



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Utilização inadequada do serviço de urgência por crianças com idade inferior a dois anos

Alexandra Gomes Cortez de Sousa

Março de 2026

Utilização inadequada do serviço de urgência por crianças com idade inferior a dois anos

Alexandra Gomes Cortez de Sousa

Estágio com Relatório Final

1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de
Professor Luís Miguel Condeço

Março de 2026

Pensamento

“There can be no keener revelation of a society’s soul than the way in which it treats its children.”

Nelson Mandela

Agradecimentos

A realização deste mestrado não teria sido possível sem o apoio, a compreensão e o incentivo de várias pessoas que, de uma forma ou de outra, caminharam ao longo deste percurso.

Aos meus filhos, pela paciência, pela compreensão e por todo o tempo em que não pude estar tão presente quanto desejava. É também por eles que sigo em frente, na esperança de lhes mostrar que tudo é possível quando temos vontade, dedicação e paixão pelo que fazemos.

Ao meu marido, por ter segurado o barco nos momentos em que o tempo que passava em casa era pouco, assumindo tudo com coragem e amor, sem nunca cobrar.

À minha irmã, pela sua persistência e por vezes sem conta me lembrar que era preciso continuar mesmo quando o cansaço e as dúvidas pareciam falar mais alto.

Aos meus colegas da equipa do SUP, que, de forma descontraída, foram uma presença motivadora ao longo deste caminho. Sempre me fizeram acreditar que eu ia conseguir e que desistir não era uma opção!

Ao meu colega David, pela disponibilidade e pela ajuda prestada em várias etapas da realização deste trabalho, sem nunca pedir nada em troca.

Ao Professor Luís Condeço, pela paciência, perseverança e confiança que depositou em mim. Mesmo nos momentos em que eu estava prestes a desistir, nunca me deixou cair, acreditando que eu conseguiria concluir este trabalho.

A todos, o meu mais sincero obrigada.

Resumo

Introdução: O uso inadequado do Serviço de Urgência Pediátrica, sobretudo em crianças com menos de dois anos, constitui uma problemática relevante para a prática dos enfermeiros, com impacto na organização, na qualidade e na eficiência dos cuidados, bem como na gestão dos recursos de saúde. Entre os fatores associados, destacam-se a menor confiança dos pais/cuidadores nos Cuidados de Saúde Primários, as barreiras ao acesso a estes serviços e a ansiedade parental.

Objetivo: Descrever criticamente o percurso formativo desenvolvido em diferentes contextos de ensino clínico, visando a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e analisar a evidência científica sobre a utilização inadequada do Serviço de Urgência Pediátrica em crianças com menos de dois anos.

Metodologia: Relatório de análise reflexiva das competências adquiridas nos estágios de urgência pediátrica, de neonatologia e de internamento de pediatria. Realização de uma revisão integrativa segundo as orientações PRISMA e JBI, com pesquisa nas bases de dados MEDLINE, CINAHL, PubMed e b-On, incluindo estudos publicados entre 1 de janeiro de 2016 e a data da pesquisa.

Resultados: Foram incluídos 14 dos 381 estudos identificados. A utilização não urgente do Serviço de Urgência Pediátrica varia conforme o contexto, a população e os critérios adotados, sendo mais frequente em recém-nascidos, lactentes e crianças mais novas. Os principais fatores associados incluem ansiedade parental, perceção subjetiva de gravidade, baixa literacia em saúde, dificuldades no acesso aos Cuidados de Saúde Primários e autorreferenciação.

Conclusão: Trata-se de um fenómeno multifatorial, influenciado por fatores parentais, organizacionais e sociais. A capacitação dos pais/cuidadores, o reforço da literacia em saúde e a melhoria do acesso aos Cuidados de Saúde Primários são estratégias centrais para promover uma utilização mais adequada, segura e eficiente do Serviço de Urgência Pediátrica, destacando-se, ainda, a importância da intervenção precoce do Enfermeiro Especialista.

Palavras-chave: Lactente; Criança; Serviço Hospitalar de Emergência; Uso Indevido de Serviços de Saúde

Abstract

Introduction: Inappropriate use of the Pediatric Emergency Department, particularly among children under two years of age, is a relevant issue for nursing practice, with an impact on the organization, quality, and efficiency of care, as well as on the management of healthcare resources. Among the associated factors are parents'/caregivers' lower confidence in Primary Health Care, barriers to accessing these services, and parental anxiety.

Objective: To critically describe the training pathway developed in different clinical teaching settings, aimed at acquiring the common and specific competencies of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing, and to analyze the scientific evidence on the inappropriate use of the Pediatric Emergency Department in children under two years of age.

Methodology: Reflective analysis report on the competencies acquired during clinical placements in pediatric emergency care, neonatology, and pediatric inpatient care. An integrative review was conducted according to PRISMA and JBI guidelines, with searches conducted in MEDLINE, CINAHL, PubMed, and b-On databases, including studies published between January 1, 2016, and the search date.

Results: Fourteen of the 381 identified studies were included. Non-urgent use of the Pediatric Emergency Department varies by context, population, and adopted criteria, and is more frequent among newborns, infants, and younger children. The main associated factors include parental anxiety, subjective perception of severity, low health literacy, difficulties in accessing Primary Health Care, and self-referral.

Conclusion: This is a multifactorial phenomenon influenced by parental, organizational, and social factors. Empowering parents/caregivers, strengthening health literacy, and improving access to Primary Health Care are central strategies to promote a more appropriate, safe, and efficient use of the Pediatric Emergency Department, while also highlighting the importance of early intervention by the Nurse Specialist.

Keywords: Infant; Child; Emergency Service, Hospital; Misuse of Health Services.

Sumário

Lista de quadros

Lista de tabelas

Lista de figuras

Lista de abreviaturas, siglas e acrônimos

Introdução 23

Parte I – Curso Formativo em Estágio

1. Estágio de Neonatologia 29

2. Estágio de Pediatria 39

3. Estágio de Urgência Pediátrica 51

Parte II – Estudo de Investigação

4. Enquadramento Teórico 61

5. Metodologia 69

6. Resultados 75

7. Discussão dos Resultados 95

7.1- Predomínio da faixa etária de recém-nascidos e lactentes 97

7.2- Recurso direto ao Serviço de Urgência Pediátrica 98

7.3- Barreiras de acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários..... 99

7.4- Ansiedade parental e baixa literacia em saúde 101

7.5- Utilizadores frequentes e utilização desproporcional..... 102

7.6- Fragilidades na transição maternidade-comunidade 103

8. Conclusão 105

Considerações Finais..... 109

Referências bibliográficas 111

Apêndices

Apêndice I – Panfleto prevenção da dor 127

Lista de quadros

Quadro 1	Prioridades de triagem segundo o Sistema de Triagem de Manchester	64
Quadro 2	Expressão de pesquisa	70
Quadro 3	PICO	72
Quadro 4	Síntese dos temas principais e estudos associados	95

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 Avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos (JBI)	76
Tabela 2 Dados extraídos dos estudos incluídos na revisão	79

Lista de figuras

	Pág.
Figura 1 Fluxograma PRISMA	75

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

AAP	American Academy of Pediatrics
ACSS	Administração Central do Sistema de Saúde
CMESIP	Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
DM1	Diabetes Mellitus Tipo 1
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ERC	European Resuscitation Council
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESSV	Escola Superior de Saúde de Viseu
HPCU	Hospital Primary Care Unit
HF	Hiperfrequentadores
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPV	Instituto Politécnico de Viseu
JBÍ	Joanna Briggs Institute
MESIP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
MTS	Manchester Triage System
NHS	National Health Service
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
OCDE	Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Perturbações do Comportamento Alimentar
PICO	Population, Intervention, Comparison, Outcome
PRISMA	Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RN	Recém-Nascidos
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UF	Utilizadores Frequentes
UICD	Unidade de Internamento de Curta Duração
ULS	Unidade Local de Saúde
USF	Unidade de Saúde Familiar
VNI	Ventilação Não Invasiva

Introdução

A Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica constitui uma área especializada da enfermagem centrada na prestação de cuidados à criança, ao adolescente e à família, em diferentes fases do ciclo de vida e em contextos de complexidade variável. A especificidade do crescimento e desenvolvimento infantil, bem como a vulnerabilidade associada à doença em idade pediátrica, exige profissionais com competências científicas, técnicas, éticas e relacionais diferenciadas, capazes de assegurar cuidados seguros, humanizados e baseados na evidência.

O Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CMESIP), ministrado na Escola Superior de Saúde de Viseu (ESSV), foi delineado com o propósito de promover a aquisição, a consolidação e a integração de competências especializadas de natureza pessoal, ética, relacional, metodológica, técnico-científica e educativo-pedagógica. Esta estrutura formativa visa responder às exigências crescentes da prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao adolescente e à sua família, em consonância com os referenciais profissionais e normativos da enfermagem em Portugal. Neste enquadramento, o Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (OE) defende que todas as crianças e jovens, bem como as respetivas famílias, devem ter acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializados, fundamentados nos princípios da proximidade, da parceria, da capacitação e do respeito pelos direitos humanos e da criança, sustentados numa abordagem ética, holística e culturalmente sensível (OE, 2017). Assim, a formação avançada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica assume-se como um elemento estruturante para a concretização destes princípios na prática clínica.

Em articulação com esta orientação, o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros define o enfermeiro especialista como o profissional detentor de competências científicas, técnicas e humanas que lhe permitem prestar cuidados de enfermagem diferenciados, integrando, para além das competências específicas da respetiva área de especialidade, um conjunto de competências comuns transversais a todos os contextos de prática. Entre estas destacam-se a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a gestão dos cuidados e o desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

De forma complementar, e no domínio específico da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o Regulamento n.º 422/2018 explicita as competências nucleares do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), que incluem a

assistência à criança/jovem e família na maximização da sua saúde, o cuidado em situações de especial complexidade e a prestação de cuidados ajustados às necessidades inerentes ao ciclo de vida e ao desenvolvimento infantil e juvenil. Neste contexto, o EEESIP adota um modelo conceptual centrado na criança e na família, reconhecendo o binómio criança/jovem–família como beneficiários diretos dos cuidados e valorizando a singularidade, a interdependência e a multidimensionalidade do cuidar humano.

No terceiro semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), é realizada a Unidade Curricular de Opção 5 – Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados, com a finalidade de desenvolver, consolidar e integrar as competências comuns e específicas do EEESIP, em conformidade com os referenciais regulamentares da OE, em contextos clínicos de cuidados diferenciados. Esta unidade curricular proporciona ao estudante a oportunidade de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e humanos na prestação de cuidados especializados à criança/adolescente e à família, em situações de maior complexidade, promovendo uma prática reflexiva, crítica e sustentada na evidência científica. O relatório de estágio constitui um elemento central do processo de ensino, aprendizagem e avaliação desta unidade curricular, permitindo documentar, de forma sistemática, o percurso formativo desenvolvido. Neste sentido, integra a caracterização dos contextos clínicos de estágio, a descrição das atividades realizadas e a reflexão crítica sobre as aprendizagens e competências adquiridas, à luz dos referenciais teóricos de enfermagem, da evidência científica atual e dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados. Simultaneamente, evidencia a capacidade do estudante para consultar, mobilizar e aplicar investigação científica relevante, com impacto na melhoria contínua da prática clínica em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, conforme o Guia Orientador de Estágios do Instituto Politécnico de Viseu (IPV, 2022).

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes complementares, Parte I e Parte II. A primeira corresponde à análise reflexiva do percurso formativo desenvolvido em contexto de estágio, com enfoque nas aprendizagens realizadas e nas competências adquiridas. A segunda integra a componente de investigação, incluindo o enquadramento teórico, a metodologia, os resultados, a discussão e a conclusão. O documento encerra com as considerações finais, as referências bibliográficas e os elementos complementares, em apêndice e anexo.

A componente de estágio, desenvolvida na parte I, desempenhou papel central no processo de aprendizagem e no desenvolvimento de competências, ao promover a integração entre os conhecimentos teóricos adquiridos e a prática clínica em diferentes contextos assistenciais. Neste sentido, constituiu uma oportunidade de crescimento pessoal e profissional, sustentada pela reflexão contínua sobre as experiências vivenciadas. O percurso

de estágio foi orientado pelos objetivos gerais e específicos previamente definidos, bem como pelas experiências clínicas vivenciadas em cada contexto assistencial. A prática reflexiva assumiu-se como eixo estruturante do processo de aprendizagem, permitindo analisar criticamente as intervenções realizadas, identificar necessidades de desenvolvimento e consolidar competências especializadas à luz da evidência científica e dos referenciais profissionais. Ao longo dos diferentes contextos de estágio, a prática desenvolvida foi orientada por princípios éticos, deontológicos e legais, com particular atenção ao respeito pela singularidade da criança/jovem e da família, à salvaguarda da privacidade e confidencialidade da informação e à prestação de cuidados individualizados e sustentados na melhor evidência disponível. O Regulamento n.º 422/2018 orientou várias das intervenções desenvolvidas, nomeadamente no âmbito da promoção de cuidados centrados na criança/jovem e na família, da proteção e defesa dos seus direitos, da garantia de segurança, privacidade e confidencialidade da informação e da prestação de cuidados individualizados e baseados na melhor evidência disponível. O Código Deontológico do Enfermeiro constitui um guia essencial da prática profissional, reforçando o respeito pelos valores, crenças e singularidade de cada pessoa e família, bem como a responsabilidade ética e legal inerente a cada intervenção (OE, 2020)

A componente de investigação deste relatório, Parte II, centra-se na utilização inadequada do Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) por crianças com idade inferior a dois anos. Trata-se de uma problemática relevante em saúde infantil, pelo impacto que tem na organização dos serviços, na utilização dos recursos e na qualidade dos cuidados prestados.

De acordo com documentos institucionais portugueses, as situações de urgência e emergência médicas correspondem a situações clínicas de instalação súbita que exigem intervenção médica imediata, distinguindo-se, nas situações de emergência, pelo compromisso estabelecido ou iminente de uma ou mais funções vitais. Em termos operacionais, o INEM refere ainda que, numa situação de urgência, a vítima pode necessitar de observação e tratamento hospitalares, mas não apresenta risco de vida imediato, ao contrário das situações emergentes, nas quais esse risco está presente (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2022; Instituto Nacional de Emergência Médica [INEM], 2020). O serviço de urgência deve ser reservado aos doentes que necessitem desse tipo de cuidados, devendo outras situações agudas ser orientadas para o nível de resposta mais adequado, incluindo os Cuidados de Saúde Primários e o SNS 24 (Portaria n.º 71/2024; Direção Executiva do SNS, 2023).

Apesar destas orientações, diversos estudos evidenciam que uma proporção relevante dos episódios de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) corresponde a situações não urgentes ou inadequadas. Entre os fatores associados destacam-se a perceção de

urgência por parte dos cuidadores, a ansiedade e insatisfação com alternativas assistenciais, bem como, no contexto português, dificuldades de acesso aos cuidados de saúde primários e níveis reduzidos de literacia em saúde (Carret et al., 2009; Martins et al., 2020; Rebelo & Sousa, 2020). Em crianças com menos de dois anos, esta problemática assume particular importância em virtude da maior vulnerabilidade clínica da faixa etária, da elevada dependência dos cuidadores para a tomada de decisão e da dificuldade frequente dos pais em distinguir sinais de gravidade de manifestações benignas. Neste contexto, a procura não urgente do SUP tende a refletir não apenas fatores clínicos, mas também dimensões emocionais, educativas, sociais e organizacionais.

Face ao exposto, e considerando a relevância desta problemática no contexto da utilização dos serviços de saúde, considerou-se pertinente definir a seguinte questão de investigação: Quais os principais fatores associados à utilização inadequada do Serviço de Urgência Pediátrica por crianças com idade inferior a dois anos? A identificação destes fatores poderá contribuir para fundamentar estratégias de capacitação parental, melhoria da articulação entre níveis de cuidados e promoção de uma utilização mais adequada dos recursos em saúde.

Parte I – Percurso Formativo em Estágio

1. Estágio de Neonatologia

O estágio em Neonatologia decorreu numa Unidade Local de Saúde da região Centro, integrada num contexto de prestação de cuidados diferenciados ao RN com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas, bem como aos RN admitidos no SUP, até ao primeiro mês de vida. A unidade organiza-se em *open space*, incluindo uma área com berços, outra com incubadoras e um quarto individual destinado a situações de isolamento ou a RN provenientes do domicílio.

As unidades encontram-se devidamente equipadas com os recursos necessários à monitorização e ao suporte clínico, nomeadamente rampas de gases medicinais, monitores cardiorrespiratórios, bombas e seringas infusoras, ventiladores e sistemas de CPAP. O serviço dispõe ainda de locais para a realização de registos, a passagem de turno, gabinetes médicos, o armazenamento de material e a preparação de leite. O estágio em Neonatologia constituiu uma oportunidade privilegiada para consolidar competências técnico-científicas e relacionais, num ambiente em que a vulnerabilidade do RN exige, simultaneamente, rigor clínico, sensibilidade terapêutica e articulação interdisciplinar. Neste serviço, são acolhidos RN provenientes de diferentes áreas do hospital, designadamente da obstetrícia, do bloco de partos, do bloco operatório e da urgência pediátrica, exigindo-se uma intervenção especializada, orientada para a adaptação ao meio extrauterino, para a recuperação da prematuridade ou da doença e para a promoção do bem-estar e do desenvolvimento do RN, em articulação com a família (OE, 2019).

Trata-se de um contexto assistencial particularmente exigente, no qual a vigilância contínua, a antecipação de complicações e a tomada de decisão clínica assumem especial relevância. Esta exigência encontra-se alinhada com o perfil de competências do enfermeiro especialista, que integra a capacidade de intervir em situações complexas, de fundamentar a prática na melhor evidência disponível e de promover a segurança e a qualidade dos cuidados, numa perspetiva reflexiva e eticamente sustentada (OE, 2019).

A equipa de enfermagem é constituída maioritariamente por enfermeiros especialistas, sobretudo na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, o que permite uma resposta diferenciada e ajustada às necessidades específicas do RN, particularmente em situações de prematuridade, baixo peso ao nascer ou patologia neonatal. Estes profissionais mobilizam competências especializadas na vigilância clínica, na monitorização e na deteção precoce de alterações do estado de saúde, bem como no acompanhamento e na capacitação dos pais para a continuidade dos cuidados após a alta. No turno da manhã, integra ainda a equipa uma enfermeira especialista em Enfermagem de Reabilitação, cuja intervenção assume particular

relevância na promoção e manutenção da função respiratória do RN, sobretudo em situações de prematuridade e de patologia respiratória. Em contexto neonatal, estas competências concretizam-se por meio de estratégias de vigilância respiratória, posicionamento terapêutico e intervenções promotoras de uma ventilação eficaz (OE, 2019).

A metodologia de trabalho predominante no serviço assenta no modelo do Enfermeiro de Referência, particularmente valorizado em contextos pediátricos e neonatais por favorecer a continuidade, a individualização e a coerência dos cuidados, bem como a maior proximidade com a criança e a família (Baird et al., 2016; Carvalho, 2022). Este modelo sustenta-se numa relação terapêutica de proximidade entre o enfermeiro, o RN e a família, promovendo a responsabilização do profissional no planeamento, na implementação e na avaliação dos cuidados ao longo do internamento. Paralelamente, observa-se uma clara valorização de uma abordagem centrada na família, na qual os pais são reconhecidos como parceiros ativos no processo de cuidado.

A evidência recente em neonatologia tem reforçado que os modelos de *family-centered care* se associam a maior participação parental, melhores experiências durante o internamento e ganhos relevantes no bem-estar dos pais e do RN (Lee, 2023; Hodgson et al., 2025). A participação progressiva dos pais é encorajada e incentivada em cuidados como a alimentação, a higiene, o conforto, o posicionamento e o contacto pele a pele, tendo sempre em conta o à-vontade e a capacidade dos pais para participarem nesses cuidados. Neste âmbito, destaca-se o método canguru, recomendado como cuidado de rotina para os RN e definido como uma intervenção centrada no contacto pele a pele precoce, contínuo e prolongado entre o bebé e a mãe, pai ou outro cuidador (OMS, 2022). Segundo a Organização Mundial da Saúde, este método pode ser iniciado em meio hospitalar ou no domicílio e deve ser mantido pelo maior número possível de horas por dia, idealmente entre 8 e 24 horas diárias, de acordo com a tolerância do RN e as condições clínicas existentes (OMS, 2022).

Do ponto de vista técnico, o método canguru consiste em posicionar o RN na vertical sobre o tórax despido do cuidador, em contacto direto pele a pele, geralmente entre as mamas no caso da mãe ou sobre o peito no caso do pai, mantendo a cabeça lateralizada, o pescoço ligeiramente estendido para assegurar a permeabilidade da via aérea, os membros fletidos e o corpo devidamente sustentado por uma faixa, pano ou vestuário apropriado, que permita manter o bebé estável e seguro junto ao corpo do cuidador (OMS, 2025). Esta posição deve ser confortável para ambos e exige vigilância adequada, nomeadamente da respiração, da cor, do tónus, da temperatura e da tolerância do RN ao procedimento. (OMS, 2022; OMS, 2025).

Os benefícios do método canguru estendem-se tanto ao RN como à família. Em relação ao RN, estudos recentes concluíram que esta intervenção reduz significativamente a

mortalidade até à alta ou aos 28 dias de vida, bem como a probabilidade de infeção grave, sendo os benefícios particularmente evidentes quando o método é iniciado precocemente e mantido por pelo menos 8 horas diárias (Sivanandan & Sankar, 2023). Para além dos efeitos fisiológicos, o contacto pele a pele favorece a regulação térmica, a estabilidade cardiorrespiratória, a organização comportamental do RN e o fortalecimento do vínculo afetivo precoce com os pais (OMS, 2022; OMS, 2025). No que respeita à família, esta prática promove maior participação nos cuidados, reforça a autonomia parental e aumenta a confiança dos pais no desempenho do seu papel. Acresce que a evidência também sugere benefícios emocionais para os cuidadores, incluindo a redução de sintomas depressivos maternos, de stress e de ansiedade, bem como a melhoria da ligação mãe-bebé (Pathak et al., 2023).

Importa, contudo, salientar que a implementação do método canguru deve obedecer sempre à avaliação clínica do RN e à decisão da equipa de saúde. Embora a OMS recomende o início do método o mais precocemente possível em RN pré-termo ou de baixo peso, essa recomendação não dispensa a verificação das condições de segurança para sua realização (OMS, 2022). Em meio hospitalar, o método pode ser iniciado antes da estabilização completa em alguns casos, desde que o RN respire espontaneamente, não esteja em choque e não necessite de ventilação mecânica, sendo indispensável a monitorização contínua por profissionais de saúde (OMS, 2022). Esta avaliação é essencial para adequar a intervenção à condição clínica do bebé, prevenir intercorrências e garantir que o benefício do contacto pele a pele não seja comprometido por situações de instabilidade clínica (OMS, 2022; OMS, 2025). Assim, o envolvimento da família constitui não apenas uma prática humanizadora, mas também um elemento fundamental da qualidade assistencial no contexto neonatal. O método canguru representa um exemplo particularmente relevante dessa abordagem, na medida em que alia benefícios clínicos mensuráveis para o RN a ganhos emocionais e funcionais para os pais, promovendo cuidados mais seguros, individualizados e centrados na família (OMS, 2022; Sivanandan & Sankar, 2023).

Ao longo do estágio, uma das experiências mais significativas do meu percurso de aprendizagem foi a prestação de cuidados a RN submetidos à ventilação não invasiva (VNI). Este contacto permitiu-me consolidar conhecimentos sobre fisiologia respiratória neonatal, parâmetros ventilatórios, vigilância contínua e monitorização da eficácia do suporte respiratório, dimensões particularmente relevantes num contexto em que a instabilidade clínica do RN pode evoluir rapidamente. As recomendações europeias mais recentes para a abordagem da dificuldade respiratória defendem que, sempre que possível, os RN devem ser geridos sem ventilação mecânica invasiva, privilegiando-se o suporte respiratório não invasivo desde o nascimento e reduzindo-se o tempo de ventilação mecânica, tendo em conta o seu

potencial efeito protetor na redução da lesão pulmonar associada à ventilação mecânica. O CPAP mantém-se, assim, como uma estratégia central de suporte respiratório inicial em muitos RN pré-termo, pela sua capacidade de otimizar a oxigenação e reduzir o trabalho respiratório (Sweet et al., 2023).

A experiência em VNI exigiu-me não apenas competências técnicas, mas também capacidade de observação, raciocínio clínico e tomada de decisão atempada, de modo a avaliar a eficácia do suporte instituído e a adaptação do RN à técnica, permitindo-me desenvolver competências relacionadas com a preparação e montagem do ventilador, a seleção da interface mais adequada, a vigilância da adaptação do RN à técnica, a monitorização dos parâmetros ventilatórios e a colaboração com o médico assistente na adequação do suporte instituído. Simultaneamente, fui adquirindo maior consciência da importância da prevenção de complicações associadas à VNI, nomeadamente no que respeita à vigilância da integridade cutânea, ao posicionamento adequado da interface e à observação de sinais de desconforto respiratório ou de fadiga. Em termos reflexivos, esta vivência permitiu-me compreender que a eficácia da VNI não depende apenas da aplicação do dispositivo, mas também de uma vigilância altamente diferenciada, centrada na resposta clínica do RN, na identificação precoce de sinais de agravamento respiratório e na capacidade de reajustar os cuidados de forma colaborativa e fundamentada (Sweet et al., 2023).

A possibilidade de acompanhar o mesmo RN ao longo de vários turnos revelou-se particularmente enriquecedora, pois permitiu-me observar a evolução do seu estado respiratório desde a colocação da VNI até à sua retirada e subsequente manutenção em respiração espontânea. Em contexto de prestação de cuidados a um RN submetido a VNI, tornou-se particularmente evidente para mim a importância da vigilância contínua da adaptação à interface e da monitorização respiratória, uma vez que pequenas alterações no conforto, no posicionamento ou no padrão respiratório exigiam reavaliação imediata e reajuste dos cuidados. Este acompanhamento longitudinal contribuiu significativamente para a minha aprendizagem, ao permitir-me compreender melhor a dinâmica da recuperação respiratória do RN e reconhecer a importância da vigilância sistemática, da reavaliação contínua e da adequação das intervenções à evolução clínica observada.

A prestação de cuidados ao RN submetido a VNI também constituiu uma das maiores dificuldades sentidas ao longo do estágio. Por se tratar de uma realidade clínica que não integrava a minha experiência prévia, senti, inicialmente, insegurança perante a complexidade técnica do procedimento e a vulnerabilidade do RN dependente deste suporte. Ainda assim, esta dificuldade transformou-se numa importante oportunidade de crescimento. A supervisão da equipa, a observação direta da prática, o estudo autónomo e a repetição progressiva das intervenções permitiram-me desenvolver maior segurança, autonomia e confiança. Esta

vivência permitiu-me reconhecer que a aquisição de competências em contextos de elevada diferenciação exige exposição contínua, supervisão clínica qualificada e capacidade de transformar a insegurança inicial em aprendizagem significativa, num processo de desenvolvimento profissional sustentado pela prática reflexiva (OE, 2019).

Outro eixo estruturante da minha aprendizagem neste estágio foi a implementação de cuidados neuroprotetores ao RN, cujo cérebro se encontra numa fase crítica de desenvolvimento e, por isso, é especialmente vulnerável aos estímulos do meio extrauterino e à exposição repetida a stress, dor e instabilidade fisiológica. Em Neonatologia, os cuidados neuroprotetores podem ser entendidos como um conjunto de intervenções destinadas a reduzir a sobrecarga sensorial e fisiológica, proteger o sono, promover a autorregulação, minimizar a dor e apoiar um desenvolvimento neurológico mais harmonioso durante o internamento (Altimier & Phillips, 2016). O seu fundamento assenta no reconhecimento de que o ambiente da unidade neonatal, embora essencial à sobrevivência do prematuro, também pode funcionar como fonte de estímulos nocivos, como o ruído, a luminosidade intensa, a manipulação frequente, os procedimentos dolorosos e a separação parental, todos com potencial de impacto na maturação cerebral e no neurodesenvolvimento (Mörelus et al., 2024). Assim, os cuidados neuroprotetores incluem medidas indispensáveis para a proteção do RN, como a modulação do ambiente, através da redução de ruído e luz excessivos; a organização e agrupamento dos cuidados, de forma a evitar manipulação repetida; a promoção e proteção do sono; o posicionamento terapêutico e contenção postural; a prevenção e controlo da dor e do stress; e o envolvimento ativo da família, incluindo o contacto pele a pele e a participação parental nos cuidados quotidianos (Altimier & Phillips, 2016). Esta abordagem integra os princípios do *developmental care*, defendendo que os cuidados devem ser ajustados ao estado comportamental, à tolerância e aos sinais de estabilidade ou desorganização demonstrados pelo RN, em vez de serem prestados de forma uniforme e indiferenciada (Altimier & Phillips, 2016; Als et al., 2011).

Neste enquadramento, o modelo Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP), desenvolvido por Heidelise Als, constitui uma referência importante. Este modelo baseia-se na observação sistemática do comportamento do RN e na interpretação dos seus sinais de estabilidade, aproximação, stress e autorregulação, com o objetivo de adaptar os cuidados ao limiar de tolerância individual de cada bebé. O NIDCAP defende uma abordagem individualizada, sensível aos sinais do RN e centrada na família, orientada para a redução do stress, a promoção da autorregulação e a diminuição dos potenciais efeitos iatrogénicos dos cuidados intensivos neonatais (Als et al., 2011).

Na prática clínica, o NIDCAP traduz-se na adaptação do momento e da forma dos cuidados ao estado comportamental do RN, na interrupção ou modificação de procedimentos

perante sinais de desorganização, na promoção de períodos de repouso, no controle dos estímulos sensoriais, no apoio ao posicionamento em flexão e no envolvimento continuado dos pais. Mais do que um conjunto fixo de técnicas, trata-se de um modelo observacional e relacional que exige formação específica dos profissionais e uma cultura assistencial orientada ao desenvolvimento (Als et al., 2011). No que respeita à evidência, revisões sistemáticas mostram resultados promissores, nomeadamente em parâmetros de desenvolvimento neurocomportamental precoce, embora a robustez da evidência ainda seja limitada pela heterogeneidade metodológica e pelo reduzido número de estudos de maior dimensão (Ohlsson & Jacobs, 2013).

Sendo o sono uma das dimensões mais importantes dos cuidados neuroprotetores, uma vez que este desempenha papel determinante na maturação cerebral, na organização sensorial e no desenvolvimento neurológico precoce. No RN prematuro, a fragmentação do sono associada à manipulação excessiva, ao ruído ambiental e à realização frequente de procedimentos pode comprometer processos essenciais de crescimento e de organização cerebral. Por esse motivo, recomenda-se a criação de períodos de repouso sem interrupções, o agrupamento de procedimentos, a observação do estado comportamental antes da prestação de cuidados e a redução de estímulos desnecessários durante os ciclos de sono (Johns Hopkins All Children's Hospital, 2023).

A gestão do ambiente sensorial constitui igualmente uma componente central. A exposição prolongada a níveis elevados de ruído na unidade neonatal tem sido associada a respostas de stress, alterações do sono e instabilidade fisiológica; embora a evidência sobre intervenções isoladas de redução do ruído ainda apresente limitações, mantém-se a recomendação de evitar alarmes prolongados, conversas altas e manuseamento ruidoso do equipamento, dado o risco de sobrecarga sensorial no prematuro (Mörelus et al., 2024). De forma semelhante, no que respeita à iluminação, a evidência mais recente sugere que a utilização de ciclos de luz/escuro pode favorecer a organização circadiana e o padrão sono-vigília, quando comparada à exposição contínua à luz intensa (Morag & Ohlsson, 2024).

Outra área relevante dos cuidados neuroprotetores é o posicionamento terapêutico e o manuseamento contido. O recurso ao nesting, às barreiras, à contenção postural e ao posicionamento em flexão visa promover alinhamento corporal, conforto, estabilidade fisiológica e organização motora, aproximando o suporte postural oferecido ao RN das condições de contenção do meio intrauterino (Altimier & Phillips, 2016). No prematuro, esta organização postural é particularmente importante, uma vez que a imaturidade neuromotora e a menor capacidade de autorregulação tornam o bebé mais vulnerável à desorganização perante manuseamentos frequentes ou inadequados. Assim, recomenda-se que o posicionamento seja individualizado, revisto regularmente e ajustado ao estado

comportamental e clínico do RN, favorecendo posturas de flexão, contenção e simetria, com redução do dispêndio energético e melhor tolerância aos cuidados (Altimier & Phillips, 2016; Zeiner et al., 2015).

O modelo NIDCAP também valoriza o uso de um toque calmo, previsível e terapêutico, ajustado à tolerância e aos sinais comportamentais do bebê. Em vez de um toque brusco, rápido ou excessivamente estimulante, privilegia-se um toque firme, contido e estável, frequentemente descrito como *gentle touch*, *still touch* ou *hand containment*, no qual as mãos do cuidador são colocadas de forma sustentada sobre a cabeça, o tronco ou os membros do RN, oferecendo limites corporais, contenção e segurança (Als et al., 2011; Zeiner et al., 2015). Este tipo de toque tem potencial regulador, pois ajuda a reduzir a sobrecarga sensorial, favorece a estabilidade neurocomportamental e apoia a autorregulação, sobretudo durante procedimentos, em momentos de transição entre estados de sono-vigília ou em situações de maior instabilidade (Zeiner et al., 2015). Em coerência com os princípios do NIDCAP, o toque terapêutico não deve ser aplicado de forma automática, mas deve ser antecedido pela observação atenta dos sinais do RN, respeitando o seu estado de alerta, a sua tolerância ao contacto e a necessidade de pausas ou de contenção adicional. Desta forma, o toque deixa de ser apenas um gesto técnico e passa a constituir uma intervenção relacional e neuroprotetora, orientada a reduzir o stress e promover conforto, organização e estabilidade (Als et al., 2011; Weber et al., 2018; La Rosa et al., 2024).

A prevenção da dor e do stress procedimental também desempenha um papel essencial na neuroproteção. Os RN prematuros internados em unidades neonatais são frequentemente submetidos a múltiplos procedimentos invasivos durante um período de grande plasticidade cerebral, e a exposição repetida à dor tem sido associada a alterações na conectividade cerebral e a desfechos de neurodesenvolvimento subsequentes. Neste sentido, a neuroproteção implica prevenir procedimentos desnecessários, agrupar intervenções, utilizar escalas validadas de avaliação da dor e recorrer a estratégias farmacológicas e não farmacológicas de alívio, como contenção, sucção não nutritiva, sacarose quando indicada e contacto pele a pele (Scheinost et al., 2024).

O envolvimento da família também deve ser entendido como uma medida neuroprotetora. A presença dos pais, o contacto pele a pele e a participação nos cuidados favorecem a autorregulação do RN, reduzem o impacto da separação e reforçam a leitura dos sinais comportamentais do bebê. Além disso, contribuem para tornar o ambiente hospitalar mais contingente, previsível e afetivamente regulador, o que é coerente com os princípios do cuidado centrado no desenvolvimento e na integração da família na prática neonatal (Mörelus et al., 2024).

Deste modo, os cuidados neuroprotetores em contexto neonatal não correspondem a intervenções isoladas, mas antes a uma forma integrada de organizar o cuidado em função da vulnerabilidade neurológica do prematuro, da sua estabilidade fisiológica e dos seus sinais comportamentais. A sua implementação em meio hospitalar implica atenção sistemática ao ambiente, ao sono, ao posicionamento, à dor, ao timing da manipulação e à presença da família, promovendo uma prática mais individualizada, menos iatrogénica e mais centrada no desenvolvimento (Altimier & Phillips, 2016; Mörelius et al., 2024).

No serviço, a preocupação com os cuidados neuroprotetores é transversal à equipa multidisciplinar, refletindo-se em intervenções concretas voltadas à redução do impacto ambiental e à promoção da estabilidade do recém-nascido. Embora alguns estímulos fossem inerentes ao funcionamento da unidade, como o som dos monitores e a dinâmica assistencial, observava-se uma preocupação consistente em minimizar a sobrecarga sensorial e em promover um ambiente terapêutico, em consonância com os princípios do cuidado desenvolvimental e neuroprotetor descritos anteriormente. Utilizando exemplos concretos, sempre que os monitores cardiorrespiratórios alarmavam, a equipa procurava dirigir-se prontamente ao recém-nascido para o observar e identificar a causa da alteração, evitando que o som se prolongasse desnecessariamente. Do mesmo modo, havia uma atenção clara aos primeiros sinais de desconforto e stress, procurando-se responder precocemente ao choro, de modo a não prolongar o estado de desorganização comportamental. Verificava-se também o uso de mantas ou coberturas sobre as incubadoras, com o objetivo de atenuar a incidência direta da luz e proporcionar um ambiente sensorial mais protegido, favorecendo o conforto e a proteção do sono. Paralelamente, durante a prestação de cuidados, procurava-se evitar manter a incubadora aberta por demasiado tempo, de forma a evitar perda de calor, desconforto térmico e maior instabilidade fisiológica, reconhecendo-se a importância de manter um ambiente térmico adequado para a estabilidade e a conservação de energia do RN. A observação destas práticas e a sua integração progressiva no meu desempenho reforçaram a minha compreensão de que cuidar em Neonatologia implica não apenas responder às necessidades clínicas imediatas do recém-nascido, mas também proteger ativamente o seu conforto, a sua autorregulação e o seu desenvolvimento neurológico, por meio de cuidados individualizados e sensíveis aos seus limites de tolerância (Als & McAnulty, 2011; Altimier & Phillips, 2016).

Outro aspeto essencial deste estágio foi a promoção da parceria de cuidados com os pais. Em Neonatologia, o internamento dos RN representa uma experiência de grande vulnerabilidade e sofrimento emocional para a família, marcada por medo, incerteza e dificuldade em assumir o papel parental. Neste cenário, o envolvimento dos pais nos cuidados assume um valor terapêutico e relacional particularmente significativo. A literatura recente

sobre *family-centered care* em neonatologia aponta para melhorias na participação parental, na experiência e satisfação dos pais e em indicadores de saúde mental/bem-estar, reforçando a necessidade de reconhecer a família como parceira integrante do processo assistencial (Lee, 2023; Hodgson et al., 2025; Togo et al., 2025).

Ao longo do estágio, procurei incentivar a participação dos pais em cuidados básicos, como o toque terapêutico, a alimentação, o posicionamento e a higiene, promovendo a sua autonomia e reforçando progressivamente a sua confiança. Tive ainda a oportunidade de incentivar e demonstrar a técnica do método canguru, reconhecendo seus benefícios no nível da estabilidade fisiológica, da termorregulação, da vinculação e do neurodesenvolvimento do RN. Para além disso, esta prática revelou-se particularmente importante como estratégia de aproximação e de fortalecimento do papel parental, contribuindo para que os pais se sentissem mais competentes, incluídos e seguros na relação com o filho. A observação da resposta dos pais quando eram envolvidos progressivamente nos cuidados, bem como a sua maior confiança após momentos de contacto pele a pele e a participação em cuidados básicos, permitiram-me compreender com maior clareza o impacto da parceria terapêutica na construção da parentalidade e na preparação para a continuidade dos cuidados após a alta.

Outra dificuldade relevante ao longo do estágio relacionou-se à comunicação e ao apoio emocional aos pais. Rapidamente, fui compreendendo que a qualidade dos cuidados em Neonatologia não se esgota na vigilância clínica e na execução técnica, exigindo também capacidade de escuta, empatia, contenção emocional e adequação da informação transmitida. A forma como o enfermeiro acolhe dúvidas, responde a medos e comunica sobre a condição clínica do RN influencia diretamente a perceção de segurança e confiança da família, bem como a sua disponibilidade para participar ativamente nos cuidados. A literatura sobre *family-centered care* em neonatologia reforça que a concretização desta abordagem depende não apenas de políticas institucionais, mas também das competências comunicacionais e relacionais dos profissionais para incluir os pais de forma consistente e segura (Lee, 2023; Togo et al., 2025). Em várias situações, sobretudo perante pais emocionalmente fragilizados pelo internamento inesperado do filho, compreendi que a forma de comunicar influenciava diretamente a sua tranquilidade e disponibilidade para participar nos cuidados, o que me levou a ajustar progressivamente a minha escuta, o ritmo da informação transmitida e a forma de acolher dúvidas e receios.

Esta dimensão do cuidar revelou-se desafiante, sobretudo em situações emocionalmente exigentes, como a adaptação a um internamento inesperado, a presença de dificuldades respiratórias ou alimentares e a frustração de expectativas parentais, nomeadamente no que respeita à amamentação. Nesses momentos, tornou-se evidente que a comunicação em contexto neonatal deve articular a transmissão de informações claras,

objetivas e seguras com uma postura relacional, empática e sensível às emoções dos pais, reconhecendo o impacto emocional da hospitalização, sem comprometer a compreensão da mensagem clínica (Wigert et al., 2014; Guttmann et al., 2024). Importa reconhecer que este acompanhamento emocional exige do enfermeiro maturidade, autoconsciência e capacidade de gestão emocional, uma vez que o contacto prolongado com o sofrimento parental mobiliza inevitavelmente a dimensão afetiva do próprio profissional. Em termos reflexivos, esta aprendizagem permitiu-me reconhecer que a competência relacional não é acessória à prática especializada; pelo contrário, constitui um elemento central da qualidade e da humanização dos cuidados em Neonatologia (OE, 2019).

Assim, este estágio constituiu um percurso de crescimento profundamente significativo, quer no nível técnico-científico, quer no nível ético e relacional. Permitiu-me consolidar conhecimentos sobre cuidados respiratórios, ventilação não invasiva, neuroproteção e cuidados centrados na família, bem como desenvolver competências de observação, vigilância, raciocínio clínico, comunicação terapêutica e reflexão sobre a prática. Simultaneamente, possibilitou-me aprofundar competências específicas do EEESIP, designadamente na deteção precoce de alterações do estado de saúde do RN, na prestação de cuidados especializados em situações de maior vulnerabilidade, na capacitação dos pais para a continuidade dos cuidados e na promoção de uma parceria terapêutica centrada na família. Para além disso, permitiu-me compreender com maior clareza a complexidade do cuidar em Neonatologia, um contexto em que tecnologia, ciência, sensibilidade clínica e humanização se articulam de forma permanente. Em síntese, esta experiência contribuiu de forma decisiva para o fortalecimento da minha identidade profissional, tornando-me uma enfermeira mais consciente, reflexiva e preparada para prestar cuidados de qualidade ao RN e à sua família, numa prática sustentada na evidência, na individualização dos cuidados e na construção de relações terapêuticas significativas.

2. Estágio de Pediatria

O estágio em internamento de Pediatria decorreu num serviço diferenciado de um hospital pertencente a uma Unidade Local de Saúde (ULS), orientado para a prestação de cuidados a crianças e jovens com patologia médica e cirúrgica, abrangendo a faixa etária dos 28 dias de vida aos 17 anos e 364 dias. Trata-se de um contexto assistencial particularmente heterogéneo, não apenas pela amplitude etária da população atendida, mas também pela diversidade de situações clínicas que integra, que abrange desde doenças agudas até doenças crónicas complexas, internamentos programados, cirurgia ambulatória e hospital de dia. A coexistência, no mesmo serviço, de internamentos médicos, cirúrgicos e de curta duração em hospital de dia tornou particularmente evidente a necessidade de uma prática flexível, centrada na criança e na família e, simultaneamente, rigorosa e baseada na evidência (OE, 2019; Shields et al., 2012). Esta diversidade exige da equipa de enfermagem elevada capacidade de adaptação, avaliação individualizada e adequação da comunicação e das intervenções ao estágio de desenvolvimento da criança ou do adolescente, bem como à especificidade de cada situação clínica. À semelhança do que se espera do enfermeiro especialista, este é um contexto em que a vigilância clínica, a promoção da segurança, a parceria com a família e a preparação para transições de cuidados assumem particular relevância (OE, 2019).

O serviço encontra-se organizado por setores etários, nomeadamente a primeira infância, o pré-escolar e a adolescência, o que favorece uma abordagem mais ajustada às necessidades desenvolvimentais de cada grupo. É um serviço que se distingue pela diversidade e complexidade das situações clínicas que acolhe, integrando tanto crianças e jovens com patologia crónica como com doença aguda. No âmbito da patologia crónica, são internadas crianças e jovens, muitos já acompanhados em consulta externa, cujo quadro clínico requer internamento para reajuste terapêutico, vigilância clínica mais diferenciada e reforço de ensinamentos. Entre estas situações, destaca-se a diabetes mellitus tipo 1, que não se limita à monitorização e à otimização terapêutica, mas também à capacitação da criança/jovem e dos seus cuidadores para a autogestão e adaptação ao regime terapêutico.

No que respeita à patologia aguda, o serviço responde igualmente a um conjunto alargado de situações clínicas frequentes em idade pediátrica, designadamente gastroenterites, bronquiolites e infeções do trato urinário.

Acresce, ainda, a componente de cirurgia de ambulatório, que constitui uma área relevante da atividade do serviço, sobretudo no âmbito da otorrinolaringologia e da cirurgia geral. No foro da otorrinolaringologia, o mais comum são amigdalectomias, adenoidectomias

e cirurgias do ouvido, aos quais se somam intervenções de cirurgia geral, contribuindo para a abrangência da resposta assistencial prestada. Esta multiplicidade de valências confere ao serviço um caráter particularmente dinâmico e exigente, requerendo da equipa de saúde capacidade de adaptação, articulação interdisciplinar e uma abordagem terapêutica e educativa orientada para a segurança, a qualidade e a humanização dos cuidados.

Durante o estágio, identifiquei como principal área de desafio a interação com adolescentes, uma vez que a minha experiência prévia se centrava sobretudo em crianças em idade pré-escolar. Esta constatação orientou os meus objetivos de aprendizagem em patologias prevalentes nesta faixa etária, com particular enfoque na diabetes mellitus tipo 1 (DM1) e nas perturbações do comportamento alimentar (PCA), visando desenvolver competências clínicas, comunicacionais e relacionais adequadas às especificidades da adolescência. Progressivamente, fui compreendendo que cuidar do adolescente implica reconhecer esta etapa como um período de transição, marcado por importantes mudanças no desenvolvimento psicossocial, por uma crescente autonomia face à família e por maior relevância das relações com os pares. Neste sentido, a prestação de cuidados ao adolescente exige uma abordagem que articule vigilância clínica, respeito à individualidade, comunicação adequada ao estágio de desenvolvimento e promoção da participação no processo terapêutico (OMS, 2012, 2019). Um dos aspetos que mais marcaram este estágio foi a perceção de que a comunicação com o adolescente difere substancialmente da comunicação com a criança mais nova. Enquanto, com a criança pequena, o cuidado é frequentemente mediado pelo brincar, pela expressão emocional mais imediata e pela presença mais direcionada dos cuidadores, com o adolescente torna-se necessário construir uma relação terapêutica que reconheça o jovem como sujeito ativo do cuidado. A OMS refere que os adolescentes enfrentam barreiras específicas no acesso e na relação com os serviços de saúde, incluindo medo de estigma ou julgamento, preocupações com a privacidade e a confidencialidade, informações insuficientes sobre os serviços disponíveis e respostas profissionais nem sempre ajustadas às suas necessidades específicas (OMS, 2015, 2019). De forma concordante, a American Academy of Pediatrics (AAP) reforça que a confidencialidade constitui um elemento estruturante dos cuidados de qualidade ao adolescente, por favorecer a confiança, facilitar a partilha de informações sensíveis e melhorar a relação terapêutica (Chung et al., 2024).

Esta dimensão revelou-se importante para a minha aprendizagem, obrigando-me a repensar a forma como iniciava a interação, formulava as questões, explicava as intervenções e geria a presença dos pais durante os cuidados. Progressivamente, fui compreendendo que comunicar com o adolescente não significa apenas adequar a linguagem a uma faixa etária, mas também reconhecer a sua necessidade de privacidade, a importância do respeito, a

valorização da sua opinião e a necessidade de negociar, em vez de apenas instruir. Percebi igualmente que a escuta ativa, a ausência de julgamento e a validação das emoções assumem particular relevância nesta fase, sobretudo quando o jovem apresenta doença crónica, sofrimento psíquico ou resistência ao tratamento (Chung et al., 2024). Em vários momentos de interação com adolescentes, tornou-se claro para mim que a forma como o profissional se apresenta, escuta e responde, condiciona diretamente o grau de abertura do jovem, exigindo uma abordagem mais dialogante, respeitosa e centrada na construção de confiança.

Focando a atenção na diabetes mellitus tipo 1 (DM1), a sua relevância no contexto pediátrico permanece inequívoca. A DM1 é uma doença crónica autoimune caracterizada pela destruição das células beta pancreáticas, conduzindo a um défice absoluto ou quase absoluto de insulina e implicando a necessidade de insulinoaterapia permanente (Libman et al., 2022). Em idade pediátrica, continua sendo a forma de diabetes mais frequente, assumindo particular importância clínica, educativa e psicossocial. Estimativas globais recentes indicam que, em 2025, cerca de 1,85 milhões de crianças e jovens com menos de 20 anos viviam com DM1, o que confirma o peso expressivo desta doença na saúde infantil e juvenil a nível internacional (Ogle et al., 2025). No contexto europeu, esta realidade é igualmente significativa, sendo a Europa a região com um dos maiores números de crianças e adolescentes com diabetes tipo 1 (DGS, 2025). Em Portugal, os dados mais recentes do Programa Nacional para a Diabetes mostram que, em 2024, se encontravam registadas 3.610 crianças e jovens até aos 19 anos portadores de DM1, tendo sido ainda identificados 265 novos casos em menores de 14 anos, correspondentes a uma taxa de incidência de 20,44 por 100.000 habitantes nesta faixa etária (DGS, 2025).

O contacto com adolescentes com DM1 permitiu-me compreender que a gestão da doença ultrapassa largamente a dimensão biomédica. Embora em muitos casos os cuidadores demonstrem conhecimentos adequados sobre terapêutica, alimentação e vigilância, persistem dificuldades de adesão ao regime terapêutico que nem sempre decorrem de défice informativo. Frequentemente, essas dificuldades parecem relacionar-se com fatores emocionais, familiares, culturais e desenvolvimentais, incluindo resistência à doença, sobrecarga parental, conflitos em torno da autonomia e desgaste associado à gestão diária de uma condição crónica. Esta experiência permitiu-me reconhecer que a educação terapêutica não deve ser entendida como mera transmissão de informação, mas como um processo relacional e progressivo, que exige adaptação à idade, ao contexto familiar, à maturidade do jovem e ao momento de aceitação da doença. Paralelamente, as recomendações da American Diabetes Association (ADA) sublinham que a insulinoaterapia, a monitorização frequente da glicose e a educação terapêutica estruturada constituem pilares

fundamentais da abordagem clínica em crianças e adolescentes, numa lógica de promoção da autonomia progressiva e de prevenção de complicações agudas e crônicas, reforçando, precisamente, a importância de uma educação contínua e centrada na família, ajustada ao desenvolvimento da criança e do adolescente (ADA, 2025).

Para além da educação terapêutica dirigida à criança/jovem e à família, importa reconhecer que a gestão da DM1 em idade pediátrica exige também a capacitação dos contextos em que a criança/jovem se insere, nomeadamente da escola. Em meio escolar, a segurança e a inclusão da criança/jovem com DM1 dependem não apenas do seu nível de autonomia, mas também da preparação dos adultos de referência para reconhecer sinais de hipoglicemia e hiperglicemia, apoiar a monitorização glicémica, responder a situações de emergência e assegurar condições adequadas para a realização de autocuidados. Neste sentido, a orientação conjunta da Direção-Geral da Saúde e da Direção-Geral da Educação estabelece a necessidade de articulação entre os serviços de saúde, a família e a escola, prevendo a elaboração de um Plano de Saúde Individual e a implementação de um Plano de Formação em contexto escolar (DGS & DGE, 2016). Esta orientação explicita ainda que o agrupamento de escolas deve identificar os profissionais a capacitar para o acompanhamento da criança/jovem com DM1 e facilitar formação básica à comunidade educativa, reforçando que o apoio em contexto escolar é uma responsabilidade partilhada e estruturada (DGS & DGE, 2016). De forma complementar, o Manual de Formação para apoio aos profissionais de saúde e de educação refere que o Plano de Formação deve abranger educadores, docentes e não docentes, alunos e encarregados de educação, com o objetivo de capacitar a comunidade educativa para o apoio à criança/jovem com DM1 e para o controlo da doença em meio escolar (Direção-Geral da Saúde, 2019). O mesmo documento sublinha a necessidade de treino específico dos adultos designados pela escola para apoiar os alunos com diabetes nos cuidados de rotina e em situações de emergência, salientando que a falta de conhecimentos por parte de docentes e não docentes pode comprometer a segurança, o bem-estar e a inclusão escolar destes alunos (Direção-Geral da Saúde, 2019). Assim, a educação terapêutica na DM1 pediátrica deve ser entendida numa perspetiva alargada, que ultrapasse a díade criança-família e integre, necessariamente, a escola como contexto privilegiado de vigilância, apoio, inclusão e promoção da autonomia.

Apesar da existência de orientações nacionais claras para a articulação entre os serviços de saúde, a família e os estabelecimentos de ensino, a sua concretização no quotidiano permanece, muitas vezes, complexa e desigual. Na prática, persistem barreiras relevantes em contexto escolar, traduzidas, por exemplo, na ausência de representantes da escola em reuniões de articulação previamente solicitadas, na insuficiente colaboração das cantinas na disponibilização de informações que facilitem a contagem de hidratos de carbono,

ou ainda na existência de apenas um profissional capacitado para prestar apoio à criança/jovem com DM1, o que se revela particularmente problemático quando esse elemento se encontra ausente. Estudos realizados em contexto escolar têm mostrado que a insuficiência de recursos humanos e materiais, bem como a necessidade de maior formação específica dos profissionais, continuam a comprometer a resposta às necessidades dos alunos com DM1 (Armas Junco et al., 2022), enquanto outros autores sublinham que a formação dos profissionais escolares aumenta o conhecimento, a autoconfiança e a segurança na gestão das necessidades diárias e das situações de emergência relacionadas com a diabetes (Bassi et al., 2024). Neste sentido, tais constrangimentos podem constituir fatores dificultadores da adesão terapêutica, da segurança clínica e da vivência escolar da criança/adolescente com DM1, limitando o desenvolvimento progressivo da sua autonomia e a efetiva inclusão em contexto educativo.

Em termos reflexivos, esta aprendizagem foi particularmente importante, pois ajudou-me a perceber que a promoção da autonomia no adolescente com doença crónica deve ser cuidadosamente equilibrada com o suporte familiar e profissional. A literatura atual aponta que crianças mais velhas e adolescentes podem participar progressivamente de tarefas de autocuidado, mas essa participação deve ocorrer de forma supervisionada, individualizada e segura, evitando tanto a sobreproteção quanto a responsabilização excessiva e precoce (ADA, 2025). Assim, ao longo do estágio, fui consolidando a ideia de que o papel do enfermeiro passa por facilitar esta transição para uma maior autonomia, sem perder de vista a vulnerabilidade clínica e emocional que, muitas vezes, permanece subjacente. Também aqui, a comunicação se revelou central: não bastava ensinar técnicas ou rotinas; era necessário negociar objetivos, compreender barreiras, reforçar os progressos e adaptar a intervenção ao modo como o adolescente percecionava a doença e o seu lugar no processo terapêutico (American Diabetes Association, 2025). Em contacto com adolescentes com DM1, percebi, de forma particularmente clara, que a adesão ao tratamento dependia não apenas do conhecimento transmitido, mas também do modo como o jovem se sentia envolvido, compreendido e progressivamente responsabilizado no seu plano terapêutico.

Passando agora a outra realidade clínica importante no serviço, importa abordar as perturbações do comportamento alimentar (PCA). Atualmente, estas perturbações são entendidas como um grupo de doenças psiquiátricas caracterizadas por alterações persistentes do comportamento alimentar e por pensamentos e emoções associadas à comida, ao peso e à imagem corporal, com impacto significativo no funcionamento físico, psicológico e social (American Psychiatric Association, 2023; Schmidt et al., 2025). Na classificação atual, este grupo inclui, entre outras, a anorexia nervosa, a bulimia nervosa, a perturbação de ingestão alimentar compulsiva, entre outras, refletindo a heterogeneidade

clínica destas situações (Schmidt et al., 2025). Trata-se de patologias com início frequente em idades precoces: um estudo recente refere que cerca de 15% dos casos surgem até aos 14 anos, cerca de 50% até aos 18 anos e mais de 80% até aos 25 anos, o que sublinha a particular relevância da sua abordagem em idade pediátrica e na adolescência (Schmidt et al., 2025). Em termos epidemiológicos, a literatura internacional tem documentado um aumento importante destas perturbações. A prevalência pontual global das perturbações alimentares aumentou de 3,5% no período 2000–2006 para 7,8% em 2013–2018 (Galmiche et al., 2019). Para além disso, durante a pandemia de COVID-19, verificou-se um aumento substancial da utilização de cuidados de saúde por PCA em crianças e adolescentes, sendo esse aumento mais marcado nos adolescentes e nas raparigas, sendo particularmente evidente o aumento da anorexia nervosa (Madigan et al., 2025).

Em Portugal, um estudo português com 2398 raparigas dos distritos de Lisboa e Setúbal, mostrou que a prevalência de anorexia nervosa foi de 0,37% (do Carmo et al., 2001). Mais tarde, Machado et al. (2007), num estudo em jovens do sexo feminino, encontraram uma prevalência global de 3,06% de perturbações do comportamento alimentar, distribuída por 0,39% de anorexia nervosa, 0,30% de bulimia nervosa. Embora não se trate de um estudo exclusivamente pediátrico, uma análise nacional de internamentos em hospitais públicos de Portugal continental identificou 4485 hospitalizações associadas a PCA entre 2000 e 2014, sendo a anorexia nervosa o diagnóstico mais frequente ($n = 2806$); os internamentos relacionados com tentativa de suicídio foram particularmente frequentes na bulimia nervosa (10,1%) e também relevantes na anorexia nervosa (5,2%) (Cruz et al., 2018). Num plano mais recente e já em contexto pediátrico especializado, a Unidade de Internamento de Pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia descreve, em 2022, 48 doentes com média de idade de 14 anos e 4 meses, 95,8% do sexo feminino; 77,1% apresentavam anorexia nervosa restritiva, 20,8% anorexia nervosa do subtipo compulsão alimentar/purgativo, e 25% tinham comorbilidade depressiva (Martins et al., 2024). Estes dados sugerem, no contexto nacional, uma expressão clínica relevante das PCA, com predomínio feminino, elevada carga psicopatológica e impacto assistencial significativo.

Do ponto de vista dos cuidados, as recomendações atuais convergem na necessidade de reconhecimento precoce, avaliação abrangente e intervenção multidisciplinar. As orientações defendem que as pessoas com suspeita de PCA devem ser avaliadas e tratadas o mais precocemente possível, incluindo uma apreciação simultânea do estado físico e mental, nomeadamente sinais de malnutrição, comportamentos compensatórios, depressão, ansiedade, autoagressão e perturbação obsessivo-compulsiva (NICE, 2024). Estas recomendações sublinham ainda a importância do envolvimento da família e da rede de apoio, sobretudo em crianças e adolescentes, bem como do trabalho articulado entre profissionais

de saúde, educação e saúde mental (NICE, 2024). As recomendações britânicas especificam, inclusivamente, a terapia familiar focada na anorexia nervosa e na bulimia nervosa como modalidades de primeira linha em idade pediátrica, com ênfase no papel da família na recuperação, sem culpabilização do jovem ou dos cuidadores (NICE, 2024).

A vigilância física é igualmente central, uma vez que as PCA podem associar-se a complicações cardiovasculares, gastrointestinais, renais, endócrinas, hematológicas, osteometabólicas e neuropsiquiátricas, incluindo bradicardia, hipotensão, síncope, alterações eletrolíticas, atraso pubertário, diminuição da densidade mineral óssea, depressão, ansiedade e risco suicidário (Canadian Paediatric Society, 2023). Por isso, a monitorização deve incluir peso, sinais vitais, evolução do crescimento e do desenvolvimento, avaliação laboratorial e, quando indicado, eletrocardiograma, sobretudo perante perda ponderal rápida, exercício excessivo, vômitos, uso de laxantes ou suspeita de desequilíbrio eletrolítico (NICE, 2024). Em situações de maior gravidade, como desnutrição severa, desidratação, alterações eletrolíticas relevantes, instabilidade hemodinâmica, recusa alimentar aguda, purgação incontrolável ou risco psiquiátrico agudo, pode ser necessário internamento para estabilização médica, reabilitação nutricional e início do tratamento especializado (NICE, 2024; Canadian Paediatric Society, 2023). Também o risco de síndrome de realimentação deve ser reconhecido e monitorizado por equipas com formação específica (NICE, 2024). No ambulatório, os cuidados devem privilegiar rotinas alimentares regulares, supervisão parental adaptada, reabilitação nutricional progressiva e intervenção psicoterapêutica estruturada, idealmente por equipas multidisciplinares que integrem pediatria, pedopsiquiatria/psiquiatria, psicologia, nutrição e enfermagem (Canadian Paediatric Society, 2023; Bohon et al., 2025).

Neste serviço em concreto, as crianças e adolescentes com perturbações do comportamento alimentar que apresentam critérios de gravidade clínica ou necessidade de vigilância podem necessitar de internamento, sendo frequentemente integrados em quarto com videovigilância. Esta medida tem como finalidade permitir a observação contínua do comportamento, prevenir condutas compensatórias ou de evitamento alimentar e assegurar maior segurança e controlo clínico durante uma fase particularmente sensível do tratamento, sempre com conhecimento e autorização prévia dos pais ou cuidadores. O acompanhamento destes jovens é realizado por uma equipa multidisciplinar, constituída por pediatras, pedopsiquiatras, psicólogas e nutricionista, enfermeiros, o que permite uma abordagem integrada das diferentes dimensões da doença: médica, nutricional, psicológica e comportamental. Esta articulação entre profissionais revela-se essencial, dada a complexidade destas situações e a necessidade de definir objetivos terapêuticos comuns, coerentes e ajustados à evolução clínica de cada adolescente. Nos casos de maior gravidade, instabilidade ou resistência ao tratamento, podem ser implementadas medidas mais restritivas

e estruturadas, no sentido de favorecer a contenção ambiental e a organização do processo terapêutico. Entre estas medidas incluem-se, por exemplo, a limitação das visitas parentais, a restrição do acesso ao telemóvel e a permanência no quarto, reduzindo-se, assim, fatores externos que possam interferir com a adesão ao plano definido. As refeições decorrem sob supervisão direta, com o objetivo de monitorizar a ingestão alimentar, prevenir estratégias de recusa, ocultação ou eliminação dos alimentos e promover, de forma progressiva, uma relação mais organizada com o momento alimentar. Após as refeições, é frequentemente instituído um período de repouso absoluto, procurando minimizar comportamentos compensatórios, como atividade física excessiva ou outras formas de gasto energético intencional. Este tipo de intervenção exige, por isso, uma abordagem simultaneamente firme e sensível, na medida em que implica a definição de regras claras, consistentes e por vezes muito exigentes, mas sempre enquadradas por uma lógica terapêutica de proteção, estabilização clínica e promoção da recuperação. Mais do que um conjunto de restrições, estas medidas procuram criar um ambiente estruturado e seguro, capaz de reduzir a ambivalência, conter comportamentos desorganizadores e favorecer a adesão progressiva ao tratamento. Neste contexto, torna-se particularmente importante que toda a equipa mantenha uma postura coerente e não confrontativa, garantindo que os limites instituídos são compreendidos como parte integrante do cuidado e não apenas como medidas de controlo.

Neste contexto, a interação com estes adolescentes permitiu-me observar de forma particularmente clara a complexidade da relação terapêutica em cenários de maior resistência, ambivalência e fragilidade emocional. Ao contrário de outras situações clínicas em que a cooperação é mais imediata, nas PCA a adesão aos cuidados pode estar fortemente condicionada pela relação do jovem com o corpo, a alimentação, o controlo e a própria perceção de doença. Tornou-se, assim, especialmente evidente a importância de uma comunicação terapêutica consistente, empática e não confrontativa, da definição de limites claros, da coerência da equipa e da articulação estreita com os profissionais de saúde mental, num modelo de intervenção integrado e centrado não apenas na recuperação ponderal ou na redução sintomática, mas também na reconstrução progressiva da aliança terapêutica e do sentido de participação do adolescente no processo de cuidados.

Foi sobretudo neste grupo que mais claramente percebi como a comunicação pode constituir, em simultâneo, um instrumento terapêutico e um desafio clínico. Em várias situações, tornou-se evidente que o adolescente não rejeitava apenas a intervenção proposta, mas também a forma como se sentia interpretado, confrontado ou exposto no contexto do internamento. Esta perceção levou-me a refletir sobre a importância de preservar a dignidade do jovem, evitar discursos moralizantes, não reduzir a pessoa à doença e manter uma atitude firme, mas respeitosa.

Durante o estágio, evoluí progressivamente de uma postura mais observadora para uma participação mais ativa e fundamentada, beneficiando da orientação das enfermeiras tutoras, da observação da prática e da pesquisa científica contínua. Essa evolução foi particularmente visível na minha capacidade de adequar a comunicação ao adolescente, de interpretar melhor os comportamentos no contexto da doença crónica e de intervir com maior intencionalidade nos momentos de ensino, apoio e vigilância clínica. Mais do que adquirir conhecimentos sobre patologias específicas, este estágio permitiu-me desenvolver uma compreensão mais amadurecida sobre a necessidade de adaptar os cuidados à fase de desenvolvimento, ao contexto emocional e ao grau de autonomia de cada jovem (OE, 2019).

Como já referido anteriormente, a cirurgia ambulatória e o hospital de dia constituem igualmente componentes muito significativas do serviço, e o contacto com estas áreas permitiu-me compreender melhor o impacto emocional que o internamento e os procedimentos têm na criança e na estrutura familiar, mesmo em episódios de curta duração. Nestes contextos, estratégias como a presença contínua de um cuidador, o brincar terapêutico, a preparação para procedimentos e a comunicação ajustada à idade revelam-se particularmente relevantes para reduzir ansiedade, medo e sofrimento. A evidência disponível indica que intervenções baseadas em brincadeira terapêutica podem reduzir a ansiedade, melhorar o comportamento e favorecer uma vivência menos traumática da hospitalização e dos procedimentos (Godino-láñez et al., 2020). Da mesma forma, as revisões sobre cuidados centrados na família continuam a sublinhar a importância do envolvimento dos cuidadores na hospitalização pediátrica, ainda que reconheçam a necessidade de mais investigação sobre modelos e desfechos específicos (Shields et al., 2012).

A observação destas práticas permitiu-me consolidar a ideia de que o cuidado pediátrico de qualidade não depende exclusivamente da correta execução técnica, mas também da capacidade de preparar emocionalmente a criança e a família para o que vai acontecer. Esta preparação, quando bem conduzida, pode reduzir a imprevisibilidade da experiência hospitalar e aumentar a sensação de controlo, contribuindo para uma vivência mais segura e menos ansiogénica (Godino-láñez et al., 2020). Em termos reflexivos, este foi um aspeto particularmente relevante do estágio, pois reforçou em mim a importância de integrar sistematicamente estratégias não farmacológicas e de comunicação terapêutica nos cuidados quotidianos.

A gestão da dor e o planeamento da alta constituíram igualmente áreas importantes de consolidação de competências. O contacto com crianças em contexto perioperatório e com internamentos de curta duração permitiu-me aprofundar a importância da avaliação contínua da dor, da adequação das intervenções não farmacológicas e da articulação entre a

informação clínica, o ensino à família e a continuidade assistencial após a saída do hospital. Neste âmbito, revelou-se particularmente interessante o protocolo de contacto telefónico pós-alta instituído pelo serviço, no contexto do pós-operatório, como prática promotora da continuidade de cuidados. Este contacto, realizado após a alta, procura avaliar de forma estruturada a evolução da criança ou do adolescente no domicílio, por meio de questões simples, mas clinicamente relevantes, como: *está tudo a correr bem?*, *tem dor?*, *teve vômitos?*, *teve algum sangramento?* e *tem alguma dúvida?* Para além de permitir a monitorização precoce de sinais ou sintomas que possam justificar reavaliação, este momento constitui também uma oportunidade para esclarecer dúvidas, reforçar ensinamentos previamente realizados e apoiar os pais ou cuidadores na gestão do período pós-alta. A evidência disponível sugere que chamadas telefónicas estruturadas após a alta podem melhorar a transição do internamento para o domicílio, facilitar a identificação precoce de dificuldades no plano terapêutico e aumentar a satisfação das famílias; num estudo pediátrico hospitalar, este tipo de intervenção foi implementado precisamente com o objetivo de melhorar a transição de cuidados e a satisfação parental (Heath et al., 2015). Ainda que o seu impacto em readmissões hospitalares ou no recurso ao serviço de urgência nem sempre seja conclusivo, trata-se de uma estratégia particularmente valorizada por favorecer a continuidade relacional, reforçar a segurança percebida pelos cuidadores e transmitir a ideia de que a alta não representa uma rutura no acompanhamento, mas antes uma transição sustentada e acompanhada pela equipa (Heath et al., 2015).

Em síntese, este estágio de internamento em Pediatria constituiu uma experiência formativa relevante para o meu desenvolvimento enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Permitiu-me aprofundar competências clínicas, educativas e relacionais em contextos muito diversos, mas foi sobretudo no contacto com adolescentes com doença crónica e vulnerabilidade emocional que senti um crescimento mais significativo. As dificuldades inicialmente identificadas, em vez de constituírem um obstáculo, transformaram-se em oportunidades concretas de aprendizagem, obrigando-me a estudar, observar, refletir e reajustar a minha prática. Este percurso permitiu-me reconhecer com maior clareza que a excelência em enfermagem pediátrica exige não apenas conhecimento técnico-científico, mas também flexibilidade, maturidade relacional, pensamento crítico e capacidade de construir cuidados verdadeiramente centrados na criança, no adolescente e na família (OE, 2019; Shields et al., 2012). Simultaneamente, possibilitou-me consolidar competências específicas do EEESIP, designadamente na avaliação especializada da criança e do adolescente em diferentes fases do desenvolvimento, na adequação da comunicação e da intervenção educativa, na promoção da autonomia progressiva em contexto de doença crónica e na preparação da criança, do jovem e da família para transições seguras entre

cuidados. A experiência com adolescentes mostrou-me, de forma particularmente evidente, que comunicar é também cuidar: escutar, respeitar, negociar, proteger a privacidade, reconhecer a autonomia possível e manter a presença terapêutica são dimensões tão relevantes quanto qualquer intervenção técnica, sobretudo quando se pretende promover a adesão, a confiança e a continuidade dos cuidados (Chung et al., 2024).

3. Estágio de Urgência Pediátrica

O estágio em Urgência Pediátrica decorreu num Hospital Pediátrico integrado numa ULS da região centro, uma das maiores ULS do país, cuja área de influência engloba 21 concelhos. A instituição garante assistência por meio de uma rede composta por 8 unidades hospitalares e 26 centros de saúde e, enquanto unidade de referência nacional e internacional, presta cuidados especializados a cerca de 2 milhões de habitantes da região Centro (ULS Coimbra, 2026). Embora não se encontrem publicados, de forma explícita, dados oficiais relativos à população pediátrica da área de referência da ULS Coimbra, é possível realizar uma estimativa indireta com base na estrutura etária nacional. Segundo o Instituto Nacional de Estatística, em 2023 residiam em Portugal 1.675.610 crianças e jovens até aos 17 anos, o que corresponde a 15,7% da população residente (INE, 2025). Assim, tomando como referência os cerca de 2 milhões de habitantes abrangidos pela ULS Coimbra, pode estimar-se que o universo potencial de utentes pediátricos ronde 314.000 crianças e adolescentes. Trata-se, contudo, de uma aproximação estatística e não de um valor oficial publicado especificamente para a população pediátrica da área de influência desta ULS (INE, 2025; ULS Coimbra, 2026). No que respeita à atividade assistencial, a Urgência Pediátrica registou 67.895 atendimentos em 2024, o que corresponde a uma média de 186 episódios por dia e 5.658 por mês. Este volume assistencial evidencia a elevada pressão sobre o serviço e a sua centralidade na resposta à doença aguda, ao trauma e a situações críticas em idade pediátrica. O relatório institucional mostra ainda que, após 66.076 episódios em 2023, em 2024 verificou-se um aumento de 2,8% no número de atendimentos na Urgência Pediátrica (ULS Coimbra, 2026).

O SUP constitui um Serviço de Urgência Polivalente destinado à prestação de cuidados a crianças e adolescentes em situação de doença aguda, trauma ou condição crítica, quer em atendimento primário, quer por referência. Dispõe de recursos técnicos e humanos compatíveis com este nível de diferenciação, incluindo apoio da Cirurgia Pediátrica, da Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e de diversas especialidades médicas e cirúrgicas, entre as quais a Neurocirurgia (ULS Coimbra, 2023). O serviço organiza-se em três áreas funcionais principais: ambulatório de Urgência e Emergência, consulta de agudos e Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). O ambulatório integra uma sala de triagem, uma sala de reanimação, uma sala de tratamentos, uma sala de pequena cirurgia, uma sala de ortopedia, uma sala de terapêutica inalatória, uma sala de procedimentos e 8 gabinetes médicos. A UICD é constituída por quatro salas de observação, num total de 13 camas, incluindo um quarto de isolamento com pressão negativa ou positiva. A equipa de

enfermagem é composta maioritariamente por enfermeiros especialistas, o que favorece uma prestação de cuidados diferenciada, segura e ajustada à complexidade clínica do contexto.

Um dos principais objetivos definidos para este estágio consistiu em participar ativamente no posto de triagem, identificando sinais de alerta e atribuindo prioridades adequadas. A triagem representa um momento crítico no contexto da Urgência Pediátrica, desempenhando papel central na priorização dos cuidados, na segurança clínica e na gestão eficiente do fluxo de doentes, ao permitir a identificação precoce de situações de maior gravidade e a definição de tempos de espera clinicamente seguros (Roukema et al., 2006; Alzamel et al., 2025). O método utilizado no serviço é o Método de Triagem de Manchester (MTS), amplamente adotado em nível nacional e internacional. Este sistema foi desenvolvido pelo *Manchester Triage Group* com o objetivo de uniformizar a avaliação inicial, reduzir a variabilidade clínica e promover maior coerência na identificação dos doentes mais graves. O MTS organiza-se em fluxogramas correspondentes à queixa principal apresentada e em discriminadores clínicos que orientam o enfermeiro na atribuição de um dos cinco níveis de prioridade: vermelho, laranja, amarelo, verde e azul, e cada cor está associada a um tempo máximo de espera (Manchester Triage Group, 2014).

Em pediatria, a aplicação do MTS exige um conhecimento particularmente sólido das especificidades fisiológicas e comportamentais da criança e do adolescente. A literatura sobre reanimação e emergência pediátrica sublinha que a criança criticamente doente pode deteriorar-se de forma abrupta, pelo que o reconhecimento precoce da gravidade e a reavaliação sistemática são determinantes para a prevenção de eventos adversos e a melhoria dos desfechos clínicos (Van de Voorde et al., 2021). A interpretação dos sinais vitais deve ser sempre ajustada à faixa etária, dada a grande variabilidade entre lactentes, pré-escolares, escolares e adolescentes. Para além disso, sinais como tiragem, gemido, cianose, recusa alimentar, prostração, irritabilidade inconsolável ou sinais de desidratação podem evoluir rapidamente para um quadro de doença mais grave.

Outro aspeto essencial da triagem pediátrica consiste na comunicação com os pais ou acompanhantes. Frequentemente, os pais chegam ao serviço em estado de ansiedade, fornecendo muitas informações, por vezes de forma fragmentada e sem sequência temporal clara, misturando dados clinicamente relevantes a preocupações emocionais compreensíveis. Neste contexto, é claro que cabe ao enfermeiro conduzir a comunicação de forma simultaneamente empática, objetiva e estruturada, filtrando a informação mais relevante, recentrando a entrevista e mantendo o foco no episódio atual. Ao longo do estágio, fui compreendendo que a comunicação em triagem não se limita à recolha de dados; implica também gerir expectativas, reduzir ansiedade e, simultaneamente, garantir que a decisão clínica seja tomada com rapidez e segurança. Em vários momentos de triagem, percebi com

maior clareza que a capacidade de escutar sob pressão, sintetizar a informação essencial e manter uma postura tranquilizadora constituía uma competência tão importante quanto a correta aplicação do próprio sistema de triagem.

Durante todo o estágio, a aplicação prática do Método de Triagem de Manchester constituiu um dos momentos de maior aprendizagem, precisamente por nunca ter trabalhado em contexto de urgência. Inicialmente, senti dificuldades na gestão da informação fornecida pelos pais, na identificação imediata dos sinais de alerta e na escolha do fluxograma mais adequado. Contudo, a prática supervisionada permitiu-me desenvolver gradualmente um raciocínio mais estruturado, maior capacidade de síntese e maior segurança na utilização do sistema. Progressivamente, fui capaz de realizar triagens de forma mais segura e fundamentada, reconhecendo com maior rapidez os sinais e sintomas de maior gravidade e aplicando com maior precisão os fluxogramas e os discriminadores. Esta evolução permitiu-me perceber, de forma muito concreta, a relevância do enfermeiro enquanto responsável pela primeira decisão clínica no percurso da criança em urgência, decisão que pode ser determinante para a evolução do seu estado de saúde e para todo o seu percurso no SUP.

Outro objetivo importante do estágio consistiu na prestação de cuidados de enfermagem de forma autónoma, ainda que supervisionada, a crianças internadas na Unidade de Internamento de Curta Duração. A integração neste contexto não se revelou particularmente difícil, uma vez que já possuía experiência prévia em internamento de Pediatria, o que facilitou a adaptação à dinâmica do serviço e às rotinas da equipa. Ainda assim, a UICD apresentou especificidades próprias, pela brevidade da duração do internamento. Existe uma constante necessidade de observação rigorosa em períodos curtos, a reavaliação frequente e a articulação entre vigilância clínica e terapêutica e ensinamentos à família.

Durante os turnos realizados na UICD, tive oportunidade de prestar cuidados diferenciados e individualizados, realizar avaliações globais e sistemáticas da criança, identificar problemas e necessidades prioritárias e planear intervenções ajustadas à idade, à situação clínica, ao estado de saúde e ao contexto familiar. A minha intervenção desenvolveu-se em consonância com os princípios dos cuidados centrados na criança e na família e com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, adotado pela instituição. Este modelo, desenvolvido especificamente para o contexto pediátrico, parte do pressuposto de que os pais são os principais cuidadores da criança e os seus mais profundos conhecedores, pelo que devem ser reconhecidos como parceiros ativos no processo de cuidado, e não apenas como acompanhantes passivos. Nesta perspetiva, o enfermeiro pediátrico assume um papel de proximidade, apoio, negociação e capacitação, promovendo a participação parental nos cuidados de forma progressiva e ajustada às capacidades, disponibilidade e necessidades de

cada família. A parceria de cuidados implica, assim, a partilha de informações, a valorização do conhecimento parental, a tomada de decisão colaborativa e a construção de uma relação terapêutica assente na confiança e no respeito mútuos. Em contexto de internamento, esta abordagem favorece a individualização dos cuidados, contribui para a redução da ansiedade da criança e da família e promove uma experiência de cuidado mais humanizada e centrada na díade criança-família (Farrell, 1992; Casey, 1995).

A supervisão das enfermeiras tutoras e de outros colegas revelou-se determinante para o meu processo de aprendizagem. O feedback contínuo permitiu identificar áreas de melhoria, consolidar conhecimentos teórico-práticos e desenvolver progressivamente a autonomia profissional, sempre com a garantia da segurança dos cuidados. Para além disso, foi particularmente interessante confrontar esta experiência com a prática que conheci noutro país, nomeadamente na Bélgica. Essa comparação permitiu-me compreender que, embora os princípios da segurança e da qualidade sejam transversais, existem diferenças entre contextos organizacionais, procedimentos e formas de operacionalizar os cuidados. Observar outras realidades mostrou-se intelectualmente enriquecedor, pois ajudou-me a refletir sobre o raciocínio de determinadas práticas e a reconhecer que a enfermagem também se constrói na capacidade de analisar criticamente modelos distintos de organização dos cuidados.

O principal desafio vivido neste estágio prendeu-se à participação em emergências na sala de reanimação, um contexto para o qual não me sentia preparada e que constitui uma das áreas mais específicas da Urgência Pediátrica. O aumento do stress, a necessidade de atuar de forma rápida e eficaz e a articulação entre diferentes profissionais desencadearam níveis significativos de ansiedade. A literatura demonstra que os enfermeiros que trabalham em contexto de emergência estão particularmente expostos a níveis elevados de stress ocupacional, em consequência da pressão temporal, da imprevisibilidade clínica e da elevada responsabilidade associada à tomada de decisão em situações críticas (Adriaenssens et al., 2015). Em determinados momentos, esse stress interferia claramente na minha capacidade de raciocinar e agir, gerando uma sensação de bloqueio, mesmo quando a minha participação era mais observacional ou centrada em procedimentos de apoio.

O contacto próximo com estas situações também evidenciou algumas lacunas em contextos críticos, o que me levou a rever, de forma aprofundada, conteúdos como o Suporte Avançado de Vida Pediátrico, os cálculos de medicação em emergência e a seleção adequada de dispositivos de via aérea, como o tubo orofaríngeo de Guedel. As recomendações do *European Resuscitation Council* para suporte de vida pediátrico reforçam a importância do domínio rigoroso dos algoritmos de reanimação, do reconhecimento precoce da deterioração clínica, da correta abordagem da via aérea e da administração de fármacos ajustada ao peso da criança (Van de Voorde et al., 2021). De modo convergente, as

orientações da *American Heart Association* enfatizam a necessidade de treino sistemático, preparação prévia e elevada familiaridade com equipamentos e dosagens, dado que tais fatores influenciam diretamente a eficácia da resposta em emergência pediátrica (Topjian et al., 2020). Neste sentido, tentei aproveitar todas as oportunidades que surgissem para estar presente na sala de reanimação. Quando o serviço o permitia, explorava também o material e os dispositivos presentes na sala de reanimação, de forma a ficar cada vez mais familiarizada com o espaço e a disposição dele.

A participação mais frequente em emergências, a observação ativa e a supervisão por parte dos enfermeiros e dos demais profissionais da equipa multidisciplinar permitiram-me obter uma compreensão mais clara das dinâmicas da sala de reanimação, das funções específicas de cada profissional e da sequência de prioridades numa emergência pediátrica. Este processo contribuiu para o desenvolvimento progressivo da minha confiança e competência clínica, ajudando-me a organizar melhor a intervenção e a responder com maior segurança. Assistir e participar nestes episódios revelou-se fundamental para transformar o medo e a insegurança iniciais em motivação para aprofundar o conhecimento nesta área altamente diferenciada.

Para além dos desafios técnicos inerentes às situações de emergência, revelou-se particularmente exigente a gestão das emoções associadas a estes episódios. Em contexto de reanimação, o stress e os estados emocionais podem interferir nos processos de decisão e aumentar a carga de trabalho cognitiva, com potencial impacto no desempenho individual e da equipa, sobretudo em situações de elevada exigência e pressão emocional (Groombridge et al., 2019; Liu et al., 2024). A literatura sobre trabalho em equipa em contextos críticos e de reanimação destaca que competências não técnicas, como comunicação eficaz, liderança, distribuição de tarefas, coordenação e cooperação, são determinantes para o funcionamento da equipa e para a segurança do doente (Van de Voorde et al., 2021; Salas et al., 2008; Van Heer et al., 2021). A observação destas dinâmicas permitiu-me perceber que, em momentos de maior tensão, podem surgir interações mais bruscas, comentários menos cuidadosos ou manifestações de frustração, e que a capacidade de manter o foco clínico, filtrar o impacto emocional imediato e continuar a colaborar também é uma competência a desenvolver. Esta tomada de consciência foi particularmente importante, pois mostrou-me que o cuidar em emergência não é apenas uma questão técnica, mas também relacional e emocional.

Outro aspeto muito relevante prendeu-se à gestão emocional dos pais durante e após os episódios de emergência ou de reanimação. A presença dos pais em situações críticas tem vindo a ser progressivamente reconhecida na literatura, nas recomendações internacionais e na prática comum no serviço, desde que sejam garantidas condições de segurança, informação e acompanhamento adequadas. A evidência disponível sugere que a presença da

família durante a reanimação pode favorecer uma melhor compreensão do evento e reduzir o impacto psicológico subsequente em alguns familiares, embora a sua implementação exija da equipa competências comunicacionais, organizacionais e de suporte adequadas (Rubin et al., 2023; Porter et al., 2019; Halm et al., 2024). A observação destas situações mostrou-me como o enfermeiro pode assumir um papel central no apoio emocional aos pais, na transmissão de informações claras e adequadas e na manutenção de uma postura empática e humanizada, mesmo em circunstâncias de enorme pressão. Em várias situações, percebi que a forma como a equipa comunica com os pais pode influenciar significativamente a compreensão e a elaboração da experiência crítica vivida pelo filho.

Após o término da reanimação, independentemente do desfecho, frequentemente emergem emoções intensas, como tristeza, frustração, alívio ou sentimento de impotência. A literatura evidencia que a ausência de momentos formais de reflexão e de partilha emocional pode contribuir para fadiga por compaixão, stress traumático secundário e *burnout* entre profissionais de saúde expostos repetidamente a situações críticas (Figley, 2002; Mealer et al., 2014). Neste sentido, a participação em momentos de *debriefing*, formais ou informais, revelou-se fundamental para refletir sobre a minha atuação, reconhecer as emoções e promover estratégias de *coping* mais adaptativas. Para mim, esses momentos foram particularmente importantes porque permitiram transformar experiências emocionalmente marcantes em aprendizagem significativa, em vez de deixá-las apenas como memória de ansiedade ou impotência.

Outro dos meus objetivos consistia em aperfeiçoar diversos procedimentos frequentemente realizados no SUP, nomeadamente colheita de sangue, colocação de cateter venoso periférico, colheita de urina com recurso a saco coletor, por técnica clean-catch e por cateterismo vesical e terapia inalatória e respetivos ensinamentos aos pais/cuidadores. Embora fossem procedimentos já conhecidos e realizados por mim, o facto de já não trabalhar em pediatria há algum tempo fazia com que, inicialmente, sentisse menor destreza e menos à vontade. Com a repetição, o treino supervisionado e a disponibilidade para aproveitar todas as oportunidades práticas, terminei o estágio com maior agilidade na realização dos procedimentos, mais confiança e segurança técnica. Tive também oportunidade de realizar procedimentos mais específicos do SUP, como a assistência à punção vesical e lombar, em situações do foro ortopédico, como reduções ósseas ou colocação de gessos. Por nunca ter tido contacto prévio com a especialidade de ortopedia, senti necessidade de realizar pesquisas e de estudar novamente os tipos de gesso, a anatomia e a fisiologia dos membros e as mais recentes guidelines em relação aos fármacos de primeira linha para prevenção da dor, para conseguir auxiliar de forma mais consciente e com conhecimento de causa, conseguindo, assim, explicar aos pais e à criança/jovem todo o processo. Para além das

atividades assistenciais e técnicas desenvolvidas ao longo do estágio, foi ainda elaborado, sob orientação da tutora e em resposta a uma necessidade identificada no serviço, um panfleto informativo sobre a dor associada aos procedimentos. A elaboração deste material procurou constituir um recurso de apoio informativo, com potencial utilidade na sensibilização para a importância da prevenção, da valorização e da adequada abordagem da dor em contexto de urgência pediátrica (ver Apêndice 1).

Em síntese, este estágio constituiu uma experiência profundamente enriquecedora, permitindo-me fortalecer competências técnicas, relacionais e de raciocínio clínico. Passei de uma fase inicial marcada por inseguranças, particularmente na triagem e na participação em emergências, para um desempenho mais estruturado, fundamentado e confiante, ainda que sempre sob supervisão e em aprendizagem contínua. A Urgência Pediátrica revelou-se um contexto de elevada exigência técnica, relacional e emocional, no qual a rapidez da decisão tem de coexistir com rigor clínico, comunicação eficaz e humanização dos cuidados. Foi precisamente essa exigência que tornou este estágio tão transformador: ao confrontar-me com áreas menos dominadas, obrigou-me a estudar, observar, refletir e reorganizar a minha prática, reforçando a minha identidade profissional enquanto futura enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Simultaneamente, permitiu-me consolidar competências específicas do EEESIP, designadamente na identificação precoce de sinais de agravamento, na priorização e vigilância da criança em situação aguda ou crítica, na comunicação terapêutica com a criança e a família em contexto de elevada pressão e na prestação de cuidados seguros e humanizados em situações de maior complexidade. Foi igualmente neste estágio que surgiu a definição do tema do trabalho de investigação. Ao longo deste período, foi possível constatar a elevada frequência de episódios de baixa gravidade clínica em crianças pequenas, muitas vezes acompanhados por ansiedade parental significativa, necessidade de esclarecimento e ausência de referência prévia por outros níveis de cuidados. A observação desta realidade suscitou o meu interesse em compreender mais aprofundadamente este fenómeno e os fatores associados.

Parte II – Estudo de Investigação

4. Enquadramento Teórico

Este capítulo sintetiza e aprofunda a evidência científica relevante para compreender o recurso ao SUP e, em particular, a elevada frequência de episódios de recurso inadequado ou não urgente, nos primeiros anos de vida. Numa primeira fase, apresenta-se a realidade mundial e, posteriormente, aprofunda-se o contexto português. Importa notar que, em alguns relatórios nacionais, a sigla SUP pode designar “Serviço de Urgência Polivalente”; neste trabalho, SUP refere-se a Serviço de Urgência Pediátrica.

4.1. Organização do sistema de saúde e acesso aos cuidados pediátricos

O recurso ao SUP tem sido amplamente discutido na literatura internacional como um desafio para a gestão dos sistemas de saúde, devido à pressão exercida sobre os recursos disponíveis e aos efeitos da sobrecarga, bem como ao risco de fragmentação da continuidade de cuidados quando o serviço de urgência é utilizado em substituição de respostas de cuidados primários (Pearce et al., 2023; Sartini et al., 2022; Frazier et al., 2022). Esta problemática insere-se num debate mais amplo sobre a utilização apropriada dos serviços de urgência e sobre a pressão que a utilização frequente ou evitável pode exercer sobre a organização e a eficiência do sistema de saúde (Martin, 2025).

A organização normativa dos cuidados de saúde, incluindo na pediatria, é frequentemente descrita como piramidal e articulada: os CSP funcionam como primeiro contacto com o utente, assegurando acessibilidade, continuidade de cuidados, coordenação e resposta às necessidades de saúde, enquanto os cuidados hospitalares reservam-se a situações de maior complexidade, risco ou necessidade de equipas profissionais diferenciadas e de equipamentos especializados. Este enquadramento vai ao encontro dos referenciais clássicos e institucionais sobre CSP de qualidade (Smith J., 2001; OMS, 2008; OMS & UNICEF, 2018).

Em Portugal, os CSP são assegurados, na sua grande maioria, pelo Sistema Nacional de Saúde (SNS). Nestes contextos, atuam equipas multidisciplinares compostas por médicos de medicina geral e familiar, enfermeiros generalistas ou especialistas e profissionais administrativos, com intervenção em várias valências da comunidade, incluindo a consulta de saúde infantil. A expansão da rede e a requalificação organizacional dos últimos anos encontram-se descritas em perfis nacionais recentes, que destacam o crescimento das

Unidades de Saúde Familiar (USF) e a centralidade da integração de cuidados no desenho institucional (OCDE, 2023).

A literatura tem demonstrado que limitações no acesso aos CSP, particularmente fora do horário regular, associam-se a maior recurso ao SUP, fazendo com que o hospital funcione como resposta em contextos de incerteza clínica e de indisponibilidade comunitária (Berchet, 2015; Van Den Berg et al., 2016). Paralelamente, modelos organizacionais baseados em cuidados primários fortes e acessíveis, como o *medical home*, têm sido associados a menor utilização do serviço de urgência, particularmente quando garantem acessibilidade e resposta fora do horário habitual (Starfield et al., 2005; O'Malley, 2013).

Em Portugal, dados da Administração Central do Sistema de Saúde indicam que, entre 2020 e 2023, confirmou-se um aumento no número de utentes sem médico de família atribuído, particularmente na região de Lisboa e Vale do Tejo, situação que fragiliza a continuidade assistencial e pode contribuir para maior recurso ao SUP em episódios agudos (ACSS, 2023; OCDE, 2023). Em contrapartida, a literatura também demonstra que, mesmo na presença de alternativas comunitárias, muitos cuidadores associam o hospital à maior rapidez e à maior capacidade de resposta, valorizando o acesso imediato a exames, a especialistas e a possibilidade de resolução num único episódio de cuidados (*one-stop*) (Berchet, 2015; Uscher-Pines et al., 2013; Durand et al., 2012).

Esta ideia é corroborada pela revisão sistemática de Pol et al. (2023), que identifica a conveniência, a necessidade de tranquilização, a expectativa de realizar exames e as dificuldades de acesso aos cuidados comunitários como motivos principais para a procura do SUP em condições não urgentes. Este mecanismo é particularmente relevante em pediatria, uma vez que a decisão é tomada pelos pais ou cuidadores e pode ser influenciada pela ansiedade parental, pela procura de segurança e de reforço no contexto hospitalar e pela dificuldade em interpretar sinais e sintomas em crianças pequenas (Neill et al., 2016; Uscher-Pines et al., 2013; Pol et al., 2023).

4.2. O conceito de urgência

Para melhor compreender o uso inadequado do SUP, importa clarificar o conceito de urgência e reconhecer que este pode ser entendido em diferentes dimensões: clínica, subjetiva e social ou organizacional:

1. Urgência clínica (objetiva): baseada em sinais vitais, exame físico, critérios de gravidade e escalas de triagem.
2. Urgência sentida (subjetiva): avaliação emocional dos pais/cuidadores, influenciada por ansiedade, experiências anteriores, medo de evolução para um quadro de maior gravidade e reduzida tolerância à incerteza.
3. Urgência social ou organizacional: relacionada a fatores logísticos, como horários laborais, ausência de rede de apoio, transporte, facilidade de acesso ao hospital 24 horas por dia e percepção de resposta completa num único local (Berchet, 2015; Durand et al., 2012; Van Den Berg et al., 2016).

No que respeita à urgência clínica, esta assenta na gravidade médica objetiva e no risco imediato à vida, a órgãos ou a funções (Mackway-Jones et al., 2014; Christ et al., 2010; FitzGerald et al., 2010). Em contexto hospitalar, a urgência clínica é operacionalizada por meio de sistemas de triagem, sendo o MTS o mais utilizado no território nacional. Este sistema permite classificar os doentes em cinco níveis de prioridade, identificados por cores, com base em discriminadores clínicos e fluxogramas padronizados. Procura, assim, assegurar que os doentes sejam avaliados e tratados em intervalos temporais adequados, promovendo a segurança clínica e a utilização eficaz dos recursos disponíveis. Neste enquadramento, a Direção-Geral da Saúde define, no âmbito dos sistemas de triagem dos serviços de urgência, tempos-alvo de resposta associados a cada nível de prioridade, que servem de referência organizacional para a gestão do fluxo assistencial e para a monitorização da qualidade e da segurança dos cuidados (Mackway-Jones et al., 2014; DGS, 2018).

No Quadro 1, apresento as prioridades do Sistema de Triagem de Manchester, o tempo-alvo para a observação médica e uma breve explicação de cada prioridade.

Quadro 1 – Prioridades de triagem segundo o Sistema de Triagem de Manchester

Prioridade (Manchester)	Cor	Tempo-alvo de observação médica	Interpretação funcional no SUP
Emergente	Vermelho	Imediato (0 min)	Risco de vida ou de dano grave iminente; intervenção no “minuto zero”.
Muito urgente	Laranja	Até 10 min	Necessidade de avaliação rápida para prevenir deterioração clínica.
Urgente	Amarelo	Até 60 min	Condição potencialmente evolutiva; espera clinicamente aceitável.
Pouco urgente	Verde	Até 120 min	Baixa probabilidade de gravidade imediata; geralmente resolúvel fora do hospital.
Não urgente	Azul	Até 240 min	Situação de muito baixa gravidade; frequentemente compatível com autocuidado ou CSP.

Fonte: Elaboração própria com base no Sistema de Triagem de Manchester em Portugal.

A urgência sentida corresponde à percepção subjetiva de necessidade imediata de cuidados de saúde, influenciada por fatores emocionais, cognitivos e contextuais, podendo divergir da gravidade clínica objetiva, particularmente no contexto pediátrico (Afilalo et al., 2004; Durand et al., 2011; Benahmed et al., 2014). À luz desta definição, a literatura sobre apresentações não urgentes evidencia que os cuidadores recorrem frequentemente ao SUP não apenas em busca de tratamento, mas também de segurança e validação, sobretudo em crianças pequenas, nas quais a avaliação do risco se torna mais difícil (Uscher-Pines et al., 2013; Neill et al., 2016; Pol et al., 2023). O estudo português de Albuquerque et al. (2015) demonstra esta realidade ao relatar que a triagem de RN em contexto de urgência é frequentemente motivada por preocupações parentais e que uma proporção significativa das admissões não corresponde a critérios de urgência clínica, reforçando a tensão entre urgência sentida e urgência clínica.

A urgência organizacional ou social refere-se à prioridade atribuída pelo sistema de saúde tendo em conta critérios de segurança, vulnerabilidade social e organização dos cuidados, mesmo quando a situação não é clinicamente grave (Christ et al., 2010; FitzGerald et al., 2010; Benahmed et al., 2014). A incerteza clínica associada à avaliação de RN e lactentes conduz frequentemente à decisão de observar ou investigar clinicamente a criança, mesmo diante de sinais pouco específicos, como estratégia preventiva de gestão do risco.

Estas práticas não decorrem de um uso excessivo de recursos, mas da necessidade de prevenir a rápida progressão de situações graves nesta faixa etária. No entanto, ao garantirem uma resposta imediata e altamente resolutive, podem contribuir para reforçar, junto dos pais/cuidadores, a perceção de que o hospital oferece melhores garantias de segurança na avaliação clínica (Pantell et al., 2004; Neill et al., 2016; Pol et al., 2023).

4.3. Parentalidade, literacia em saúde e tomada de decisão

A literacia em saúde constitui um eixo central para compreender como os pais/cuidadores acedem, compreendem, avaliam e utilizam informação em saúde, influenciando a perceção da gravidade, a tomada de decisão e a escolha do recurso mais adequado no sistema de saúde (OMS, 2025; DGS, 2022; Morrison et al., 2013; Rajagopal et al., 2024). No contexto pediátrico, estas decisões são particularmente exigentes, uma vez que envolvem crianças pequenas, sintomas frequentemente inespecíficos e elevados níveis de incerteza parental, como referido anteriormente (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012; Benahmed et al., 2014).

Para enquadrar estes comportamentos de procura de cuidados, é particularmente útil a perspetiva conceptual de literacia em saúde proposta por Nutbeam (2000), que distingue três níveis: funcional, interativo e crítico. Este modelo salienta que a literacia em saúde não se limita à capacidade de leitura da informação, mas integra também a compreensão e a utilização da informação obtida, a comunicação e a validação de decisões com profissionais de saúde e a análise crítica das diferentes fontes disponíveis.

Em Portugal, a literacia em saúde foi reconhecida como prioridade de saúde pública pela DGS, nomeadamente por meio do Plano de Ação para a Literacia em Saúde (Portugal, 2019–2021) (DGS, 2019). Este plano evidencia a necessidade de capacitar as pessoas para a utilização adequada do SNS e do sistema de saúde em geral, identificando grupos com maior vulnerabilidade a baixos níveis de literacia, como pessoas com menor escolaridade, menores rendimentos e pessoas com doença crónica ou seus cuidadores (DGS, 2019).

A adaptação do modelo de Nutbeam ao contexto pediátrico permite compreender de que forma diferentes níveis de literacia em saúde influenciam a capacidade de gerir situações frequentes da infância, comunicar-se eficazmente com os profissionais de saúde e avaliar criticamente a informação disponível, com implicações diretas para o recurso ao SUP (Nutbeam, 2000).

Ao nível da literacia funcional em saúde, estão em causa competências básicas de leitura, escrita, compreensão e numeracia, indispensáveis para interpretar e utilizar

corretamente informação em saúde no cotidiano. Este domínio inclui a capacidade de compreender instruções escritas, folhetos informativos, esquemas terapêuticos, doseamentos, rótulos de medicamentos e orientações sobre sinais de alerta (Nutbeam, 2000; Morrison et al., 2019). Em contexto pediátrico, estas competências assumem particular relevância, uma vez que os pais/cuidadores frequentemente são responsáveis por avaliar sintomas, seguir recomendações terapêuticas e tomar decisões em situações agudas. Limitações na literacia funcional podem comprometer a compreensão das orientações relativas à febre, à administração segura de medicação e à identificação de sinais de desidratação, aumentando a insegurança parental diante de situações clínicas comuns (Menekşe et al., 2025; Morrison et al., 2019). A evidência sugere ainda que níveis mais baixos de literacia em saúde dos cuidadores estão associados a maior utilização do serviço de urgência pediátrica e a maior probabilidade de recurso não urgente, nomeadamente em episódios febris, o que pode traduzir uma procura mais defensiva ou menos sustentada na capacidade de gestão da situação no domicílio ou nos cuidados de saúde primários (Morrison et al., 2014; Morrison et al., 2013).

A literacia crítica, por seu lado, corresponde à capacidade de refletir, analisar e mobilizar criticamente a informação em saúde no contexto concreto, integrando essa apreciação à tomada de decisão em saúde (Nutbeam, 2000; Abel & Benkert, 2022). Na atual ecologia informacional, esta dimensão inclui também a capacidade de avaliar a qualidade e a credibilidade da informação disponível em ambientes digitais, num contexto em que a Internet e as redes sociais podem, simultaneamente, oferecer informação útil e desinformação em saúde (Diviani et al., 2015; Keselman et al., 2019; do Nascimento et al., 2022). Em contexto pediátrico, limitações neste nível podem aumentar a vulnerabilidade dos pais/cuidadores à informação de menor qualidade ou contraditória, reduzindo a segurança percebida na gestão da situação clínica da criança e influenciando a decisão de procurar cuidados (Kubb & Foran, 2020; Davis et al., 2025). Esta perspetiva encontra apoio na evidência empírica que indica uma associação entre níveis mais baixos de literacia em saúde parental e maior recurso ao SUP. Numa revisão sistemática, Morrison et al. (2013) concluíram que a baixa literacia em saúde parental pode comprometer a compreensão do diagnóstico e do tratamento da criança e identificaram uma relação entre a literacia parental e a utilização do serviço de urgência pediátrica. Estes dados reforçam a pertinência da aplicação do enquadramento conceptual de Nutbeam ao contexto pediátrico, nomeadamente para compreender padrões de utilização do SUP potencialmente evitáveis, em consonância com as prioridades nacionais de promoção da literacia em saúde definidas pela Direção-Geral da Saúde (Morrison et al., 2013; Direção-Geral da Saúde, 2022).

No contexto português, os dados populacionais indicam uma distribuição heterogénea da literacia em saúde. Apesar das melhorias observadas ao longo do tempo, persistem segmentos da população com níveis problemáticos ou inadequados, fortemente associados a determinantes sociais como a idade, o nível de escolaridade e os rendimentos (Sørensen et al., 2015; DGS, 2019).

Em suma, a utilização não urgente do SUP surge como um fenómeno multifatorial, resultante da interação dinâmica entre as características individuais dos pais/cuidadores, os determinantes sociais e a organização do sistema de saúde (Berchet, 2015; Van Den Berg et al., 2016). A literacia em saúde parental, entendida nos seus diferentes níveis, condiciona a capacidade de reconhecer sinais de alerta, gerir situações comuns da infância, comunicar eficazmente com os profissionais de saúde e avaliar a credibilidade da informação disponível, influenciando diretamente a tomada de decisão quanto ao recurso ao SUP (Nutbeam, 2000; Sørensen et al., 2012; Benahmed et al., 2014). Estas competências são exercidas num contexto marcado por elevada incerteza clínica e ansiedade parental, sobretudo nos primeiros anos de vida, e por representações sociais do hospital como espaço privilegiado de segurança, rapidez e resolução diagnóstica (Uscher-Pines et al., 2013; Neill et al., 2016; Pol et al., 2023). Paralelamente, limitações no acesso efetivo aos CSP, desigualdades socioeconómicas e constrangimentos organizacionais reforçam a tendência para que o hospital funcione como porta de entrada preferencial no sistema de saúde, mesmo em situações de baixa gravidade clínica (Berchet, 2015; OCDE, 2023). Assim, o recurso não urgente ao SUP não deve ser interpretado apenas como uso inadequado dos serviços, mas como expressão da interação entre fatores educacionais, culturais e organizacionais (Durand et al., 2012; Pol et al., 2023). Este enquadramento conceptual e empírico sustenta a análise subsequente dos padrões de utilização do SUP em Portugal e fundamenta a necessidade de estratégias que integrem intervenções ao nível da literacia em saúde, da organização do acesso aos cuidados e da comunicação clínica centrada nos pais/cuidadores.

5. Metodologia

Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, por se tratar de uma metodologia particularmente adequada à síntese de evidência proveniente de estudos com desenhos metodológicos distintos, permitindo uma compreensão mais abrangente de fenômenos complexos em contexto clínico. O estudo foi conduzido de acordo com as orientações metodológicas do Joanna Briggs Institute (JBI) (Tufanaru et al., 2017) e redigido conforme as recomendações do PRISMA 2020 (Page et al., 2021). Foi elaborado um protocolo prévio de revisão, que foi seguido ao longo de todo o processo de investigação. Apesar de não ter sido registrado em plataforma internacional, constituiu um instrumento orientador essencial para assegurar a coerência metodológica entre as diferentes etapas do estudo.

A questão central que orienta esta investigação é a seguinte: ***“Quais são os principais fatores associados à utilização inadequada do serviço de urgência pediátrica por crianças com idade inferior a dois anos?”***. Importa, contudo, esclarecer que, no presente trabalho, a expressão “utilização inadequada” é adotada como conceito agregador do problema em estudo. Reconhece-se, ainda, que os estudos incluídos na revisão recorrem a definições operacionais distintas, nomeadamente “utilização não urgente”, “apresentações pouco urgentes”, “recurso evitável” ou classificações equivalentes, em função dos sistemas de triagem utilizados, dos contextos assistenciais e dos critérios metodológicos adotados.

Foi inicialmente realizada uma pesquisa preliminar destinada a verificar a existência de revisões prévias com a mesma questão de investigação. Não tendo sido identificada uma revisão com foco idêntico, procedeu-se à pesquisa estruturada, realizada entre 22 e 24 de janeiro de 2026, nas seguintes bases de dados: MEDLINE Ultimate (EBSCO), CINAHL Ultimate (EBSCO), PubMed e b-On. O período de inclusão abrangeu publicações entre 1 de janeiro de 2016 e a data da pesquisa, delimitado para assegurar uma revisão atualizada da literatura disponível, capturando evidências recentes e relevantes para a população pediátrica atual. Foram incluídos estudos em inglês, francês, português e espanhol.

A estratégia de pesquisa foi adaptada aos termos e à sintaxe específicos de cada base de dados e é apresentada no Quadro 2.

Quadro 2- Expressão de pesquisa

Base de dados	Expressão de pesquisa	Resultados
MEDLINE ultimate	(TI ((infant* OR baby OR babies OR neonate* OR newborn* OR child*)) OR AB ((infant* OR baby OR babies OR neonate* OR newborn* OR child*)) OR SU (("Infants, Newborn" OR "Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR Neonate OR Neonates OR Newborns OR Newborn))) AND (TI (("non-emergent" OR "non-urgent" OR "not urgent" OR "not emergent" OR misuse OR abuse)) OR AB (("non-emergent" OR "non-urgent" OR "not urgent" OR "not emergent" OR misuse OR abuse)) OR SU (("Health Services Misuses" OR "Misuses, Health Services" OR "Misuse, Health Services" OR "Misuse of Health Services" OR "Abuse of Health Services" OR "Health Services Abuse" OR "Health Services Abuses")) AND (TI (("emergency department*" OR "emergency service*" OR "emergency room")) OR AB (("emergency department*" OR "emergency service*" OR "emergency room")) OR SU (("Emergency Services, Hospital" OR "Hospital Emergency Services" OR "Services, Hospital Emergency" OR "Hospital Emergency Service" OR "Service, Hospital Emergency" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Hospital Services" OR "Hospital Service, Emergency" OR "Hospital Services, Emergency" OR "Service, Emergency Hospital" OR "Services, Emergency Hospital" OR "Hospital Service Emergency" OR "Emergencies, Hospital Service" OR "Emergency, Hospital Service" OR "Hospital Service Emergencies" OR "Service Emergencies, Hospital" OR "Service Emergency, Hospital" OR "Emergency Room" OR "Emergency Rooms" OR "Room, Emergency" OR "Rooms, Emergency" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Ward" OR "Emergency Wards" OR "Ward, Emergency" OR "Wards, Emergency" OR "Emergency Departments" OR "Department, Emergency" OR "Departments, Emergency" OR "Emergency Department" OR "Emergency Units" OR "Emergency Unit" OR "Unit, Emergency" OR "Units, Emergency" OR "Hospital Emergency Room" OR "Emergency Room, Hospital" OR "Emergency Rooms, Hospital" OR "Hospital Emergency Rooms" OR "Room, Hospital Emergency" OR "Rooms, Hospital Emergency" OR emergencies OR "Medical Services, Emergency" OR "Emergency Medical Service" OR "Medical Service, Emergency" OR "Service, Emergency Medical" OR "Services, Emergency Medical" OR "Emergency Services, Medical" OR "Emergency Service, Medical" OR "Medical Emergency Service" OR "Medical Emergency Services" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Emergicenters" OR " Emergicenter" OR "Prehospital Emergency Care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "Emergency Health Services" OR "Emergency Health Service" OR "Health Service, Emergency" OR "Health Services, Emergency" OR "Service, Emergency Health" OR "Services, Emergency Health" OR "Emergency Care"))))	146
CINAHL ultimate	(TI ((infant* OR baby OR babies OR neonate* OR newborn* OR child*)) OR AB ((infant* OR baby OR babies OR neonate* OR newborn* OR child*)) OR SU (("Infants, Newborn" OR "Newborn Infant" OR "Newborn Infants" OR Neonate OR Neonates OR Newborns OR Newborn))) AND (TI (("non-emergent" OR "non-urgent" OR "not urgent" OR "not emergent" OR misuse OR abuse)) OR AB (("non-emergent" OR "non-urgent" OR "not urgent" OR "not emergent" OR misuse OR abuse)) OR SU (("Health Services Misuses" OR "Misuses, Health Services" OR "Misuse, Health Services" OR "Misuse of Health Services" OR "Abuse of Health Services" OR "Health Services Abuse" OR "Health Services Abuses")) AND (TI (("emergency department*" OR "emergency service*" OR "emergency room")) OR AB (("emergency department*" OR "emergency service*" OR "emergency room")) OR SU (("Emergency Services, Hospital" OR "Hospital Emergency Services" OR "Services, Hospital Emergency" OR "Hospital Emergency Service" OR "Service, Hospital Emergency" OR "Emergency Hospital Service" OR "Emergency Hospital Services" OR "Hospital Service, Emergency" OR "Hospital Services, Emergency" OR "Service, Emergency Hospital" OR "Services, Emergency Hospital" OR "Hospital Service Emergency" OR "Emergencies, Hospital Service" OR "Emergency, Hospital Service" OR "Hospital Service Emergencies" OR "Service Emergencies, Hospital" OR "Service Emergency, Hospital" OR "Emergency Room" OR "Emergency Rooms" OR "Room, Emergency" OR "Rooms, Emergency" OR "Accident and Emergency Department" OR "Emergency Ward" OR "Emergency Wards" OR "Ward, Emergency" OR "Wards, Emergency" OR "Emergency Departments" OR "Department, Emergency" OR "Departments, Emergency" OR "Emergency Department" OR "Emergency Units" OR "Emergency Unit" OR "Unit, Emergency" OR "Units, Emergency" OR "Hospital Emergency Room" OR "Emergency Room, Hospital" OR "Emergency Rooms, Hospital" OR "Hospital Emergency Rooms" OR "Room, Hospital Emergency" OR "Rooms, Hospital Emergency" OR emergencies OR "Medical Services, Emergency" OR "Emergency Medical Service" OR "Medical Service, Emergency" OR "Service, Emergency Medical" OR "Services, Emergency Medical" OR "Emergency Services, Medical" OR "Emergency Service, Medical" OR "Medical Emergency Service" OR "Medical Emergency Services" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Emergicenters" OR " Emergicenter" OR "Prehospital Emergency Care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "Emergency Health Services" OR "Emergency Health Service" OR "Health Service, Emergency" OR "Health Services, Emergency" OR "Service, Emergency Health" OR "Services, Emergency Health" OR "Emergency Care"))))	115
Pubmed	((((infant*[Title/Abstract] OR baby[Title/Abstract] OR babies[Title/Abstract] OR neonate*[Title/Abstract] OR newborn*[Title/Abstract] OR child*[Title/Abstract])) OR (("Infants, Newborn"[Other Term] OR "Newborn Infant"[Other Term] OR "Newborn Infants"[Other Term] OR Neonate[Other Term] OR Neonates[Other Term] OR Newborns[Other Term] OR Newborn[Other Term]))) AND (((("non-emergent"[Title/Abstract] OR "non-urgent"[Title/Abstract] OR "not urgent"[Title/Abstract] OR "not emergent"[Title/Abstract] OR misuse[Title/Abstract] OR abuse[Title/Abstract])) OR (("Health Services Misuses"[Other Term] OR "Misuses, Health Services"[Other Term] OR "Misuse, Health Services"[Other Term] OR "Misuse of Health Services"[Other Term] OR "Abuse of Health Services"[Other Term] OR "Health Services Abuse"[Other Term] OR "Health Services Abuses"[Other Term]))) AND (((("emergency department*" [Title/Abstract] OR "emergency service*" [Title/Abstract] OR "emergency room"[Title/Abstract])) OR (("Emergency Services, Hospital"[Other Term] OR "Hospital Emergency Services"[Other Term] OR "Services,	97

	Service, Medical" OR "Medical Emergency Service" OR "Medical Emergency Services" OR "Service, Medical Emergency" OR "Services, Medical Emergency" OR "Emergicenters" OR " Emergicenter" OR "Prehospital Emergency Care" OR "Emergency Care, Prehospital" OR "Emergency Health Services" OR "Emergency Health Service" OR "Health Service, Emergency" OR "Health Services, Emergency" OR "Service, Emergency Health" OR "Services, Emergency Health" OR "Emergency Care"))	
--	---	--

Após a realização da pesquisa, os ficheiros foram importados no software Rayyan®, procedendo-se à eliminação de duplicados. A triagem inicial de títulos e resumos foi realizada de forma independente por dois revisores (AS e LC). Na ausência de acordo, poderia ser envolvido um terceiro revisor para desempate, o que não foi necessário. O Rayyan® assegurou o *blinding* entre os revisores nesta fase. Após a remoção dos duplicados, os artigos foram selecionados de forma independente pelos mesmos revisores. Posteriormente, aplicaram-se os critérios de inclusão rigorosos, detalhados no Quadro 3 e alinhados aos critérios PICO.

Quadro 3- PICO

P (população)	Crianças com idade inferior a 2 anos e seus cuidadores
I (intervenção)	Fatores determinantes
C (comparação)	Uso adequado dos serviços de saúde
O (outcomes)	Recurso inadequado/não urgente ao Serviço de Urgência Pediátrica

A avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos selecionados foi realizada independentemente por AS e LC, com ferramentas JBI apropriadas ao desenho metodológico de cada estudo.

A extração de dados foi igualmente conduzida por dois revisores independentes (AS e LC), recorrendo a um formulário estruturado desenvolvido pelos autores, que capturava:

características do estudo e da população (alinhadas com P e C do PICO), fatores determinantes identificados (I), padrões de uso dos serviços (C) e indicadores de recurso inadequado ao SUP (O). Os dados extraídos foram consolidados em tabelas e constituíram o objeto de síntese narrativa.

6. Resultados

Após a pesquisa, identificaram-se 381 estudos, dos quais se excluíram 39 por estarem duplicados. Dos 342 potencialmente relevantes, 322 foram excluídos após a leitura do título e do resumo, ficando 20 estudos para leitura do texto integral. Foram aplicados os critérios de inclusão previamente definidos, resultando na seleção de 14 estudos finais. Em todas as fases da seleção de estudos, houve consenso entre os dois revisores, não sendo necessário recorrer a um terceiro revisor. Os resultados da seleção dos estudos encontram-se apresentados no fluxograma PRISMA (Figura 1).

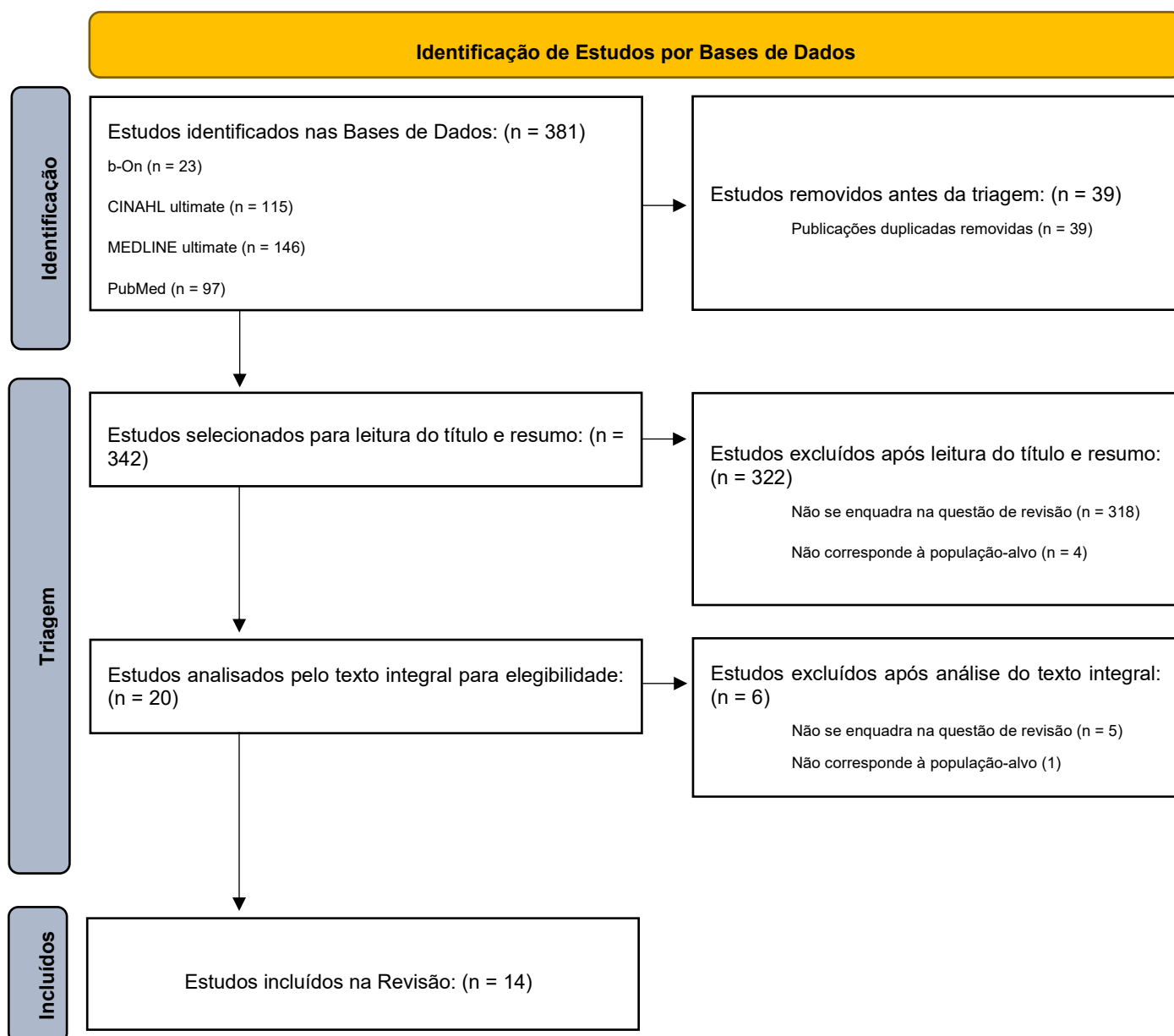


Figura 1 – Fluxograma PRISMA

Após a definição da amostra final, procedeu-se à avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos, com recurso às ferramentas de avaliação crítica do Joanna Briggs Institute (JBI), selecionadas conforme o desenho metodológico de cada estudo. Atendendo ao facto de estes instrumentos integrarem um número variável de itens, consoante o tipo de estudo, os resultados foram apresentados de acordo com o total de critérios aplicáveis a cada checklist. De forma geral, pontuações mais elevadas traduzem melhor qualidade metodológica e menor risco de viés, sendo considerada ideal a obtenção da totalidade, ou da quase totalidade, dos critérios aplicáveis. Por sua vez, pontuações intermédias podem ser interpretadas como indicativas de qualidade metodológica razoável, ainda que apontem para limitações ou para potenciais fontes de viés. Assim, a classificação da qualidade dos estudos não foi sustentada exclusivamente pela pontuação final, mas também pela análise do perfil global de risco de viés identificado em cada estudo (Moola et al., 2020; Tufanaru et al., 2020). Os resultados desta avaliação encontram-se sintetizados na Tabela 1.

Tabela 1 – Avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos (JBI)

ID	Estudo (Autores, Ano)	País	Desenho do Estudo	Amostra (n)	Pontuação JBI
E1	Simpson et al. (2022)	Reino Unido	Estudo observacional retrospectivo	977.907 atendimentos pediátricos	8/12
E2	Al-Qahtani et al. (2021)	Arábia Saudita	Estudo retrospectivo baseado em registos eletrónicos	46.374 crianças	7/12
E3	Butun (2024)	Turquia	Estudo transversal descritivo	657 pais/crianças	7/8

E4	Blakey et al. (2021)	Reino Unido	Estudo observacional retrospectivo	1.205 atendimentos neonatais	8/12
E5	Lockwood et al. (2019)	República Dominicana	Estudo transversal descritivo (inquérito)	117 cuidadores	7/8
E6	Martins et al. (2020)	Portugal	Estudo prospectivo de intervenção	82 utilizadores frequentes	8/9
E7	Falsaperla et al. (2025)	Itália	Estudo transversal multicêntrico	5.183 recém-nascidos	7/8
E8	Ellbrant et al. (2020)	Suécia	Estudo transversal retrospectivo	6.290 visitas pediátricas	8/8
E9	Unwin et al. (2020)	Austrália	Estudo quantitativo retrospectivo	109.663 apresentações não urgentes	8/12
E10	Santos et al. (2023)	Austrália	Estudo retrospectivo de registos clínicos	277 recém-nascidos	7/12
E11	Yang et al. (2017)	Coreia do Sul	Estudo retrospectivo hospitalar (neonatal)	1.008 visitas neonatais	8/12
E12	Lim et al. (2022)	Singapura	Estudo retrospectivo observacional (neonatal)	1.200 recém-nascidos	8/12

E13	Rivas García et al. (2017)	Espanha	Estudo de coorte retrospectivo multicêntrico	110.046 crianças (167.332 episódios)	9/12
E14	Veitch & Bentley, 2025	Reino Unido	Estudo observacional transversal	170 cuidadores	7/8

O resumo dos estudos selecionados encontra-se apresentado na Tabela 2, incluindo informações relativas aos autores, ano de publicação, país de origem, objetivos, tipo de estudo, população, principais resultados e conclusões. Esta sistematização possibilita uma visão global das características dos estudos incluídos e facilita a comparação entre diferentes contextos e abordagens metodológicas.

Tabela 2- Dados obtidos dos estudos incluídos na revisão

Estudo	Objetivos	Tipo de estudo	População	Resultados	Conclusões
E1 Simpson et al. (2022) Reino Unido	Quantificar a proporção de idas não urgentes aos serviços de urgência pediátrica. Comparar as idas não urgentes com as urgentes quanto às características da criança e do atendimento. Identificar quais são as crianças que mais recorrem à urgência por motivos não urgentes e em quais fases. Avaliar o impacto das idas não urgentes nos tempos de espera dos serviços de urgência.	Estudo observacional retrospectivo.	Crianças de 0 a 15 anos, atendidas em SUP tipo 1 na região de Yorkshire e Humber, Inglaterra, no período de abril de 2014 a março de 2017. Total de 977.907 atendimentos.	21,4% das idas à urgência foram classificadas como não urgentes. As idas não urgentes foram mais frequentes entre crianças mais novas, sobretudo entre as de 1 a 4 anos. Mais de 50% das idas não urgentes ocorreram em crianças menores de 5 anos. Foram mais comuns fora do horário normal dos CSP. As crianças mais novas apresentaram maior probabilidade de idas não urgentes fora das horas de atendimento e, em alguns casos, com o uso de ambulância. Não se observaram diferenças marcadas pelo nível socioeconómico das famílias. As idas não urgentes apresentaram tempos de	Uma parte significativa das visitas pediátricas corresponde a situações não urgentes, concentrando-se sobretudo em crianças mais novas, em particular com menos de 5 anos, e fora do horário dos cuidados primários. Estas apresentações representam uma proporção relevante da atividade do serviço e reforçam a necessidade de alternativas comunitárias acessíveis para

				espera e de permanência mais curtos no serviço de urgência do que as idas urgentes.	situações de baixa gravidade.
E2 Al-Qahtani et al. (2021) Arábia Saudita	Examinar as características das visitas à urgência pediátrica e a taxa de internamentos hospitalares.	Estudo retrospectivo baseado em registros médicos eletrônicos.	Foram incluídos 46.374 pacientes pediátricos que recorreram ao serviço de urgência entre 1 de janeiro e 31 de dezembro de 2018. A faixa etária abrange recém-nascidos (1 dia) e adolescentes até aos 14 anos.	55,4% das crianças que recorreram ao serviço de urgência eram do sexo masculino e 92,4% eram de nacionalidade saudita. O grupo etário mais frequente foi o das crianças de 1 a 3 anos. Apenas 2,5% necessitaram de internamento hospitalar. As queixas mais frequentes foram febre (27,0%) e sintomas respiratórios (24,9%). A maioria das visitas (71,0%) foi classificada na categoria de triagem IV, correspondente à menor gravidade clínica.	A maioria das visitas correspondeu a situações de menor gravidade, sobretudo por febre e sintomas respiratórios em crianças de 1 a 3 anos. A baixa taxa de internamento (2,5%) sugere o uso significativo do SUP em situações de menor gravidade. A educação parental e a maior acessibilidade aos CSP, poderão contribuir para reduzir a sobrecarga do SUP.
E3 Butun (2024) Turquia	Determinar como os centros de saúde familiar (FHC) podem	Estudo descritivo transversal.	657 pais cujos filhos foram admitidos num	A idade média das crianças que recorreram ao SUP foi de 4,2 anos. A maioria dos	A maioria dos pais recorreu ao SUP sem consulta prévia aos

	reduzir as visitas pediátricas desnecessárias aos SUP e fornecer recomendações para aliviar a sobrecarga nestes serviços.		SUP de um hospital no sudeste da Turquia, entre maio e agosto de 2024.	pais (61,8%) levou os filhos ao SUP sem consulta prévia no centro de saúde familiar, e apenas 6,1% dos casos foram formalmente encaminhados por um médico. Entre as principais razões para recorrer ao SUP, destacaram-se a percepção de que o hospital dispunha de melhores meios tecnológicos e médicos (22,8%), a convicção de que a situação era urgente (20,5%) e a facilidade de acesso a exames laboratoriais ou de imagem (19%). Embora muitos pais se mostrassem satisfeitos com os centros de saúde familiar, persistia a percepção de que estes não dispunham de capacidade suficiente para avaliar ou tratar	CSP, preferindo o hospital pela percepção de maior capacidade diagnóstica e tecnológica. Os resultados sugerem que o alargamento do horário de funcionamento dos centros de saúde familiar, a melhoria dos recursos disponíveis e iniciativas de educação parental poderão contribuir para reforçar o papel dos cuidados primários como porta de entrada para situações não urgentes.
--	---	--	--	--	---

				adequadamente situações agudas.	
E4 Blakey et al. (2021) Reino Unido	Caracterizar as apresentações, exames e procedimentos realizados, bem como o destino (alta ou internamento) de RN que procuram o serviço de urgência. Compreender o aumento da procura por serviços no SUP e se os atendimentos são por causas urgentes ou não.	Estudo observacional retrospectivo.	1.205 atendimentos neonatais (recém-nascidos com idade ≤ 28 dias) realizados em 2016.	O número de atendimentos neonatais quase duplicou ao longo do período estudado, passando de 655 em 2008 para 1.205 em 2016. Quase metade (48,5%) dos recém-nascidos foi levada diretamente pelos pais, sem prévia referência médica. Cerca de dois terços tiveram alta diretamente do serviço de urgência, sendo os restantes, na sua maioria, admitidos para observação em unidades de curta duração. Em 41,9% dos casos, o diagnóstico foi 'sem problema médico significativo'; 49,9% não necessitaram de qualquer investigação e cerca de 78% precisaram apenas de observação e	Observou-se um aumento marcado das apresentações neonatais ao SUP ao longo do período estudado. A elevada proporção de RN levados diretamente pelos pais/cuidadores, com alta sem necessidade de investigação ou tratamento e frequentemente sem problemas médicos significativos, sugere que uma parte importante destas idas poderia ser evitada por meio de melhor apoio parental, seguimento pós-alta e modelos alternativos

				aconselhamento. A maioria dos diagnósticos correspondeu a condições benignas ou a dificuldades nos cuidados neonatais, como problemas de amamentação ou icterícia fisiológica.	de avaliação precoce na comunidade.
E5 Lockwood et al. (2019) República Dominicana	Examinar os padrões de utilização dos SUP em um hospital público urbano, identificando os fatores que levam os pais/cuidadores a escolher a urgência. Avaliar a frequência de visitas e a literacia em saúde dos pais/cuidadores.	Estudo transversal e descritivo, baseado em inquéritos (entrevistas)	117 cuidadores (pais, mães etc.) de crianças atendidas no SUP ao longo de 8 semanas.	72% dos cuidadores classificaram a situação da criança como 'extremamente urgente', enquanto 82% das crianças foram triadas como não urgentes. A maioria da amostra apresentava vulnerabilidade socioeconómica, e o baixo nível educacional dos cuidadores associou-se a maior frequência de utilização do serviço de urgência. Foi considerada utilização frequente a ocorrência de mais de quatro visitas nos últimos seis	A percepção parental de situação de urgência frequentemente discordou da gravidade clínica objetiva. O menor nível educacional dos cuidadores associou-se à maior utilização do serviço de urgência, o que aponta para a baixa literacia em saúde como hipótese explicativa plausível. Os resultados

				meses. Os resultados evidenciam uma discrepância relevante entre a percepção de urgência pelos cuidadores e a gravidade clínica atribuída na triagem.	sugerem, ainda, que fatores de acessibilidade e a percepção de maior capacidade de resposta do serviço hospitalar podem influenciar este padrão. Intervenções educativas e organizacionais dirigidas a contextos de maior vulnerabilidade socioeconómica poderão contribuir para uma utilização mais adequada dos serviços.
E6 Martins et al. (2020) Portugal	Identificar e caracterizar os utilizadores frequentes (UF) da urgência pediátrica.	Estudo de intervenção, prospectivo e piloto.	Crianças e adolescentes com idade inferior a 16 anos com mais de 10 admissões/ano	Foram identificados 90 utentes com perfil de utilizadores frequentes, tendo a intervenção incluído 82 crianças e adolescentes com menos de 16 anos. A	Observou-se uma redução no número de admissões após a implementação do modelo de gestão de casos. Os resultados

	Implementar um plano de intervenção baseado na gestão de casos e avaliar sua eficácia na redução do número de episódios de urgência.		ao serviço de urgência. Foram identificados 90 utilizadores frequentes; após exclusão por idade, a amostra final incluiu 82 participantes.	maioria das admissões ocorreu em crianças do sexo masculino (58,9%), com idade média de 3,2 anos. Apenas 17,3% das visitas tinham referência prévia, o que significa que 82,7% ocorreram por iniciativa dos cuidadores. A maioria das admissões foi classificada como não urgente ou pouco urgente pela Triage de Manchester (59%). Um ano após a intervenção multidisciplinar com gestor de caso, observou-se uma redução mediana de 62% no número de admissões em 78 participantes com avaliação comparável.	sugerem que uma abordagem multidisciplinar, com planos individualizados e a articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários, pode contribuir para reduzir padrões de hiperfrequência e promover o uso mais adequado do SUP.
E7 Falsaperla et al. (2025) Itália	Caracterizar as apresentações neonatais nos SUP.	Estudo retrospectivo multicêntrico (análise de coorte), com	5.183 recém-nascidos (idade inferior a 28 dias) admitidos em três SUP de	A idade mediana à admissão foi de 14 dias, com ligeiro predomínio do sexo masculino (55%). A maioria das idas ao SUP foi	A maioria das admissões neonatais na urgência pediátrica correspondeu a situações não agudas

	Identificar as principais patologias que motivam estas idas. Analisar a gravidade clínica, as taxas de internamento e os padrões de referenciação. Explorar fatores associados ao recurso de urgência neonatal.	revisão exaustiva da literatura.	hospitais terciários em Catânia, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019.	classificada como não urgente (triagem verde, 59%). Os principais motivos de apresentação foram icterícia neonatal (15%), desconforto abdominal/cólicas (12%) e inflamação das vias aéreas superiores (11%). A autorreferenciação foi particularmente frequente nas primeiras semanas de vida. Apenas 25% dos recém-nascidos necessitaram de internamento; entre os hospitalizados, 67% tinham sido referenciados por pediatras dos cuidados primários. Cerca de 36,6% dos recém-nascidos da região recorreram ao SUP após a alta hospitalar. O maior número de admissões verificou-se em agosto,	e potencialmente evitáveis, frequentemente relacionadas com condições benignas. A elevada frequência de autorreferenciação nas primeiras semanas de vida sugere fragilidades na continuidade de cuidados entre a maternidade e os cuidados de saúde primários, bem como necessidades acrescidas de educação parental. O reforço do acompanhamento neonatal precoce, da articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários e de programas
--	--	---	---	--	--

				enquanto o pico de internamentos ocorreu em fevereiro.	estruturados de educação parental poderá contribuir para reduzir o recurso não urgente à urgência neonatal.
E8 Ellbrant et al. (2020) Suécia	Avaliar se a implementação de uma Unidade de Cuidados Primários Integrada no Hospital (HPCU), situada ao lado da urgência e com horário de funcionamento fora do horário regular, reduz as visitas de baixa urgência no Departamento de Emergência pediátrico.	Estudo transversal retrospectivo	Foram analisadas 3.216 visitas em 2012 e 3.074 em 2015, durante o horário de funcionamento da unidade de cuidados primários adjacente ao hospital.	Foram registadas 3.216 visitas ao serviço de urgência pediátrica em 2012 e 3.074 em 2015. Durante o horário de funcionamento da HPCU, verificou-se uma redução de 28% nas visitas ao serviço de urgência pediátrica e de 36% nas apresentações classificadas no grupo de triagem mais baixo. Observou-se também uma diminuição significativa dos casos de febre e dor de ouvido no serviço de urgência, bem como da proporção de doentes não internados. Em contrapartida, o tempo de	A implementação de uma unidade de cuidados primários adjacente ao hospital, com funcionamento fora do horário habitual, associou-se a menos visitas e a apresentações mais apropriadas ao serviço de urgência pediátrica. A proximidade física entre os dois níveis de cuidados parece facilitar o encaminhamento de casos menos urgentes para o

				permanência no serviço de urgência foi 25% superior, sugerindo que os casos remanescentes apresentavam maior complexidade clínica.	contexto assistencial mais adequado, permitindo ao SUP concentrar-se em situações de maior gravidade.
E9 Unwin et al. (2020) Austrália	Investigar a associação entre desvantagem socioeconómica, acessibilidade aos cuidados e apresentações não urgentes ao SUP.	Análise quantitativa retrospectiva de dados de saúde.	109.663 apresentações não urgentes registadas num serviço de urgência regional entre julho de 2009 e junho de 2016.	As apresentações não urgentes mostraram sobrerrepresentação de pessoas mais jovens e de residentes em áreas socioeconomicamente mais desfavorecidas. Os doentes com condições não urgentes eram até quatro vezes mais prováveis de viver em comunidades de maior desvantagem socioeconómica. O estudo sugere, ainda, que fatores de acessibilidade e de disponibilidade de cuidados na comunidade poderão influenciar este padrão de utilização.	A desvantagem socioeconómica constitui um fator determinante para as apresentações não urgentes ao serviço de urgência. Os resultados sugerem que a idade mais jovem e as limitações no acesso a cuidados de saúde na comunidade podem contribuir para este padrão, reforçando a necessidade de respostas de cuidados primários mais acessíveis em áreas

					de maior vulnerabilidade.
E10 Santos et al. (2023) Austrália	Determinar as características e os fatores de risco das idas não urgentes em RN. Avaliar o impacto da pandemia de COVID-19 sobre essas visitas e internamentos.	Estudo retrospectivo.	277 casos de recém-nascidos (idade inferior a 4 semanas) entre outubro de 2019 e setembro de 2020.	41% das visitas foram classificadas como não urgentes. As mães nascidas no estrangeiro representaram 33% do grupo não urgente, em comparação com 20% do grupo urgente. A idade média materna foi inferior no grupo não urgente (27,71 anos) em comparação com o grupo urgente (28,81 anos), sendo a idade materna mais elevada um fator protetor contra apresentações não urgentes. As queixas de apresentação mais frequentes foram mal-estar geral (59%), sintomas respiratórios (19%) e sintomas gastrointestinais (12%). Não se observaram diferenças estatisticamente significativas entre os	As apresentações neonatais não urgentes representaram 41% dos casos e foram mais frequentes entre filhos de mães nascidas no estrangeiro e entre mães com idade média mais baixa. Não se observaram diferenças significativas entre os períodos pré-COVID e pós-COVID. Os resultados sugerem que fatores sociodemográficos e contextuais podem influenciar a procura de cuidados, reforçando a

				períodos pré-COVID e pós-COVID quanto à proporção de apresentações não urgentes nem quanto às taxas de internamento.	importância do apoio pós-natal e da educação parental para reduzir o uso não urgente do SUP.
E11 Yang et al. (2017) Coreia do Sul	Explorar as características clínicas associadas às visitas urgentes de RN ao SUP. Identificar fatores que ajudem os médicos a distinguir casos graves de casos não urgentes.	Estudo retrospectivo de base hospitalar.	1.008 visitas neonatais (bebês com idade ≤ 28 dias) entre 2011 e 2015.	As visitas não urgentes corresponderam a 15,1% dos casos. Estas apresentações associaram-se mais frequentemente à autorreferenciação, à proveniência do domicílio e a visitas no período noturno ou vespertino. Em contraste, a referenciação prévia, a febre e a icterícia associaram-se mais aos casos urgentes.	As visitas neonatais não urgentes associaram-se mais frequentemente à autorreferenciação, à proveniência do domicílio e a apresentações fora do horário diurno. Os resultados sugerem que a incerteza dos cuidadores perante os sintomas neonatais e a necessidade de melhor orientação no período pós-natal podem contribuir para estas idas ao SUP. Estratégias de apoio precoce, como o

					seguimento pós-alta e o aconselhamento dirigido, poderão ajudar a reduzir as apresentações não urgentes.
E12 Lim et al. (2022) Singapura	Caracterizar as visitas de recém-nascidos aos SUP. Analisar as principais doenças e estabelecer associações entre dados demográficos, taxas de readmissão e graus de gravidade.	Análise retrospectiva (período de 7 meses).	1.200 recém-nascidos (idade inferior a 28 dias).	Entre 1.200 recém-nascidos avaliados, 79,4% recorreram ao serviço antes dos 15 dias de vida. A maioria das apresentações foi classificada como não-P1 (97,5%). Os diagnósticos mais frequentes foram icterícia neonatal (66,8%) e pirexia neonatal (14,6%), e 57,7% dos recém-nascidos foram internados. A maioria dos doentes foi levada diretamente pelos pais (50,7%), enquanto 48,2% foi referenciada por policlinicas ou outras clínicas. Entre os recém-nascidos clinicamente bem, 87,0% foram levados	A maioria das apresentações neonatais ocorreu nas primeiras duas semanas de vida e correspondeu a casos de baixa prioridade, sendo a icterícia neonatal e a pirexia os diagnósticos mais frequentes. Entre os recém-nascidos clinicamente bem, muitos foram levados ao SUP por preocupação parental, sem consulta prévia, sugerindo que o reforço da educação

				ao SUP por preocupação parental, sem consulta prévia.	parental, do suporte à amamentação e do acompanhamento precoce no período pré e pós-alta poderão contribuir para reduzir o recurso não urgente ao SUP.
E13 Rivas García et al. (2017) Espanha	Determinar a prevalência de hiperfrequentadores (HF) com 10 ou mais visitas ao SUP no período de um ano. Analisar as características demográficas e clínicas dos HF.	Estudo de coorte retrospectivo multicêntrico.	110.046 pacientes geraram 167.332 episódios de urgência.	Os hiperfrequentadores representaram 0,60% dos utilizadores, mas foram responsáveis por 3,93% das consultas. Predominaram crianças muito jovens, com idade média de 2,4 anos. A maioria das consultas foi classificada como pouco urgente ou não urgente. Os hiperfrequentadores apresentaram taxa de internamento inferior à dos utilizadores esporádicos (2,1% vs. 3,8%), o que sugere predominância de	Os hiperfrequentadores foram definidos como crianças com 10 ou mais visitas ao SUP por ano. Embora representassem apenas 0,60% dos utilizadores, foram responsáveis por 3,93% das consultas. Tratava-se, na sua grande maioria, de crianças muito jovens, com episódios classificados como pouco urgentes ou

				episódios de menor gravidade clínica.	não urgentes, que recebiam frequentemente alta para o domicílio ou para seguimento em cuidados primários.
E14 Veitch & Bentley (2025) Reino Unido	Avaliar o nível de conhecimento dos pais/cuidadores sobre a política de cuidados não programados do NHS. Identificar os motivos pelos quais os pais/cuidadores recorrem ao SUP para queixas não urgentes.	Estudo piloto observacional transversal, baseado em questionário (survey) e análise de registos clínicos.	Os pais/cuidadores de crianças que recorreram ao serviço de urgência pediátrica do Royal Hospital for Children and Young People, em Edimburgo, entre 20 e 28 de março de 2023. Foram recrutados 170 participantes; 103 responderam ao inquérito.	Apenas 9,7% dos pais/cuidadores tinham conhecimento da política de cuidados não programados do NHS. Mais de metade (55,3%) recorreu a outro serviço de saúde antes de ir ao SUP, e 50,5% referiram ter sido aconselhados por um profissional de saúde a dirigir-se ao hospital. No grupo não urgente, 76,5% tinham contactado previamente outro serviço e 58,8% tinham sido avaliados por um médico de família antes da ida ao SUP. As apresentações não urgentes pareceram associar-se	O estudo sugere que o conhecimento limitado dos pais/cuidadores sobre os percursos assistenciais e a referência potencialmente inadequada por profissionais de saúde podem contribuir para o aumento das apresentações não urgentes. Os resultados evidenciam limitações na concretização da política de 'right care, right place' e reforçam

				frequentemente à referenciação potencialmente inadequada, mais do que à decisão autónoma dos pais/cuidadores.	a necessidade de maior articulação entre os níveis de cuidados e a formação dos profissionais de cuidados de saúde primários.
--	--	--	--	--	--

7. Discussão dos Resultados

A análise dos estudos incluídos evidencia que a utilização não urgente do SUP por crianças com idade inferior a dois anos constitui um fenômeno multifatorial, transversal a diferentes contextos geográficos e sistemas de saúde. Apesar da heterogeneidade metodológica e conceptual identificada entre os estudos, emergem determinantes relativamente consistentes, relacionados com fatores parentais, barreiras organizacionais e fragilidades na articulação entre os diferentes níveis de cuidados.

Importa, contudo, salientar que a comparação direta entre os estudos deve ser realizada com prudência, uma vez que existem diferenças relevantes no que diz respeito às definições de “utilização não urgente”, aos sistemas de triagem utilizados, aos grupos etários incluídos, aos contextos assistenciais e aos próprios desenhos metodológicos. Ainda assim, a síntese dos resultados permite identificar padrões recorrentes e clinicamente relevantes, que ajudam a compreender os fatores associados ao recurso não urgente ao SUP nesta faixa etária.

Para facilitar a leitura crítica dos resultados e explicitar a correspondência entre os temas emergentes e os estudos incluídos, apresenta-se, no Quadro 4, uma síntese dos principais eixos temáticos identificados e dos estudos que os sustentam.

Quadro 4– Síntese dos temas principais e estudos associados

Tema Principal	Descrição Sintética	Estudos que abordam o tema
Predomínio da faixa etária de recém-nascidos e lactentes (idade inferior a 2 anos)	Crianças nos primeiros 24 meses de vida concentram uma proporção desproporcional de apresentações não urgentes ao SUP, apesar de representarem uma fração reduzida da população pediátrica.	E1; E4; E7; E12; E10; E11; E13

Recurso direto ao SUP (self-referral)	Uma porção importante das visitas não urgentes ocorre por iniciativa própria dos cuidadores, sem contacto prévio com cuidados de saúde primários ou com triagem telefónica.	E3; E4; E6; E7; E11; E14
Barreiras de acessibilidade aos cuidados primários	Horários limitados, dificuldade de acesso em tempo útil, menor confiança na capacidade resolutiva dos CSP e, em alguns contextos, fatores de acessibilidade geográfica podem favorecer o recurso não urgente ao SUP.	E1; E2; E3; E8; E9; E10; E11
Ansiedade parental e baixa literacia em saúde	A perceção subjetiva de urgência supera frequentemente a gravidade clínica objetiva, sobretudo entre cuidadores com baixa literacia em saúde, em contextos socioeconómicos desfavorecidos ou diante de barreiras culturais e linguísticas.	E5; E10; E11; E14
Utilizadores Frequentes e Utilização Desproporcional	Um pequeno grupo de crianças é responsável por uma percentagem	E6; E13

	desproporcional das visitas ao SUP, maioritariamente por situações não urgentes, com elevado potencial de intervenção focalizada.	
Fragilidades na transição maternidade-comunidade	Lacunas na orientação parental e na continuidade de cuidados após a alta da maternidade contribuem para o uso precoce do SUP nas primeiras semanas de vida.	E4; E7; E10; E11; E12

7.1- Predomínio da faixa etária de recém-nascidos e lactentes

Um dos resultados mais consistentes desta revisão integrativa é a elevada representação de RN e lactentes nas apresentações não urgentes ao SUP, identificada em sete dos catorze estudos incluídos (Simpson et al., 2022 [E1]; Blakey et al., 2021 [E4]; Falsaperla et al., 2025 [E7]; Lim et al., 2022 [E12]; Santos et al., 2023 [E10]; Yang et al., 2017 [E11]; Rivas García et al., 2017 [E13]). Apesar de constituírem apenas uma fração da população pediátrica global, estas crianças concentram uma proporção particularmente elevada de episódios classificados como pouco urgentes ou não urgentes.

Os estudos com populações pediátricas mais abrangentes reforçam esta tendência. Simpson et al. (2022) [E1] demonstram que as idas não urgentes ao SUP são particularmente frequentes entre as crianças mais novas, sobretudo nos primeiros anos de vida. No mesmo sentido, Rivas García et al. (2017) [E13] identificam que os hiperfrequentadores do SUP são predominantemente crianças muito jovens, maioritariamente com menos de dois anos, cujos episódios apresentam baixa gravidade clínica e necessidade reduzida de internamento.

Nos estudos especificamente centrados em RN, este padrão torna-se ainda mais evidente. Blakey et al. (2021) [E4] observaram um aumento significativo das apresentações neonatais ao longo de uma década, verificando que uma proporção relevante destes episódios não apresentava problemas médicos significativos e necessitava apenas de observação ou aconselhamento parental. De forma convergente, Falsaperla et al. (2025) [E7] identificam elevada prevalência de apresentações classificadas como não urgentes em RN,

frequentemente associadas a condições benignas, como icterícia neonatal, desconforto abdominal e infecções ligeiras das vias aéreas superiores.

Lim et al. (2022) [E12] demonstram que a maioria das apresentações neonatais ocorre nas primeiras duas semanas de vida, corresponde, em sua maioria, a casos de baixa prioridade e é frequentemente motivada por icterícia neonatal, pirexia ou preocupação parental. De igual modo, Yang et al. (2017) [E11] mostram que uma parte das visitas neonatais ao SUP corresponde a situações não urgentes, associadas mais frequentemente à autorreferenciação, à proveniência do domicílio e às apresentações no período noturno ou vespertino. Santos et al. (2023) [E10] acrescentam que as apresentações neonatais não urgentes associam-se a determinados fatores maternos e contextuais, reforçando a vulnerabilidade deste grupo etário nos primeiros dias e semanas de vida.

A evidência analisada sugere, assim, que a elevada representação de RN e lactentes nas idas não urgentes ao SUP não deve ser interpretada exclusivamente como utilização inadequada dos serviços, mas também como reflexo das necessidades específicas deste grupo etário. A vulnerabilidade clínica inerente aos primeiros meses de vida, associada à inexperiência parental e à dificuldade em distinguir manifestações fisiológicas normais de sinais de doença, poderá contribuir para uma percepção agravada de risco e, consequentemente, para uma maior procura de avaliação médica imediata (Blakey et al., 2021 [E4]; Falsaperla et al., 2025 [E7]; Yang et al., 2017 [E11]; Lim et al., 2022 [E12]).

7.2- Recurso direto ao Serviço de Urgência Pediátrica

A segunda temática identificada nesta revisão diz respeito ao recurso direto ao SUP por iniciativa dos cuidadores, sem contacto prévio com os CSP ou sem referenciação formal. Este padrão foi identificado em seis dos catorze estudos incluídos (Butun, 2024 [E3]; Blakey et al., 2021 [E4]; Martins et al., 2020 [E6]; Falsaperla et al., 2025 [E7]; Yang et al., 2017 [E11]; Veitch e Bentley, 2025 [E14]), evidenciando que o SUP surge frequentemente como ponto de acesso preferencial ao sistema de saúde.

Butun (2024) [E3] demonstra que uma proporção significativa dos cuidadores recorreu diretamente ao serviço de urgência, sem consulta prévia ao médico de família, e que essa decisão foi frequentemente justificada pela percepção de maior capacidade diagnóstica e tecnológica do hospital. Esta percepção parece refletir a ideia de que o ambiente hospitalar oferece maior segurança clínica, sobretudo quando os cuidadores enfrentam incerteza quanto à gravidade dos sintomas apresentados pela criança.

Este padrão também é observado em estudos focados em populações neonatais. Blakey et al. (2021) [E4] verificaram que quase metade das apresentações de RN ao SUP

ocorreu por iniciativa direta dos pais, sem prévia referência médica. De forma semelhante, Falsaperla et al. (2025) [E7] identificaram uma elevada proporção de admissões neonatais por autorreferenciação, reforçando a ideia de que os cuidadores frequentemente recorrem ao hospital perante sintomas considerados potencialmente preocupantes nas primeiras semanas de vida.

Resultados no mesmo sentido são descritos por Yang et al. (2017) [E11], que demonstram que as visitas neonatais não urgentes associam-se mais frequentemente à autorreferenciação e à proveniência direta do domicílio. No contexto português, Martins et al. (2020) [E6] identificam igualmente uma elevada proporção de admissões por iniciativa dos pais entre os utilizadores frequentes do SUP, sugerindo que a ausência de referência formal constitui um padrão recorrente neste grupo.

Importa, contudo, reconhecer que nem todas as apresentações não urgentes decorrem exclusivamente de decisões autónomas dos cuidadores. Veitch e Bentley (2025) [E14] demonstram que uma proporção significativa das famílias procurou previamente outro serviço de saúde antes de recorrer ao SUP e que cerca de metade referiu ter sido aconselhada por um profissional de saúde a dirigir-se ao hospital. Esta evidência sugere que parte das apresentações classificadas como não urgentes também pode resultar de referências clínicas por precaução, de orientações dadas em contexto de incerteza diagnóstica ou de limitações na capacidade de resposta em outros níveis assistenciais.

Os estudos analisados convergem, deste modo, no sentido de que o recurso direto ao SUP resulta da interação entre fatores parentais, perceções de segurança clínica e características organizacionais do sistema de saúde. A elevada proporção de autorreferenciações não deverá, por isso, ser entendida apenas como utilização inadequada dos serviços, mas também como expressão de fragilidades na articulação entre os níveis de cuidados e na disponibilidade de alternativas acessíveis de avaliação clínica no contexto comunitário.

7.3- Barreiras de acessibilidade aos Cuidados de Saúde Primários

As barreiras no acesso aos CSP constituem um determinante relevante do recurso não urgente ao SUP, estando presentes em sete dos catorze estudos incluídos nesta revisão (Simpson et al., 2022 [E1]; Al-Qahtani et al., 2021 [E2]; Butun, 2024 [E3]; Ellbrant et al., 2020 [E8]; Unwin et al., 2020 [E9]; Santos et al., 2023 [E10]; Yang et al., 2017 [E11]). Globalmente, estes estudos sugerem que limitações na disponibilidade, na organização e na perceção da capacidade resolutive dos cuidados primários contribuem para o uso do SUP em situações de baixa gravidade clínica.

Simpson et al. (2022) [E1] demonstram que uma proporção significativa das apresentações não urgentes ocorre fora do horário normal de funcionamento dos CSP, nomeadamente à noite, nos fins de semana e nos feriados. Este padrão sugere que a limitação temporal de acesso às consultas em tempo útil pode levar os cuidadores a recorrerem ao hospital como alternativa imediata para avaliação clínica. De forma complementar, Yang et al. (2017) [E11] demonstram que as visitas neonatais não urgentes tendem a ocorrer com maior frequência no período noturno, reforçando a associação entre limitações de acesso aos cuidados primários e maior utilização do serviço de urgência.

Para além da dimensão temporal, alguns estudos evidenciam que a perceção de menor capacidade diagnóstica dos cuidados primários também influencia a decisão de procura de cuidados. Butun (2024) [E3] identifica que muitos cuidadores acreditam que os centros de saúde não dispõem de recursos tecnológicos ou laboratoriais suficientes para avaliar adequadamente situações agudas, o que reforça a preferência pelo ambiente hospitalar. No mesmo sentido, Al-Qahtani et al. (2021) [E2] assinalam que a baixa taxa de internamento observada é compatível com o uso significativo do SUP em situações de menor gravidade, defendendo uma melhor orientação parental e maior acessibilidade aos CSP. Em alguns contextos, fatores territoriais e sociais também parecem influenciar o uso do SUP. Unwin et al. (2020) [E9] demonstram que as apresentações não urgentes estão sobrerrepresentadas entre residentes de áreas socioeconomicamente mais desfavorecidas e sugerem que fatores de acessibilidade e de disponibilidade de cuidados na comunidade podem influenciar esse padrão de utilização. De forma semelhante, Santos et al. (2023) [E10] sugerem que determinadas características sociodemográficas, como a condição migratória materna, podem influenciar a forma como as famílias utilizam o sistema de saúde e acedem aos diferentes níveis de cuidados.

Importa ainda destacar a evidência empírica apresentada por Ellbrant et al. (2020) [E8], que avaliaram o impacto da implementação de uma unidade de CSP adjacente ao hospital, com funcionamento fora do horário habitual. Durante os períodos de funcionamento dessa unidade, verificou-se uma redução das visitas totais ao SUP e das apresentações classificadas como pouco urgentes, sugerindo uma redistribuição mais adequada da procura entre os diferentes níveis de cuidados.

Esta evidência reforça a ideia de que o recurso não urgente ao SUP não pode ser explicado apenas por fatores individuais ou comportamentais, devendo igualmente ser compreendido à luz de características estruturais do sistema de saúde, como os horários de funcionamento, a disponibilidade de consulta em tempo útil, fatores de acessibilidade geográfica e a confiança na capacidade resolutiva dos cuidados primários.

7.4- Ansiedade parental e baixa literacia em saúde

A discrepância entre a urgência percebida pelos cuidadores e a gravidade clínica efetiva constitui outro fator relevante identificado nesta revisão, sendo abordada em quatro dos estudos incluídos (Lockwood et al., 2019 [E5]; Santos et al., 2023 [E10]; Yang et al., 2017 [E11]; Veitch e Bentley, 2025 [E14]). De forma geral, estes estudos sugerem que a percepção subjetiva de risco, associada a dificuldades na interpretação de sintomas e no uso do sistema de saúde, pode contribuir para o uso do serviço de urgência em situações de baixa gravidade clínica.

Embora frequentemente inter-relacionados, estes fatores não são equivalentes. A ansiedade parental traduz uma dimensão emocional da decisão de procurar cuidados; a literacia em saúde remete à capacidade de compreender sintomas, tomar decisões informadas e utilizar adequadamente o sistema de saúde; e as barreiras socioculturais condicionam o acesso, a comunicação e a confiança nos serviços. Assim, estes elementos parecem atuar de forma interdependente, influenciando simultaneamente a percepção de risco e a escolha do local de busca por cuidados.

Lockwood et al. (2019) [E5] demonstram que uma proporção significativa de cuidadores considera emergentes situações que, após triagem clínica, são classificadas como não urgentes. Os resultados sugerem que esta discrepância é mais frequente em contextos socioeconomicamente desfavorecidos, o que aponta para a baixa literacia em saúde como hipótese explicativa plausível, ainda que não exclusiva. A influência de fatores culturais e linguísticos também é evidenciada por Santos et al. (2023) [E10], que identificam maior probabilidade de idas não urgentes ao SUP entre filhos de mães nascidas no estrangeiro. Este resultado sugere que dificuldades de comunicação, barreiras culturais e menor familiaridade com o funcionamento do sistema de saúde podem contribuir para decisões de procura de cuidados orientadas por uma percepção agravada de risco.

Nos estudos centrados em RN, Yang et al. (2017) [E11] sugerem que a incerteza dos cuidadores perante sintomas neonatais e a necessidade de melhor orientação no período pós-natal podem contribuir para o recurso não urgente ao SUP. Esta incerteza pode amplificar a ansiedade parental e favorecer a procura de avaliação médica imediata em contexto hospitalar. De forma complementar, Veitch e Bentley (2025) [E14] demonstram que apenas uma pequena proporção dos cuidadores possui conhecimento adequado sobre a organização dos cuidados não programados e sobre os percursos assistenciais mais apropriados no sistema de saúde. Este resultado evidencia que a literacia em saúde não se limita ao reconhecimento de sintomas, mas também inclui a compreensão de quando, como e onde procurar cuidados.

A leitura destes estudos permite considerar que a ansiedade parental associada às apresentações não urgentes ao SUP não deverá ser interpretada apenas como resultado de lacunas informativas, mas também como expressão de dificuldades mais amplas na compreensão e no uso do sistema de saúde. Neste quadro, intervenções dirigidas ao reforço da literacia em saúde, à melhoria da educação parental e à adaptação cultural da informação prestada poderão desempenhar um papel relevante na redução de apresentações não urgentes.

7.5- Utilizadores frequentes e utilização desproporcional

Outro tema identificado nesta revisão diz respeito à existência de um grupo reduzido de crianças responsável por uma percentagem desproporcional das visitas ao SUP. Este fenómeno é descrito em dois dos estudos incluídos (Martins et al., 2020 [E6]; Rivas García et al., 2017 [E13]), o que demonstra que, embora numericamente limitado, este grupo exerce um impacto relevante na carga assistencial dos serviços de urgência.

Rivas García et al. (2017) [E13] analisaram a prevalência destes utilizadores, denominando-os hiperfrequentadores, e definiram-nos como crianças com 10 ou mais visitas ao SUP ao longo de um ano. Verificaram que este grupo representa 0,60% dos utilizadores, mas é responsável por 3,93% das consultas de urgência. Caracteriza-se predominantemente por crianças muito jovens, cujos episódios são classificados como pouco urgentes ou não urgentes, com baixa necessidade de internamento ou de intervenção hospitalar específica. De forma semelhante, Martins et al. (2020) [E6] identificaram características comparáveis no contexto português, em que os utilizadores frequentes do SUP eram maioritariamente crianças pequenas, frequentemente com episódios recorrentes e elevada proporção de admissões por iniciativa direta dos cuidadores, sem referência prévia por profissionais de saúde. Neste estudo, a maioria dos episódios foi classificada como não urgentes ou pouco urgentes pelo MTS. Este mesmo estudo fornece evidências relevantes sobre o potencial impacto de intervenções direcionadas a este grupo. Após a implementação de um modelo de gestão de casos, baseado na identificação precoce de utilizadores frequentes, na elaboração de planos de cuidados individualizados e na articulação entre o hospital e os CSP, observou-se, no ano subsequente, entre os participantes avaliados, uma redução mediana de 62% no número de admissões ao serviço de urgência.

Em conjunto, os resultados destes estudos indicam que os utilizadores frequentes constituem um grupo relativamente pequeno, mas com impacto significativo na utilização do SUP. A identificação precoce destes pacientes e a implementação de intervenções dirigidas, baseadas em modelos de gestão integrada de cuidados, podem representar uma abordagem

eficaz para reduzir a sobrecarga dos serviços de urgência pediátrica e melhorar a continuidade assistencial entre diferentes níveis de cuidados. Importa salientar, contudo, que a utilização repetida do SUP não deve ser interpretada exclusivamente como comportamento inadequado das famílias. Em muitos casos, este padrão pode refletir necessidades clínicas específicas, doenças crónicas, vulnerabilidades sociais ou dificuldades persistentes de acesso aos CSP.

7.6- Fragilidades na transição maternidade-comunidade

As fragilidades na transição entre a maternidade e os cuidados na comunidade emergem como um fator relevante para compreender o recurso precoce ao SUP, particularmente nas primeiras semanas de vida. Este fenómeno é descrito em cinco dos estudos incluídos nesta revisão (Blakey et al., 2021 [E4]; Falsaperla et al., 2025 [E7]; Santos et al., 2023 [E10]; Yang et al., 2017 [E11]; Lim et al., 2022 [E12]), os quais evidenciam que uma proporção significativa das apresentações neonatais ocorre pouco tempo após a alta da maternidade, frequentemente por condições benignas, dúvidas parentais ou dificuldades comuns no período pós-natal.

Blakey et al. (2021) [E4] demonstram que o número de atendimentos neonatais no SUP quase duplicou ao longo de uma década e que uma parte substancial dessas visitas ocorreu por iniciativa dos próprios pais, sem referência prévia. Muitos RN observados tiveram alta direta do serviço de urgência, e uma percentagem relevante não apresentava problemas médicos significativos, necessitando apenas de observação ou de aconselhamento parental. Estes resultados sugerem que muitas destas visitas poderão estar associadas a dúvidas sobre cuidados neonatais básicos, como alimentação, icterícia e outras situações benignas que poderiam ser abordadas de forma eficaz em contextos comunitários.

Resultados semelhantes são descritos por Falsaperla et al. (2025) [E7], que identificam uma elevada proporção de apresentações neonatais classificadas como não urgentes, predominantemente associadas a condições benignas. Neste estudo, a maioria das visitas ocorreu por iniciativa dos pais, reforçando a hipótese de que lacunas na continuidade de cuidados entre maternidades e CSP podem contribuir para este padrão de utilização. De forma consistente, Yang et al. (2017) [E11] sugerem que a incerteza dos cuidadores perante sintomas neonatais inespecíficos, possivelmente agravada por orientação inadequada no período pós-alta, pode contribuir para o recurso não urgente ao SUP.

Santos et al. (2023) [E10] identificam, ainda, que determinados grupos populacionais podem apresentar maior vulnerabilidade neste período de transição. Neste estudo, filhos de mães nascidas no estrangeiro apresentaram maior probabilidade de recorrer ao SUP por situações classificadas como não urgentes, sugerindo que barreiras linguísticas, culturais ou

de integração no sistema de saúde podem dificultar o acesso à informação e ao apoio adequados após a alta da maternidade.

Por sua vez, Lim et al. (2022) [E12] reforçam a relevância deste período ao demonstrarem que a maioria das apresentações neonatais ocorreu nas primeiras duas semanas de vida, frequentemente em RN clinicamente bem, levados ao SUP sobretudo por preocupação parental. Estes resultados corroboram a ideia de que o período imediatamente posterior à alta constitui uma fase particularmente sensível no percurso assistencial da criança e da família. Globalmente, estes achados apontam para o período imediatamente posterior à alta da maternidade como uma fase particularmente vulnerável na organização dos cuidados de saúde infantis. A insuficiente articulação entre as maternidades e os CSP, associada à ausência de mecanismos estruturados de acompanhamento precoce, poderá levar o serviço de urgência a ser utilizado como principal ponto de apoio para dúvidas ou preocupações parentais.

Neste contexto, estratégias como programas estruturados de educação parental antes da alta, visitas domiciliárias pós-parto, reforço da vigilância precoce nos CSP e linhas de aconselhamento especializadas poderão desempenhar um papel relevante na redução de apresentações não urgentes e no reforço da confiança dos cuidadores na gestão de situações clínicas comuns no período neonatal.

8- Conclusão

A elaboração do presente relatório permitiu integrar, de forma crítica e reflexiva, a experiência clínica desenvolvida em diferentes contextos de ensino clínico de enfermagem em saúde infantil e pediátrica. Mais do que descrever atividades realizadas ou sintetizar resultados de investigação, este trabalho constituiu uma oportunidade de consolidação de aprendizagens, de construção identitária enquanto futura Enfermeira Especialista e de aprofundamento da compreensão sobre o cuidado especializado da criança, do jovem e da família.

A Parte I evidenciou um percurso formativo progressivo, desenvolvido em contextos assistenciais distintos, porém complementares. Em cada um destes contextos, foi possível desenvolver conhecimentos, capacidades técnicas, competências relacionais e pensamento crítico, fundamentais para uma prática especializada, segura e centrada nas necessidades da criança e da família. Este percurso tornou particularmente evidente que cuidar implica muito mais do que intervir perante a doença ou responder a necessidades imediatas; implica compreender a criança e a família como um todo, reconhecer a singularidade de cada fase do desenvolvimento, adaptar a comunicação e a intervenção ao contexto e promover respostas humanizadas, integradas e baseadas na evidência.

No estágio de Neonatologia, o contacto com o RN, particularmente em situações de maior vulnerabilidade, permitiu aprofundar a consciência da complexidade e da necessidade de cuidados especializados nesta área. A vigilância clínica rigorosa, a atenção à estabilidade fisiológica, a prevenção de complicações, a promoção do conforto e do desenvolvimento, bem como a valorização do vínculo e da proximidade dos pais revelaram-se dimensões centrais da prática clínica. Este contexto contribuiu de forma muito significativa para consolidar a noção de que o cuidado neonatal não pode ser dissociado do cuidado à família, exigindo sensibilidade, capacidade de observação e uma intervenção tecnicamente diferenciada, mas, simultaneamente, relacional e humanizada.

No serviço de internamento de pediatria, a diversidade de situações clínicas, idades e necessidades familiares reforçou a importância de uma prática flexível, individualizada e sensível à complexidade do processo de saúde-doença na idade pediátrica. Neste contexto, tornou-se particularmente evidente a relevância da comunicação terapêutica, da educação para a saúde, do apoio emocional, da promoção da autonomia progressiva e da articulação com a equipa multidisciplinar. O contacto com crianças e adolescentes em diferentes fases do desenvolvimento, incluindo situações de doença crónica e maior vulnerabilidade emocional, permitiu aprofundar a compreensão de que a intervenção do enfermeiro deve ser ajustada não apenas à condição clínica, mas também ao estágio de desenvolvimento, ao

contexto familiar e à capacidade de participação da criança ou do jovem no processo de cuidados.

Por sua vez, o estágio em urgência pediátrica constituiu um contexto de grande intensidade formativa, marcado pela necessidade de avaliação rápida, raciocínio clínico, priorização, vigilância e tomada de decisão em tempo útil. Foi um estágio particularmente desafiante, tanto pela exigência técnica quanto pela pressão emocional decorrente da imprevisibilidade e da gravidade potencial das situações. Simultaneamente, permitiu consolidar competências fundamentais na abordagem à criança em situação aguda ou crítica, no acolhimento da família em contexto de ansiedade, na comunicação em momentos de maior tensão e na prestação de cuidados seguros e humanizados, mesmo em cenários de elevada complexidade, como as situações de emergência. Foi também neste contexto que emergiu, de forma mais clara, a problemática que sustentou a Parte II do relatório.

A revisão integrativa desenvolvida permitiu compreender que o recurso inadequado ao SUP em crianças com menos de dois anos constitui um fenómeno complexo e multifatorial, que não pode ser interpretado de forma simplista. A análise dos estudos incluídos mostrou que este padrão de utilização resulta da interação entre fatores parentais, sociais, organizacionais e assistenciais. Entre eles destacam-se a ansiedade parental, a percepção subjetiva de gravidade, a vulnerabilidade associada aos primeiros anos de vida, a baixa literacia em saúde, as dificuldades de acesso aos CSP, a autorreferenciação e as fragilidades na continuidade de cuidados entre maternidade, comunidade e hospital.

Estes resultados permitiram aprofundar a compreensão de uma realidade frequentemente observada na prática clínica, sobretudo no contexto de urgência pediátrica, em que muitas famílias recorrem ao hospital não apenas pela gravidade objetiva da situação, mas também pela necessidade de validação, orientação, segurança e apoio na tomada de decisão. Neste sentido, a investigação reforçou a importância de considerar o recurso não urgente ao SUP não apenas como uso inadequado dos serviços, mas também como possível indicador de necessidades não plenamente atendidas em outros níveis de cuidados. Esta perspetiva exige uma abordagem mais abrangente, centrada na experiência da família, na acessibilidade do sistema e na capacitação dos cuidadores.

A articulação entre a Parte I e a Parte II constituiu, assim, um dos aspetos mais relevantes deste relatório. A experiência em estágio permitiu identificar um fenómeno com forte impacto assistencial e organizacional, enquanto a investigação contribuiu para o compreender de forma mais estruturada, crítica e fundamentada. Esta complementaridade entre prática e evidência reforçou a importância de uma enfermagem reflexiva e cientificamente sustentada, capaz de transformar a observação clínica em questionamento relevante e em conhecimento útil para a melhoria dos cuidados.

Ao longo de todo este percurso, tornou-se particularmente evidente o papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na promoção de cuidados de qualidade. A sua intervenção revela-se essencial na vigilância especializada da criança e do jovem, na identificação precoce de sinais de risco, na educação para a saúde, no apoio à parentalidade, na capacitação dos cuidadores, na promoção da literacia em saúde e na articulação entre diferentes contextos assistenciais. No âmbito específico da problemática estudada, destaca-se a importância de sua ação na preparação para a alta, na orientação às famílias sobre sinais de alerta e recursos disponíveis, na promoção da confiança na gestão de situações frequentes da infância e no encaminhamento adequado na rede de cuidados.

Em síntese, o presente relatório traduz um percurso de crescimento académico, clínico e pessoal, no qual a experiência de estágio e a investigação se reforçaram mutuamente. Para além da consolidação de competências técnicas e científicas, este trabalho permitiu aprofundar a consciência da complexidade do cuidar em saúde infantil e pediátrica, bem como da responsabilidade do enfermeiro especialista na construção de respostas mais seguras, humanizadas, centradas na família e ajustadas às necessidades reais da criança e do jovem.

Considerações Finais

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, este percurso permitiu desenvolver de forma consistente a capacidade de tomada de decisão clínica fundamentada, a responsabilidade profissional e ética, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a gestão da segurança e a utilização crítica da evidência científica na sustentação da prática. A experiência em estágio exigiu não apenas a mobilização de conhecimentos técnico-científicos, mas também a capacidade de refletir sobre a ação, reconhecer limites, identificar necessidades de melhoria e reajustar as intervenções em função da singularidade de cada situação clínica e familiar.

Relativamente às competências específicas do EEESIP, foi possível consolidar capacidades essenciais na avaliação especializada da criança e do jovem, considerando as diferentes fases do desenvolvimento, a situação clínica, o contexto familiar e o potencial de risco ou de vulnerabilidade. A prestação de cuidados em Neonatologia, Pediatria e Urgência Pediátrica favoreceu o desenvolvimento de competências na vigilância clínica, na deteção precoce de sinais de agravamento, na priorização de cuidados, na adaptação da intervenção às necessidades da criança e do jovem e na promoção de respostas seguras em situações de maior complexidade.

Foi igualmente reforçada a competência do enfermeiro especialista na promoção do desenvolvimento infantil e juvenil e na valorização da parentalidade, enquanto processo central no cuidado em pediatria. Ao longo dos estágios, tornou-se evidente a importância de reconhecer os pais e cuidadores como parceiros ativos no processo terapêutico, promovendo a sua participação, capacitação e confiança. A intervenção especializada passou, assim, pela educação para a saúde, pela orientação antecipatória, pelo esclarecimento de dúvidas, pelo apoio emocional e pela validação das preocupações parentais, contribuindo para uma vivência mais segura e participativa do processo de cuidados.

Outro aspeto particularmente relevante foi o aprofundamento da competência comunicacional do EEESIP. A prática clínica demonstrou que a comunicação adequada com a criança, o adolescente e a família é uma dimensão estruturante do cuidado especializado. Tal implica adequar linguagem, escutar ativamente, respeitar o nível de desenvolvimento, reconhecer necessidades emocionais, promover a expressão de dúvidas e medos e construir uma relação terapêutica baseada na confiança. Em contextos mais exigentes, como a urgência pediátrica ou o acompanhamento de situações de doença crónica, esta competência revelou-se determinante para a humanização dos cuidados, a adesão às orientações e a continuidade assistencial.

O percurso desenvolvido permitiu ainda consolidar competências na articulação entre os níveis de cuidados e na promoção da continuidade assistencial, aspetos particularmente relevantes no exercício especializado em saúde infantil e pediátrica. Tornou-se evidente que o enfermeiro especialista não atua apenas no episódio de doença ou no contexto institucional imediato, mas também como elemento facilitador de transições seguras entre o hospital, a comunidade, a escola e os cuidados de saúde primários. Esta dimensão assume especial relevância na preparação para a alta, no acompanhamento de crianças com necessidades de saúde específicas e na capacitação das famílias para a gestão do cuidado fora do hospital.

A integração da componente investigativa neste relatório reforçou também uma competência essencial do enfermeiro especialista: a capacidade de mobilizar e produzir conhecimento relevante para a melhoria da prática. A análise da problemática do recurso não urgente ao SUP permitiu compreender, de forma mais aprofundada, fatores com impacto direto na organização dos cuidados e na intervenção do EEESIP, reforçando a importância de práticas baseadas na evidência e sensíveis à realidade concreta das famílias. Neste sentido, o enfermeiro especialista também se afirma como profissional capaz de questionar a prática, identificar necessidades emergentes e contribuir para a construção de respostas assistenciais mais adequadas.

Em termos globais, este percurso permitiu-me reconhecer que ser Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica implica conjugar competência clínica, rigor científico, sensibilidade relacional, capacidade educativa, pensamento crítico e compromisso ético. Mais do que dominar procedimentos ou contextos específicos, implica ser capaz de cuidar de forma integral, diferenciada e humanizada, promovendo o bem-estar, a segurança, o desenvolvimento e a capacitação da criança, do jovem e da família. Assim, estas considerações finais traduzem não apenas o encerramento de uma etapa académica, mas, sobretudo, a consolidação de uma identidade profissional especializada, sustentada no compromisso com a excelência dos cuidados e com a melhoria contínua da prática em enfermagem pediátrica.

Referências bibliográficas

- Abel, T., & Benkert, R. (2022). Critical health literacy: Reflection and action for health. *Health Promotion International*, 37(4), daac114. <https://doi.org/10.1093/heapro/daac114>
- Administração Central do Sistema de Saúde, I. P. (2022). *Circular normativa n.º 11/2022/DPS/ACSS: Termos de referenciação dos episódios de urgência hospitalar referenciados pela linha SNS 24*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/11/Circular_Normativa_11_2022.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2023). *Relatório e contas 2022*. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Relatorio-Contas_MS_SNS_2022_vf.pdf
- Adriaenssens, J., De Gucht, V., & Maes, S. (2015). Causes and consequences of occupational stress in emergency nurses, a longitudinal study. *Journal of nursing management*, 23(3), 346–358. <https://doi.org/10.1111/jonm.12138>
- Afilalo, J., Marinovich, A., Afilalo, M., Colacone, A., Léger, R., Unger, B. and Giguère, C. (2004), Nonurgent Emergency Department Patient Characteristics and Barriers to Primary Care. *Academic Emergency Medicine*, 11: 1302-1310. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.08.032>
- Albuquerque, C. L., Salva, I., Santos, J., Batalha, S., Lito, D., Ferreira, P., & Cunha, F. (2015). O recém-nascido no serviço de urgência – Que triagem? *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46(4), 357–364. <https://doi.org/10.25754/pjp.2015.6284>
- Aljawad, B., Miraj, S. A., Alameri, F., Alzayer, H., et al. (2025). Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: A scoping review of interventions, barriers, and facilitators. *BMC Pediatrics*, 25, Article 291. <https://doi.org/10.1186/s12887-025-05620-w>
- Al-Qahtani, M. H., Yousef, A. A., Awary, B. H., et al. (2021). Characteristics of visits and predictors of admission from a paediatric emergency room in Saudi Arabia. *BMC Emergency Medicine*, 21, 72. <https://doi.org/10.1186/s12873-021-00467-7>
- Als, H., & McNulty, G. B. (2011). The Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) with Kangaroo Mother Care (KMC): Comprehensive Care for Preterm Infants. *Current women's health reviews*, 7(3), 288–301. <https://doi.org/10.2174/157340411796355216>
- Altimier, L., & Phillips, R. (2016). The neonatal integrative developmental care model: Advanced clinical applications of the seven core measures for neuroprotective family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(4), 230–244. <https://doi.org/10.1053/j.nainr.2016.09.030>

Alzamel, L. G., Al-Maghaireh, D. F., & Alsaqer, K. (2025). A systematic review of the impact of nursing triage on length of stay in paediatric emergency department. *Journal of Clinical Nursing*, 34(6), 1984–1992. <https://doi.org/10.1111/jocn.17741>

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). 14. Children and adolescents: Standards of Care in Diabetes—2025. *Diabetes Care*, 48(Suppl. 1), S283–S305. <https://doi.org/10.2337/dc25-S014>

American Psychiatric Association. (2023). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (4th ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890424865>

Armas Junco, L., & Fernández-Hawrylak, M. (2022). Teachers' and parents' perceptions of care for students with type 1 diabetes mellitus and their needs in the school setting. *Children*, 9(2), 143. <https://doi.org/10.3390/children9020143>

Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2024). *Ter diabetes tipo 1 na escola*. In *Diabetes: Viver em equilíbrio* (N.º 109). https://apdp.pt/wp-content/uploads/2024/06/Diabetes_109_OTC_net-1.pdf

Baird, J., Rehm, R. S., Hinds, P. S., Baggott, C., & Davies, B. (2016). Do you know my child? Continuity of nursing care in the pediatric intensive care unit. *Nursing Research*, 65(2), 142–150. <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000135>

Bassi, M., Scalas, L. F., Lucarelli, L., Peverini, L., Burrai, J., Cossu, S., Manca, S., Saderi, L., & Nurchis, M. C. (2024). Management of type 1 diabetes in a school setting: Effectiveness of an online training program for school staff. *Frontiers in Public Health*, 11, 1228975. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1228975>

Benahmed, N., Laokri, S., Zhang, W. H., Verhaeghe, N., Trybou, J., Cohen, L., De Wever, A., & Alexander, S. (2012). Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *European journal of pediatrics*, 171(12), 1829–1837. <https://doi.org/10.1007/s00431-012-1853-y>

Berchet, C. (2015). *Emergency care services: Trends, drivers and interventions to manage the demand* (OECD Health Working Paper No. 83). OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/5jrts344crns-en>

Blakey, S. J., Lyttle, M. D., & Magnus, D. (2021). Retrospective observational study of neonatal attendances to a children's emergency department. *Acta Paediatrica*, 110(11), 3018–3024. <https://doi.org/10.1111/apa.16039>

Bray, M., Heruc, G., & Wright, O. R. L. (2025). From silos to synergy: A scoping review of team approaches to outpatient eating disorder treatment. *International Journal of Eating Disorders*, 58(1), 139–161. <https://doi.org/10.1002/eat.24328>

Butun, A. (2024). The role of family health centres in preventing paediatric emergency department usage of parents of children with non-urgent conditions. *BMC Primary Care*, 25, 420. <https://doi.org/10.1186/s12875-024-02673-1>

Carret, M. L., Fassa, A. C., & Domingues, M. R. (2009). Inappropriate use of emergency services: a systematic review of prevalence and associated factors. *Cadernos de saude publica*, 25(1), 7–28. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2009000100002>

Carvalho, V. M. P. (2022). *Perceção dos pais sobre o papel do enfermeiro de referência nos cuidados à criança submetida a transplante hepático* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/7173>

Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E. P. E. (2023). Relatório e contas 2023. https://www.ulscoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/43/2025/10/Relatorio-e-Contas-2023_signed.pdf

Christ, M., Grossmann, F., Winter, D., Bingisser, R., & Platz, E. (2010). Modern triage in the emergency department. *Deutsches Arzteblatt international*, 107(50), 892–898. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2010.0892>

Chung, R. J., Fein, J. A., Ford, C. A., Ginsburg, K. R., Mollen, C. J., Siegel, R. M., Simmons, P. S., & Alderman, E. M. (2024). Confidentiality in the care of adolescents. *Pediatrics*, 153(5), e2024066326. <https://doi.org/10.1542/peds.2024-066326>

Coret, M., Colton, P., Katzman, D. K., & Canadian Paediatric Society, Adolescent Health Committee. (2024). A guide to the community management of paediatric eating disorders. *Canadian Paediatric Society*. <https://cps.ca/en/documents/position/eating-disorders>

Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N. H., Guarda, A. S., Guarda, A. S., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Peebles, R., Rosen, D. S., Surgenor, L., Walling, D., Zucker, N., & McIntyre, J. S. (2023). The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167–171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>

Cruz, A. M., Gonçalves-Pinho, M., Santos, J. V., Magalhães, E., Freitas, A., & Dourado, M. (2018). Eating disorders-related hospitalizations in Portugal: A nationwide study from 2000 to 2014. *International Journal of Eating Disorders*, 51(10), 1201–1206. <https://doi.org/10.1002/eat.22955>

Direção Executiva do Serviço Nacional de Saúde. (2023, 25 de novembro). *Deliberação sobre a reorganização dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde*. Serviço Nacional de Saúde.

Direção-Geral da Saúde, & Direção-Geral da Educação. (2016). *Orientação n.º 006/2016: Crianças e jovens com diabetes mellitus tipo 1 na escola*. https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/orientacao_diabetes_dez2016_assinada.pdf

Direção-Geral da Saúde. (2018, 9 de janeiro). *Norma n.º 002/2018: Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/sistemas-de-triagem-dos-servicos-de-urgencia-e-referenciacao-interna-imediata.pdf>

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

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019–2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Direção-Geral da Saúde. (2022). *Relatório – Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019–2022*. <https://www.backoffice.dgs.pt/upload/DGSv9/ficheiros/i030040.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2025). *Programa Nacional para a Diabetes - Desafios e Estratégias 2025*. Direção-Geral da Saúde. <https://newsfarma.pt/wp-content/uploads/2025/11/Relato%CC%81rio-PND-2025.pdf>

Diviani, N., van den Putte, B., Giani, S., & van Weert, J. C. M. (2015). Low health literacy and evaluation of online health information: A systematic review of the literature. *Journal of Medical Internet Research*, 17(5), e112. <https://doi.org/10.2196/jmir.4018>

do Carmo, I., Reis, D., Varandas, P., Bouça, D., Santo, D. P., Neves, A., André, I., Sampaio, D., & Galvão-Teles, A. (2001). Epidemiology of anorexia nervosa. Prevalence of anorexia nervosa in female adolescents from the districts of Lisboa and Setúbal. *Acta Médica Portuguesa*, 14(3), 123–128. <https://doi.org/10.20344/amp.1850>

Durand, A. C., Gentile, S., Devictor, B., Palazzolo, S., Vignally, P., Gerbeaux, P., & Sambuc, R. (2011). ED patients: how nonurgent are they? Systematic review of the emergency medicine literature. *The American journal of emergency medicine*, 29(3), 333–345. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2010.01.003>

Durand, A. C., Palazzolo, S., Tanti-Hardouin, N., Gerbeaux, P., Sambuc, R., & Gentile, S. (2012). Nonurgent patients in emergency departments: rational or irresponsible consumers? Perceptions of professionals and patients. *BMC research notes*, 5, 525. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-525>

Ellbrant, J., Åkeson, J., Sletten, H., Eckner, J., & Karlsland Åkeson, P. (2020). Adjacent primary care may reduce less urgent pediatric emergency department visits. *Clinical Pediatrics*, 59(7), 692–699. <https://doi.org/10.1177/0009922820926276>

Falsaperla, R., Meli, M., Sortino, V., Marino, S., Tardino, L., Trobia, G. L., Barbagallo, M., Scalia, B., & Sicilian Group of the Italian Society of Neonatology (SIN) (2025). Reasons for Neonatal Presentations to Pediatric Emergency Departments in Catania: Multicentric Cross-Sectional Analysis and Exhaustive Review of the Literature. *Birth (Berkeley, Calif.)*, 52(2), 269–277. <https://doi.org/10.1111/birt.12877>

Farrell, M. (1992). Partnership in care: Paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175–176. <https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175>

Figley C. R. (2002). Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of clinical psychology*, 58(11), 1433–1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

FitzGerald, G., Jelinek, G. A., Scott, D., & Gerdzt, M. F. (2010). Emergency department triage revisited. *Emergency medicine journal : EMJ*, 27(2), 86–92. <https://doi.org/10.1136/emj.2009.077081>

Fonseca, H. (2011). Perturbações do comportamento alimentar na adolescência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 27(Suppl. 1), 61–68. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v27i2.10841>

Frazier, S. B., Gay, J. C., Barkin, S., Graham, M., Walsh, M., & Carlson, K. (2022). Pediatric emergency department to primary care transfer protocol: Transforming access for patients' needs. *Healthcare*, 10(3), 100643. <https://doi.org/10.1016/j.hjdsi.2022.100643>

Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavalacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: A systematic literature review. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 109(5), 1402–1413. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqy342>

Godino-láñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J., & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 8(3), 239. <https://doi.org/10.3390/healthcare8030239>

Groombridge, C. J., Kim, Y., Maini, A., Smit, D. V., Fitzgerald, M. C., & Story, D. A. (2019). Stress and decision-making in resuscitation: A systematic review. *Resuscitation*, 144, 115–122. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2019.09.023>

Guttmann, K. F., Kilcullen, M., Feudtner, C., & Boss, R. D. (2024). Parent perspectives on communication quality in the neonatal intensive care unit. *Children*, 11(8), 928. <https://doi.org/10.3390/children11080928>

Halm, M. A., et al. (2024). Facilitating family presence during resuscitation and invasive procedures throughout the life span. *Critical Care Nurse*, 44(2), e1–e13. <https://doi.org/10.4037/ccn2023733>

Heath, G., Farre, A., & Shaw, K. (2017). Parenting a child with chronic illness as they transition into adulthood: A systematic review and thematic synthesis of parents' experiences. *Patient education and counseling*, 100(1), 76–92. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.08.011>

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

Hodgson, C. R., Mehra, R., & Franck, L. S. (2025). Infant and family outcomes and experiences related to family-centered care interventions in the NICU: A systematic review. *Children*, 12(3), 290. <https://doi.org/10.3390/children12030290>

Horovitz, O., Bausback, K., Kreipe, R. E., & Ornstein, R. M. (2025). Advancements in the diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents: Challenges, progress, and future directions. *Nutrients*, 17(10), 1744. <https://doi.org/10.3390/nu17101744>

Horovitz, O., Matetsky, E., Harshman, S. G., Golden, N. H., & Bravender, T. (2025). Advancements in the diagnosis and treatment of eating disorders in children and adolescents: Challenges, progress, and future directions. *Nutrients*, 17(10), 1744. <https://doi.org/10.3390/nu17101744>

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020, March 11). *Gestos que salvam – Quais os critérios do INEM para enviar meios de socorro*. <https://www.inem.pt/2020/03/11/gestos-que-salvam-quais-os-criterios-do-inem-para-enviar-meios-de-socorro-4/>

Instituto Nacional de Estatística. (2025, 30 de maio). *1 675 610 crianças (até aos 17 anos) residentes em Portugal em 2023, 15,7% do total*. INE. https://www.ine.pt/xportal/xmain?DESTAQUESdest_boui=728525822&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt&xpgid=ine_destaques&xpid=INE

Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2022). *Guia orientador: Estágio de cuidados na comunidade e estágio com relatório em cuidados diferenciados*. IPV/ESSV.

Johns Hopkins All Children's Hospital. (2023). *Neuroprotective care of the NICU infant clinical pathway*. https://www.hopkinsmedicine.org/-/media/files/allchildrens/clinical-pathways/neuroprotective-care-of-the-nicu-infant-11_22_23.pdf

Keselman, A., Smith, C. A., Murcko, A. C., Kaufman, D. R., Velázquez-Spitz, G., Hsieh, C., & Martins, S. (2019). Evaluating the quality of health information in a changing digital ecosystem. *Journal of Medical Internet Research*, 21(2), e11129. <https://doi.org/10.2196/11129>

Kubb, C., & Foran, H. M. (2020). Online health information seeking by parents for their children: Systematic review and agenda for further research. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e19985. <https://doi.org/10.2196/19985>

La Rosa, V. L., Geraci, A., Iacono, A., Commodari, E., Cernigliaro, D., & Miscia, S. (2024). Affective touch in preterm infant development: Neurobiological mechanisms and implications for child-caregiver attachment and neonatal care. *Children*, 11(11), 1407. <https://doi.org/10.3390/children11111407>

Lee, J. (2023). Neonatal family-centered care: Evidence and practice models. *Clinical and Experimental Pediatrics*, 66(11), 529–535. <https://doi.org/10.3345/cep.2023.00436>

Libman, I., Haynes, A., Lyons, S., Pradeep, P., Rwagasore, E., Tung, J. Y. L., Agarwal, S., Deeb, A., Jefferies, C. A., Sanzana, M. G., Shah, A. S., Tauschmann, M., Wolfsdorf, J. I., & Craig, M. E. (2022). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Definition, epidemiology, and classification of diabetes in children and adolescents. *Pediatric Diabetes*, 23(8), 1160–1174. <https://doi.org/10.1111/pedi.13454>

Lim, J. M. V., James, V., Yeo, Y. J. E., Low, Y. M., Chew, Y. R., & Ganapathy, S. (2022). Neonatal presentations to the paediatric emergency department in Singapore. *Singapore Medical Journal*, 63(11), 667–673. <https://doi.org/10.11622/smedj.2021160>

Liu, C.-H., Yang, C.-W., Lockey, A., Greif, R., & Cheng, A. (2024). Factors influencing workload and stress during resuscitation: A scoping review. *Resuscitation Plus*, 18, 100630. <https://doi.org/10.1016/j.resplu.2024.100630>

Lockwood, A., Dandekar, A., Arias, M., Ovalles, M., & Bentley, S. (2019). Factors associated with pediatric emergency room utilization in an urban community hospital in Santiago, Dominican Republic. *Annals of Global Health*, 85(1), 77. <https://doi.org/10.5334/aogh.2327>

Machado, P., Machado, B. C., Gonçalves, S., Hoek, H. W. (2007). The prevalence of eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40(3), 212–217. <https://doi.org/10.1002/eat.20358>

Mackway-Jones, K., Marsden, J., & Windle, J. (Eds.). (2014). *Emergency triage* (3rd ed.). Wiley-Blackwell.

Martin, C. M. (2025). Reframing super-utilization: A complex systems review of cost-focused interventions in high-need, high-cost care—Radical transformation is needed. *Systems*, 13(11), Article 965. <https://doi.org/10.3390/systems13110965>

Martins, M., Marques, R., Sousa, M., et al. (2020). Utilizadores frequentes da urgência pediátrica: Conhecer, intervir e analisar—um estudo piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 311–317. <https://doi.org/10.20344/amp.12769>

Martins, M. T., Guerra, A. T., Correia, J., Moura, J., Barradas, N., & Vaz Pinto, S. (2024). Perturbações do comportamento alimentar: Casuística da unidade de internamento

de pedopsiquiatria do Hospital Dona Estefânia no ano de 2022. *Gazeta Médica*, 11(1). <https://doi.org/10.29315/gm.v11i1.777>

Mealer, M., Jones, J., & Moss, M. (2012). A qualitative study of resilience and posttraumatic stress disorder in United States ICU nurses. *Intensive care medicine*, 38(9), 1445–1451. <https://doi.org/10.1007/s00134-012-2600-6>

Menekşe, D., Tiryaki, Ö., & Çınar, N. (2025). Determination of the relationship between parents' health literacy and fever management of their children: A cross-sectional study. *Journal of Advanced Nursing*, 81, 867–877. <https://doi.org/10.1111/jan.16275>

Molloy, E. J., El-Dib, M., Limbrick, D. D., Jr., du Plessis, A. J., & Soul, J. S. (2024). Neuroprotective therapies in the NICU in preterm infants: Present and future. *Pediatric Research*, 95(Suppl 1), 36–52. <https://doi.org/10.1038/s41390-023-02947-6>

Moola, S., Munn, Z., Tufanaru, C., Aromataris, E., Sears, K., Sfetcu, R., Currie, M., Qureshi, R., Mattis, P., Lisy, K., & Mu, P.-F. (2020). Chapter 7: Systematic reviews of etiology and risk. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JB1 manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>

Morag, I., & Ohlsson, A. (2016). Cycled light in the intensive care unit for preterm and low birth weight infants. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (8), CD006982. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006982.pub4>

Morrison, A. K., Glick, A., & Yin, H. S. (2019). Health literacy: Implications for child health. *Pediatrics in Review*, 40(6), 263–277. <https://doi.org/10.1542/pir.2018-0027>

Morrison, A. K., Myrvik, M. P., Brousseau, D. C., Hoffmann, R. G., & Stanley, R. M. (2013). The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Academic pediatrics*, 13(5), 421–429. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2013.03.001>

Morrison, A. K., Schapira, M. M., Gorelick, M. H., Hoffmann, R. G., & Brousseau, D. C. (2014). Low caregiver health literacy is associated with higher pediatric emergency department use and nonurgent visits. *Academic Pediatrics*, 14(3), 309–314. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2014.01.004>

National Institute for Health and Care Excellence. (2017). *Eating disorders: Recognition and treatment* (NG69). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng69>

Neill, S. J., Roland, D., Jones, C. H. D., Thompson, M. J., & Lakhanpaul, M. (2016). Parents' help-seeking behaviours during acute childhood illness at home: A contribution to explanatory theory. *Journal of Child Health Care*, 20(1), 77–86. <https://doi.org/10.1177/1367493514551309>

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>

Ogle, G. D., James, S., Dabelea, D., Pihoker, C., Svensson, J., Maniam, J., Jenkins, A. J., Gregg, E., Saboo, B., & others. (2025). Global type 1 diabetes prevalence, incidence, and mortality estimates 2025: Results from the International Diabetes Federation Atlas, 11th edition, and the T1D Index version 3.0. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 225, 112277.

Ohlsson, A., & Jacobs, S. E. (2013). NIDCAP: A systematic review and meta-analyses of randomized controlled trials. *Pediatrics*, 131(3), e881–e893. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2121>

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, de 6 de fevereiro. *Diário da República*, 2.ª série (26), 4744–4750. Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho. *Diário da República*, 2.ª série(133), 19192–19194. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2020). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros* (versão consolidada). Diário da República.

Organização Mundial da Saúde. (2008). *Primary health care: Now more than ever* (World Health Report 2008). World Health Organization. [https://www.paho.org/sites/default/files/PHC The World Health Report-2008.pdf](https://www.paho.org/sites/default/files/PHC%20The%20World%20Health%20Report-2008.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2012). *Making health services adolescent friendly: Developing national quality standards for adolescent-friendly health services*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/75217>

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents: A guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health care services for adolescents* (Vol. 1). World Health Organization.

Organização Mundial da Saúde, & UNICEF. (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: Towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. World Health Organization. <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>

Organização Mundial da Saúde (2019). *Adolescent health: The missing population in universal health coverage*. World Health Organization Regional Office for the Eastern

Mediterranean. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mca-documents/adolescents/adolescents-and-youth/adolescent-health-uhc-report_final-may-2019.pdf

Organização Mundial da Saúde. (2022). *WHO recommendations for care of the preterm or low-birth-weight infant*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240058262>

Organização Mundial da Saúde. (2022). *Primary health care for children and adolescents: Working together for health and well-being*. World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352485/9789289057622-eng.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2025, December 22). *Health literacy*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/health-literacy>

Organização Mundial da Saúde. (2025). *Kangaroo mother care: A clinical practice guide*. <https://www.who.int/publications/m/item/kangaroo-mother-care--a-clinical-practice-guide>

OECD (2023), *Health at a Glance 2023: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/7a7afb35-en>.

O'Malley, A. S. (2013). After-hours access to primary care practices linked with lower emergency department use and less unmet medical need. *Health Affairs*, 32(1), 175–183. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2012.0494>

Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed.)*, 372, n160. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

Pantell, R. H., Newman, T. B., Bernzweig, J., Bergman, D. A., Takayama, J. I., Segal, M., Finch, S. A., & Wasserman, R. C. (2004). Management and outcomes of care of fever in early infancy. *JAMA*, 291(10), 1203–1212. <https://doi.org/10.1001/jama.291.10.1203>

Pathak, B. G., Sinha, B., Upadhyay, R. P., Martinez, J. C., Bahl, R., & Mazumder, S. (2023). Effects of kangaroo mother care on maternal and paternal health: Systematic review and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 101(6), 391–402G. <https://doi.org/10.2471/BLT.22.288977>

Pearce, S., Marchand, T., Shannon, T., Ganshorn, H., & Lang, E. (2023). Emergency department crowding: An overview of reviews describing measures, causes, and harms. *Internal and Emergency Medicine*, 18(4), 1137–1158. <https://doi.org/10.1007/s11739-023-03239-2>

Pol, A., Biagioli, V., Adriani, L., Fadda, G., Gawronski, O., Cirulli, L., Stelitano, R., Federici, T., Tiozzo, E., & Dall'Oglio, I. (2023). Non-urgent presentations to the paediatric emergency department: A literature review. *Emergency Nurse*, 31(5), 35–41. <https://doi.org/10.7748/en.2023.e2154>

Porter, J. E., Cooper, S. J., & Sellick, K. (2019). Family presence during resuscitation (FPDR): A qualitative descriptive study exploring the experiences of emergency personnel post resuscitation. *Heart & Lung*, 48(4), 268–272. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.09.016>

Portugal. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019–2021*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>

Rajagopal, M., Ali, S., Ma, K., Yaskina, M., Morrison, A., Schreiner, K., Leung, J., Scott, S., Beer, D., Clerc, P., Villeneuve, E., Brémault-Phillips, S., Hartling, L., Johnson, D., Klassen, T., Juneke, M., & Goldman, R. D. (2024). A national cross-sectional survey of health literacy of caregivers attending Canadian pediatric emergency departments. *PLOS ONE*, 19(12), e0314826. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0314826>

Rebelo, C. C., & Sousa, T. (2020). Obstacles to the adequate use of pediatric emergency departments in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 33(9), 622. <https://doi.org/10.20344/amp.14200>

Rivas García, A., Manrique Martín, G., Butragueño Revenga, L., et al. (2017). Frequent users in paediatric emergency departments. Who are they? Why do they consult? *Anales de Pediatría*, 86(2), 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.03.008>

Roukema, J., Steyerberg, E. W., van Meurs, A., Ruige, M., van der Lei, J., & Moll, H. A. (2006). Validity of the Manchester Triage System in paediatric emergency care. *Emergency Medicine Journal*, 23(12), 906–910. <https://doi.org/10.1136/emj.2006.038877>

Rubin, M. A., Møller, A. M., Østergaard, D., & Knudsen, L. (2023). Family presence during resuscitation. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2023(5), CD013619. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013619.pub2>

Salari, N., Heidarian, P., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulpoor, S., Mohammadi, M., Khaleghi, A. A., & Shohaimi, S. (2025). Global prevalence of eating disorders in children: A comprehensive systematic review and meta-analysis. *Italian Journal of Pediatrics*, 51, Article 107. <https://doi.org/10.1186/s13052-025-01958-0>

Salas, E., Sims, D. E., & Burke, C. S. (2008). Communicating, coordinating, and cooperating when lives depend on it: Tips for teamwork. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 34(6), 333–341. [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(08\)34042-7](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(08)34042-7)

Santos, C., Gandham, S., Liu, A., & Bhurawala, H. (2023). Characteristics of non-urgent neonatal presentations to an Australian metropolitan emergency department. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 59(6), 802–807. <https://doi.org/10.1111/jpc.16392>

Sartini, M., Carbone, A., Demartini, A., Giribone, L., Oliva, M., Spagnolo, A. M., Cremonesi, P., Canale, F., & Cristina, M. L. (2022). Overcrowding in emergency department: Causes, consequences, and solutions—A narrative review. *Healthcare*, 10(9), 1625. <https://doi.org/10.3390/healthcare10091625>

Selvanathan, T., Udaka, J., Chau, C. M. Y., Vinall, J., Duerden, E. G., Lear, C. A., Brummelte, S., Kelly, E. N., & Grunau, R. E. (2024). Pain exposure and brain connectivity in preterm infants. *JAMA Network Open*, 7(3), e242551. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.2551>

Shields, L., Zhou, H., Pratt, J., Taylor, M., Hunter, J., & Pascoe, E. (2012). Family-centred care for hospitalised children aged 0–12 years. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (10), CD004811. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004811.pub3>

Simpson, R. M., O’Keeffe, C., Jacques, R. M., Stone, T., Hassan, A., & Mason, S. M. (2022). Non-urgent emergency department attendances in children: A retrospective observational analysis. *Emergency Medicine Journal*, 39(1), 17–22. <https://doi.org/10.1136/emered-2021-211431>

Sivanandan, S., & Sankar, M. J. (2023). Kangaroo mother care for preterm or low birth weight infants: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 8(6), e010728. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010728>

Smith J. (2001). Primary care: balancing health needs, services and technology. *International Journal of Integrated Care*, 1, e36.

Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457–502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>

Sweet, D. G., Carnielli, V. P., Greisen, G., Hallman, M., Klebermass-Schrehof, K., Ozek, E., Te Pas, A., Plavka, R., Roehr, C. C., Saugstad, O. D., Simeoni, U., Speer, C. P., Vento, M., Visser, G. H. A., & Halliday, H. L. (2023). European Consensus Guidelines on the Management of Respiratory Distress Syndrome: 2022 Update. *Neonatology*, 120(1), 3–23. <https://doi.org/10.1159/000528914>

Sydney Children’s Hospitals Network. (2024, June 26). *Guideline: Thermoregulation in neonatal care* (Guideline No. 2007-0006 v5). <https://resources.schn.health.nsw.gov.au/policies/policies/pdf/2007-0006.pdf>

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., Fullam, J., Kondilis, B., Agrafiotis, D., Ueters, E., Falcon, M., Mensing, M., Tchamov, K., van den Broucke,

S., Brand, H., & HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European journal of public health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>

Togo, A., Bærøe, K., Mitra, S., Eilersen, A. M., Morken, N.-H., Browne, J., Valizadeh, L., Asta, K. K., & Uleberg, B. (2025). Person- and family-centred care in neonatology: A scoping review. *Frontiers in Pediatrics*, 13, 1653141. <https://doi.org/10.3389/fped.2025.1653141>

Topjian, A. A., Raymond, T. T., Atkins, D., Chan, M., Duff, J. P., Joyner, B. L., Jr, Lasz, J. J., Lavonas, E. J., Levy, A., Mahgoub, M., Meckler, G. D., Roberts, K. E., Sutton, R. M., Schexnayder, S. M., & Pediatric Basic and Advanced Life Support Collaborators (2020). Part 4: Pediatric Basic and Advanced Life Support: 2020 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*, 142(16_suppl_2), S469–S523. <https://doi.org/10.1161/CIR.0000000000000901>

Tufanaru, C., Munn, Z., Aromataris, E., Campbell, J., & Hopp, L. (2020). Chapter 3: Systematic reviews of effectiveness. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JB I manual for evidence synthesis*. JBI. <https://synthesismanual.jbi.global>

Unidade Local de Saúde de Coimbra. (2026). *Relatório e Contas 2024*. ULS Coimbra. <https://www.ulscoimbra.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/43/2026/01/Relatorio-e-Contas-2024.pdf>

Unwin, M., Crisp, E., Stankovich, J., McCann, D., & Kinsman, L. (2020). Socioeconomic disadvantage as a driver of non-urgent emergency department presentations: A retrospective data analysis. *PLOS ONE*, 15(4), e0231429. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231429>

Uscher-Pines, L., Pines, J., Kellermann, A., Gillen, E., & Mehrotra, A. (2013). Emergency department visits for nonurgent conditions: systematic literature review. *The American journal of managed care*, 19(1), 47–59.

van den Berg, M. J., van Loenen, T., & Westert, G. P. (2016). Accessible and continuous primary care may help reduce rates of emergency department use. An international survey in 34 countries. *Family practice*, 33(1), 42–50. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmz082>

Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G. B., Lauritsen, T. L., Maconochie, I., Mader, S., Nadkarni, V., Roehr, C. C., Rodriguez-Nunez, A., Su, F., Van Royen, K., Zideman, D., & European Resuscitation Council Paediatric Life Support Writing Group. (2021). European Resuscitation Council guidelines 2021: Paediatric life support. *Resuscitation*, 161, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

Van Heer, S., Wilhelm, C. M., Windsor, J. A., & Merry, A. F. (2021). Shaken and stirred: Emotional state, cognitive load, and performance of junior residents in simulated resuscitation. *Canadian Medical Education Journal*, 12(5), 24–33. <https://doi.org/10.36834/cmej.71760>

Veitch, J., & Bentley, J. (2025). Why do non-urgent patients present to the paediatric emergency department? *BMJ Paediatrics Open*, 9(1), e003613. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2025-003613>

Wigert, H., Dellenmark Blom, M., & Bry, K. (2014). Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: An interview study. *BMC Pediatrics*, 14, 304. <https://doi.org/10.1186/s12887-014-0304-5>

Yang, H. J., Jeon, W., Yang, H. J., Kwak, J. R., Seo, H. Y., & Lee, J. S. (2017). The clinical differences between urgent visits and non-urgent visits in emergency department during the neonatal period. *Journal of Korean Medical Science*, 32(11), 1870–1875. <https://doi.org/10.3346/jkms.2017.32.11.1870>

Zeiner, V., Storm, H., & Doheny, K. K. (2016). Preterm infants' behaviors and skin conductance responses to nurse handling in the NICU. *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 29(15), 2531–2536. <https://doi.org/10.3109/14767058.2015.1092959>

Apêndices

Apêndice I – Panfleto prevenção da dor

Sabia que...?



O medo das agulhas é muito frequente nas crianças e adolescentes: em alguns estudos, foi referido por **68%** das crianças entre os **6 e os 8 anos**, **65%** entre os **9 e os 12 anos** e **51%** entre os **13 e os 17 anos**.

A **presença calma dos pais** pode ajudar a criança a sentir-se mais segura durante o procedimento. A **preparação adequada** e o **apoio emocional** fazem parte do controlo da dor.



Controlar bem a dor desde cedo é importante porque experiências repetidas de dor e medo podem **aumentar a ansiedade** em procedimentos futuros. O medo das agulhas tende a diminuir com a idade, mas pode persistir em muitas crianças e adolescentes.



Fontes:

INFARMED. *Emla creme – informação oficial do medicamento.*

Royal Children's Hospital Melbourne. *Procedural Pain Management Guideline.*

Royal Children's Hospital Melbourne. *Sucrose oral for procedural pain management in infants.*

Orenius T, et al. *Fear of injections and needle phobia among children and adolescents.*

CUIDAR COM MENOS DOR



Os procedimentos hospitalares podem causar dor, medo e ansiedade na criança.

A sua prevenção, através de medidas simples e eficazes, é fundamental para promover cuidados mais humanizados e de maior qualidade.



ULS Coimbra—Serviço de Urgência Pediátrica

EMLA

O que é o EMLA?

O EMLA é um creme anestésico local. É aplicado na pele antes de alguns procedimentos, como vacinas, colheitas de sangue ou pequenas intervenções, para reduzir a dor; a criança pode, no entanto, continuar a sentir toque ou pressão.

Como é utilizado?

Na maioria dos procedimentos, precisa geralmente de **1 hora e 15 min** para produzir um efeito anestésico fiável, podendo permanecer até **3 horas** sem qualquer dano.

O que os pais devem saber?

Após a aplicação, podem surgir reações locais ligeiras e passageiras, como palidez, vermelhidão ou ligeiro inchaço no local. Em casos raros pode acontecer uma reação intensa, dificuldade em respirar, sonolência anormal, coloração azulada da pele ou lábios.

Vantagens: reduz a dor dos procedimentos invasivos, tornando a experiência menos stressante e traumatizante para a criança.

Desvantagens: precisa de tempo para atuar. Pode também criar vasoconstricção das veias tornando a colheita de sangue um pouco mais difícil.

SACAROSE

O que é a sacarose?

A sacarose oral é uma solução açucarada dada em pequena quantidade antes de alguns procedimentos dolorosos e breves, sobretudo em recém-nascidos e bebés. Ajuda a diminuir a dor e o desconforto durante procedimentos como colheitas de sangue, punções venosas ou injeções.

Como é utilizada?

A sacarose é administrada pouco antes do procedimento, muitas vezes associada a outras medidas de conforto, como sucção não nutritiva, contenção, colo ou contacto pele a pele. A dose e a utilização dependem da idade do bebé, do contexto clínico e do protocolo do serviço.

O que os pais devem saber?

A sacarose pode ajudar a reduzir a dor, mas não a elimina completamente. O bebé pode continuar a mostrar algum desconforto, pelo que o colo, a colocação de EMLA, a voz dos pais e outras estratégias de conforto continuam a ser muito importantes.

Vantagens: é uma fórmula segura, que atua rapidamente e é fácil de administrar. É especialmente útil em procedimentos breves; o efeito analgésico dura poucos minutos.

Desvantagens: não elimina completamente a dor; ajuda a reduzi-la. É utilizada somente nos primeiros anos de vida da criança.

TÉCNICAS DE DISTRAÇÃO

O que são as técnicas de distração?

As técnicas de distração são estratégias para ajudar a criança a concentrar-se em algo agradável durante um procedimento, como colheita de sangue ou colocação de um cateter. Ao desviar a atenção da criança do procedimento, estas técnicas ajudam a reduzir a perceção da dor, o medo e a ansiedade.

Como são utilizadas?

As técnicas de distração funcionam melhor quando são planeadas antes do procedimento ajudando-a a manter a atenção nessa atividade. Sempre que possível, devem ser adaptadas às preferências da criança e podem ser usadas em conjunto com outras medidas de alívio da dor, como EMLA ou a amamentação.

O que os pais devem saber?

A distração pode ajudar muito, mas nem sempre elimina completamente a dor. É mais eficaz com uma abordagem combinada e com as estratégias ativas, em que a criança participa mais.

Vantagens: ajudam a reduzir a dor, o medo e a ansiedade, são seguras e podem ser adaptadas à idade da criança.

Desvantagens: não retiram completamente a dor, nem resultam da mesma forma em todas as crianças, sendo muitas vezes mais eficazes quando combinadas com outras medidas de conforto e alívio da dor.