científica

Título do Estudo: **"Brincar e Cuidar: O Impacto Positivo do Campo de Férias no Viver com Diabetes - Vivências de Crianças e Jovens com Diabetes Mellitus Tipo I no campo de férias da [REDACTED]"**

Investigadora: Enfermeira Iracema Pereira

Âmbito: Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Instituição: Escola Superior de Saúde de Viseu

Orientador: Professor Manuel Cordeiro

Exm(a) Senhor(a),

Convido o seu/sua filho(a) a participar no estudo de natureza científica, com o objetivo de compreender de que modo as crianças e jovens com Diabetes Mellitus tipo I vivenciam a experiência de participar no campo de férias educativo. Esta pesquisa é realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A participação é voluntária e consistirá numa entrevista individual com duração aproximada de 15 minutos, que deverá ocorrer no final do campo de férias. Serão abordadas questões relacionadas à vivência com a doença, o quotidiano do tratamento e a experiência no campo de férias.

As informações recolhidas serão utilizadas exclusivamente para fins académicos e científicos, sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A participação poderá favorecer a expressão das crianças/jovens sobre as suas experiências com a DM I, e desta forma contribuir para o aprimoramento de programas educativos e ampliar o conhecimento científico sobre o impacto positivo de ambientes de apoio, como campos de férias.

A entrevista será gravada apenas com autorização expressa, e os arquivos serão destruídos após a transcrição e análise.

A participação não acarretará riscos físicos ou financeiros.

Declaração de consentimento:

Eu, _____ (nome do(a) representante legal), representante legal por _____ (nome da criança/jovem), declaro que fui devidamente informado(a) sobre os objetivos, procedimentos e implicações do estudo descrito acima.

Autorizo a participação do(a) meu(minha) filho(a) na entrevista, bem como a gravação da mesma, se necessário.

Local e data: _____

Assinatura do representante legal: _____

Assinatura do entrevistado (aplicável se > 14 anos): _____

Assinatura da investigadora: _____

Enfª Iracema Pereira

Pediatria – 

e-mail: irapereira@chtmad.min-saude.pt

Anexos

Anexo I – Parecer da Comissão de Ética

Para Você

17/06/2025

! 🚩 ⋮

😊

... ⋮

 **CES REG. 3640 Título de Investigação: ...** ⋮
EML - 55 KB

🔗 2 anexos (72 KB)

[↓ Guardar anexos](#)

Exma. Senhora

Enfa. Iracema Ribeiro Pereira

Serviço de Pediatria da [REDACTED] EPE

Encarrega-me o Sr. Presidente da CES de informar V. Exa. que após verificação do solicitado o mesmo está autorizado.

Com os melhores cumprimentos,

Secretariado do Conselho de Administração