



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
Relatório de Estágio

**Cuidados centrados na família:  
intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade**

Family-centered care: nursing intervention to support parenting

**Margarida Pedreira Pereira Neves**



**Lisboa**  
**2024**



**Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**  
Relatório de Estágio

**Cuidados centrados na família:  
intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade**

Family-centered care: nursing intervention to support parenting

**Margarida Pedreira Pereira Neves**

Orientadora:  
Professora Doutora Joana Rita Guarda Da Venda Rodrigues



**Lisboa**  
**2024**

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

CVSIJ – Consultas de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil

DGS – Direcção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ICN - International Council of Nurses

OE – Ordem dos Enfermeiros

OG – Objetivo Geral

OMS – Organização Mundial da Saúde

PEA – Perturbação do Espectro de Autismo

PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF – Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

## **AGRADECIMENTOS**

A elaboração do presente relatório não seria possível sem o apoio incondicional de algumas pessoas, a quem não posso deixar de agradecer toda a disponibilidade e apoio concedido nesta etapa importante da minha formação académica.

Não tenho palavras para retratar a verdadeira dimensão dos sentimentos que me invadem neste momento importante da minha vida. Em primeiro lugar, agradeço à minha orientadora Professora Doutora Joana Rodrigues pela sua disponibilidade, críticas construtivas, sabedoria, competência e orientação, que levaram que eu crescesse, quer a nível profissional, quer a nível pessoal. Parte do meu crescimento deve-se a esse apoio, através da partilha de conhecimento.

Um agradecimento especial à minha família, pelo apoio incondicional, encorajamento e por estarem sempre presentes e acreditando em mim, em especial aos meus filhos que são a razão de eu nunca ter desistido. Acima de tudo, agradeço a Deus e à única pessoa que nunca me pode ver baixar os braços, o meu marido, pois sem a sua ajuda e apoio não encontraria forças e coragem para concretizar este percurso.

A todo o corpo docente deste mestrado pela partilha de conhecimentos, apoio e compreensão.

Aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que me orientaram, pela disponibilidade, momentos de reflexão, partilha de conhecimentos e aprendizagens.

Aos restantes Enfermeiros das equipas dos vários contextos de estágio, pelo acolhimento, disponibilidade e partilhas.

Ao grupo fantástico de colegas deste Mestrado pelas partilhas, dúvidas e angústias, pela “psicoterapia” fizeram que nunca me sentisse sozinha, facilitando todo o processo.

A todos, o meu muito obrigada!

## Resumo

As famílias compõem uma unidade fundamental da sociedade e o contexto essencial para o desenvolvimento e bem-estar da criança. Não obstante, para que as crianças e os jovens cresçam e se desenvolvam num meio familiar adequado e bem-sucedido, revela-se preponderante que o exercício da parentalidade seja apoiado.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) por deter conhecimentos e habilidades especializados encontra-se numa posição privilegiada para intervir de forma holística e promotora do desenvolvimento de competências parentais, assentes no interesse superior da criança.

A abordagem dos Cuidados Centrados na Família, o Modelo *Touchpoint* e a Teoria das Transições são alguns dos referenciais que suportam o presente Relatório.

O percurso metodológico, decorrente da concretização do projeto realizado, teve como base a formação reflexiva e a aprendizagem experiencial, proveniente da realização dos vários estágios, suportada por referenciais e evidência científica, perspetivando a aquisição das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) e específicas de EEESIP, bem como as competências conceptuais, de análise e síntese própria do grau de mestre.

Nos estágios foram implementadas atividades promotoras das competências parentais, da vinculação, dos cuidados culturalmente sensíveis e do cuidado à criança em situação de especial complexidade.

A intervenção do EEESIP, ancorada na abordagem de CCF, acresce valor à melhoria da qualidade dos cuidados, bem como contribuiu para maximização da saúde das crianças e suas famílias, nomeadamente nas situações de especial complexidade ou em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

### **Palavras-chave:**

Parentalidade; família; criança; enfermagem pediátrica.

## Summary

Families constitute a fundamental unit of society and the essential context for child development and well-being. However, for children and young people to grow and thrive in an appropriate and successful family environment, it is crucial that parenting is supported.

The Specialist Nurse in Child and Pediatric Health (EEESIP), possessing specialized knowledge and skills, is in a privileged position to intervene holistically and promote parental competence, based on the best interests of the child. The Family-Centered Care approach, the Touchpoint Model, and the Theory of Transitions are some of the frameworks that support this report.

The methodological approach, derived from the implementation of the project, was based on reflective learning and experiential learning gained from various stages. It was supported by references and scientific evidence, aiming to acquire both common nursing specialist competencies (EE) and specific competencies of EEESIP, as well as conceptual, analytical, and synthesis skills typical of a master's degree.

During the stages, activities were implemented to promote parental competencies, attachment, culturally sensitive care, and care for children in situations of special complexity. The intervention of the EEESIP, anchored in the Family-Centered Care approach, adds value to improving the quality of care and contributes to maximizing the health of children and their families, particularly in complex situations or in response to the child and young person's life cycle and developmental needs.

### **Keywords:**

Parenting; family; child; Nursing Care.

# Índice

<b>Introdução</b> .....	9
<b>1- Enquadramento Teórico-Conceptual</b> .....	14
1.1- O cuidar em enfermagem pediátrica: cuidados centrados na família .....	14
1.2 - Parentalidade enquanto promotora do desenvolvimento infantil.....	21
1.3 - Intervenções de enfermagem no apoio à parentalidade .....	25
<b>2 - Percurso Metodológico</b> .....	31
<b>3 - Análise Reflexiva das Atividades de Estágio um Percurso para o Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica</b> .....	33
3.1 - Contexto de Consulta de desenvolvimento .....	34
3.2 - Contexto de Cuidados de Saúde Primários .....	40
3.3 - Contexto de Internamento de Pediatria .....	48
3.4 - Contexto de Serviço de urgência Pediátrica .....	53
3.5 - Contexto de serviço de neonatologia.....	59
<b>4 - Considerações Finais e Projetos Futuros</b> .....	64
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	66

## Apêndices

**Apêndice I – Cronograma de estágio**

**Apêndice II – Guia orientador das atividades de estágio**

**Apêndice III – Caracterização dos contextos de estágio**

**Apêndice IV – Revisão da literatura “A criança com perturbação do espectro de autismo e sua família”**

**Apêndice V - Análise Reflexiva com perito: Programa de capacitação parental**

**Apêndice VI – Formação em Serviço: Criança com perturbação de espectro do autismo e sua família: intervenção do Enfermeiro**

**Apêndice VII - Folheto sobre diversificação alimentar**

**Apêndice VIII - Póster apresentado no X Encontro de Benchmarking**

**Apêndice IX – Comunicação alternativa e aumentativa: cartões ilustrados**

**Apêndice X – Protocolo de Scoping Review: Intervenção de Enfermagem promotora da parentalidade no cuidado ao RN em contexto de urgência Pediátrica**

**Anexos**

**Anexo I – Certificado de realização de formação em serviço**

**Anexo II - Certificado de participação no X Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Anexo III – Certificado de interveniente no X Encontro de Benchmarking da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica como coautora do Póster: “Parentalidade e educação não violenta: estratégias inovadoras para uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”**

## Introdução

O presente relatório enquadra-se no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório, do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem, na área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Tem como objetivo a análise crítica e reflexiva do percurso formativo desenvolvido no decorrer dos estágios realizados, evidenciando os processos de tomada de decisão, inerentes à aquisição e desenvolvimento de competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) - conforme definido no Regulamento n.º 140/2019 -, e competências específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) - como estabelecido no Regulamento n.º 422/2018 -, bem como competências conceptuais, de análise e síntese próprias do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A esfera de ação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica é vasta, no entanto este relatório tem como especial foco de atenção a intervenção de enfermagem no apoio à parentalidade assente numa prestação de cuidados centrada na família.

Na sociedade atual tornar-se pai ou mãe é exigente e desafiante. A disponibilidade dos pais para estar com os filhos parece tornar-se, cada vez mais complexa, devido às circunstâncias e exigências quotidianamente vividas (Hockenberry et al., 2024), o que coloca desafios, quer ao desenvolvimento saudável e bem-estar da criança, bem como dos seus pais e família.

Segundo Relvas e Alarcão (2002), os pais têm a responsabilidade de cuidar, proteger e socializar as crianças, tendo igualmente o direito de tomar decisões que estejam relacionadas com a sobrevivência, com o direito e o dever de determinar o papel da criança no funcionamento familiar.

Nesta linha de pensamento, e tendo presente a complexidade de se ser pai e mãe, importa destacar que uma das prioridades presentes na Estratégia Nacional para os direitos das crianças para o período 2021-2024, diz respeito ao apoio às famílias e à parentalidade. É certo que o conceito de família aparenta estar a alterar-se, contudo independentemente da forma que assumirem, as famílias constituem

uma unidade fundamental da sociedade e o contexto essencial para o crescimento e bem-estar da criança [Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, (2020)]. A família enquanto grupo está sujeita às transições normativas e acidentais e evolui desenvolvendo funções diferentes ao longo do ciclo da vida, agregando um sistema de valores, conhecimentos e práticas, constituindo-se um espaço de excelência para a prestação de cuidados, com vista ao crescimento, desenvolvimento, socialização e humanização da criança (Figueiredo, 2013).

Nesta conjuntura é determinante as crianças e os jovens crescerem e se desenvolverem num meio familiar adequado, onde o exercício da parentalidade é apoiado e bem-sucedido [Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, (2020)].

No artigo 27º da Convenção dos Direitos da Criança, pode ler-se, que é da responsabilidade parental / dos cuidadores assegurar, de acordo as suas competências e capacidades financeiras, as condições de vida necessárias para o desenvolvimento da criança ao nível físico, psicológico e social (UNICEF, 2019).

De acordo com Lima et al. (2022), um ambiente familiar propício para o desenvolvimento da criança tem de possibilitar a interação com os pais, variar os estímulos e ter disponibilidade de brinquedos, o que possibilitará à criança oportunidades de perceção e exploração, conduzindo à ação motora, ou seja, favorecendo a autonomia.

A implementação de estratégias que promovam a parentalidade com base no carinho, afeto e respeito pela criança e assentes numa educação não violenta são determinantes e amplamente reforçadas, a nível nacional e internacional (Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020, 2020; WHO, 2018; WHO, 2021), neste sentido é relevante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, intervenham promovendo o empoderamento parental.

Assim, reconhece-se a parentalidade como um foco de intervenção de enfermagem que tem repercussões no crescimento e desenvolvimento infantil (Hornor et al., 2020; Rodrigues & Velez, 2021; Guarda-Rodrigues & Rebelo-Botelho, 2021).

De acordo com Reticena et al. (2019) o enfermeiro intervém nas dimensões da parentalidade, visando o cuidado à primeira infância especialmente com famílias

mais vulneráveis e em situações complexas, assumindo o papel de gestor e promotor de acesso à rede de apoio, ajudando as figuras parentais a acederem e utilizarem os serviços da comunidade.

Ainda segundo Reticena et al. (2019) o cuidado parental durante a infância é capaz de afetar o desenvolvimento e a vida da criança, existindo uma correlação entre falta de estrutura familiar e desenvolvimento de problemas de ordem emocional, comportamental e cognitivo nas crianças.

Por se encontrar numa posição privilegiada de proximidade com a criança e família e deter conhecimentos e habilidades especializados sobre o desenvolvimento infantil, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) está apto a identificar precocemente, situações que possam afetar a vida ou qualidade de vida da criança e intervir adequadamente (Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018).

Os padrões de qualidade especializados referentes à área de especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reiteram que os pais e restantes membros da família na vida da criança, são responsáveis pelo seu desenvolvimento nas distintas etapas que incluem as transições normativas e acidentais, com conseqüente influência no seu crescimento e bem-estar [Regulamento n.º 351/2015, (2015)].

Concomitantemente, no Regulamento n.º 422/2018, pode ler-se que o EESIP assiste a criança/jovem e família na maximização da sua saúde, estabelecendo com ambos uma parceria de cuidados promotores de otimização da saúde, adequando a gestão do regime e da parentalidade.

De acordo com DGS (2013), a promoção da saúde constitui-se como um fator determinante no desenvolvimento da criança. Neste contexto emergem os cuidados antecipatórios, que se constituem como ferramentas facilitadoras de conhecimentos necessários ao melhor desempenho, de pais e cuidadores, no que respeita à promoção da saúde, à prevenção da doença, à proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade, em particular no domínio dos novos desafios da saúde (DGS, 2013).

Enquanto enfermeira numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) identifiquei que os pais/famílias/cuidadores necessitam de apoio individualizado para o exercício das suas responsabilidades promotoras de bem-estar e desenvolvimento infantil, assente em conhecimentos baseados em evidência.

De acordo com Dinis et al. (2014), observa-se que os pais e mães enfrentam uma crescente necessidade de apoios no desempenho das suas funções parentais, especialmente em contextos de adversidade psicossocial. A educação parental incorpora uma dimensão emocional e experiencial, exigindo um envolvimento mais pessoal, profundo e vivido do que outras formas de educação. Para que esta abordagem alcance o seu objetivo – não apenas informar, mas também transformar e educar – é essencial fornecer conhecimentos específicos e estratégias que promovam o desenvolvimento integral da criança (Lopes, 2012).

Nesta linha de pensamento, referir também que a produção científica consultada salienta que existe uma carência de respostas específicas que promovam as competências parentais, melhorem as relações pais-filhos, o conhecimento, a reflexão, as atitudes e os comportamentos (Martins & Almeida, 2017).

Face ao exposto, o exercício da parentalidade tendo influência no desenvolvimento saudável da criança, prevê a necessidade de uma intervenção de enfermagem especializada, na ajuda da criança/jovem e família a alcançar o máximo potencial de saúde, através da criação e aproveitamento de oportunidades para promover estilos de vida saudáveis e do fornecimento de informação geradora de aprendizagem cognitiva e de novas capacidades, bem como identificação e mobilização de recursos de suporte à família/pessoa significativa, tal como previsto nos padrões de qualidade do EEESIP.

O presente relatório de estágio encontra-se estruturado em quatro capítulos, sendo que na introdução se apresentará a problemática de enfermagem. No primeiro capítulo serão desenvolvidas as componentes teórica-científicas resultantes de uma pesquisa aprofundada da literatura disponível e que sustentam o presente relatório. Neste capítulo, serão também definidos e explorados os

conceitos centrais. No segundo capítulo será abordada a metodologia utilizada para a realização deste relatório. No terceiro capítulo, assente na reflexão crítica das atividades realizadas durante os diversos contextos de estágio, serão evidenciadas as competências comuns de EE e específicas de EEESIP, bem como as competências conceituais, de análise e síntese própria do grau de mestre. Por fim, no último capítulo, serão tecidas algumas considerações finais sobre todo o processo de construção deste relatório e serão perspetivados projetos futuros.

Este trabalho foi redigido segundo as normas de elaboração de trabalhos escritos da ESEL e cumprindo as normas definidas pela sétima edição da *American Psychological Association*.

## **1- Enquadramento Teórico-Conceptual**

Neste capítulo descrevem-se as conceções e teorias que suportam este percurso. Inicialmente é abordado o cuidar em enfermagem pediátrica focando a filosofia dos cuidados centrados na criança e família, realça-se a parentalidade enquanto fenómeno de transição, com suporte da teoria de médio alcance de Afaf Meleis, de seguida destaca-se a parentalidade enquanto promotora do desenvolvimento e por fim as intervenções de enfermagem no apoio à parentalidade, realçando-se os cuidados antecipatórios e modelo Touchpoits.

### **1.1- O cuidar em enfermagem pediátrica: cuidados centrados na família**

A profissão de enfermagem está desde o seu início ligada ao conceito Cuidar, impulsionando nos profissionais de saúde uma necessidade constante de desenvolver competências, com vista à prestação de cuidados de excelência (Serrano et al., 2011). Cuidar é um ato individual que se presta ao próprio, desde que se adquira autonomia, mas é igualmente um ato de reciprocidade que se presta à pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais (Collière, 1999). Contudo, os cuidados não estão somente relacionados com doença (Collière, 2001). Para a mesma autora a “prevenção” faz-se através de ações e distribuição de conselhos centrados em princípio e normas bem estabelecidos. No entanto, este tipo de intervenção pode cair na rotina e mostrar-se pouco eficaz, já que permanece centrada sobre a luta e evicção da doença, “em vez de se centrar sobre dificuldades da vida das pessoas das famílias e sobre a preocupação em desenvolver as suas capacidades para lhes fazer frente e dar resposta” (Collière, 2001, p.229).

As teorias de enfermagem fornecem maneiras coerentes de ver e abordar o cuidado às pessoas nos seus ambientes. O objetivo da teoria de enfermagem é melhorar a prática de enfermagem e, conseqüentemente, a saúde e a qualidade de vida das pessoas, famílias e comunidades (Parker & Smith, 2015).

O cuidar em enfermagem pediátrica vem sendo flexibilizado e individualizado em função das necessidades de cada criança e família (Diogo et al., 2021). Deve ser compreendido como um processo relacional que gera grande envolvimento emocional. Muitas vezes, no ato de cuidar, é preciso garantir suporte emocional, tranquilidade, delicadeza, amabilidade, simpatia, bom humor e paciência (Diogo et al., 2020).

Desde meados do século XIX, com a teoria ambiental de Florence Nightingale, que para promover a saúde, os profissionais precisam de utilizar estratégias para ir além da prevenção, da promoção, do bem-estar e do equilíbrio ambiental (Bittencourt et al., 2018).

A parentalidade é um processo de mudança a vários níveis, caracterizada pela ocorrência de uma ou várias transições. Neste âmbito, constituindo-se a facilitação dos processos de transição como foco de atenção da disciplina de enfermagem (Meleis, 2010), em que o cuidar surge como um processo que facilita as transições bem-sucedidas (Meleis, 2010), a Teoria proposta por Afaf Meleis emergiu como âncora ao presente trabalho.

A Teoria de Enfermagem das Transições, uma teoria de médio alcance, tem como conceito central as transições que a pessoa vivencia ao longo da sua vida (Meleis, 2010). Essas transições envolvem mudanças nos estágios de desenvolvimento de vida ou condições de saúde, sendo definidas como a passagem de um estado estável para outro, frequentemente desencadeada por eventos críticos ou alterações nos indivíduos e nos seus ambientes (como, por exemplo, o nascimento de um filho) (Meleis, 2010). A capacidade de adaptação a essas mudanças é influenciada por recursos pessoais e externos, como o apoio familiar, as experiências prévias e os significados atribuídos aos acontecimentos (Meleis & Trangestein, 2010).

De acordo com Meleis (2010) o cuidado de enfermagem é o núcleo de ação dos enfermeiros, uma vez que são os enfermeiros que preparam os indivíduos para a vivência das transições e que facilitam o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências de saúde/doença (Meleis et al., 2010).

O ambiente é entendido como o contexto onde o indivíduo se insere, que pode proporcionar as condições favoráveis de transição, podendo ser a família, a comunidade e as condições físicas, naturais e artificiais (Meleis, 2010).

A saúde é a manifestação e equilíbrio da consciencialização, *empowerment*, e controle sobre a vida, e, quando ocorre o desequilíbrio desses elementos, inicia-se o processo de transição (Shumacher & Meleis, 2010).

A pessoa é identificada como sendo os pais/cuidadores, sendo eles que exercem o papel parental sobre a criança (Shumacher & Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade, para além de desenvolvimento (como é o exemplo da passagem da díade conjugal para a tríade) e situacional (que está associada a situações que alteram a definição dos “papéis” da pessoa ou família, por exemplo, a passagem de um papel não parental para um parental ou o simples facto de se passar a ser o cuidador de alguém), pode ser também de saúde-doença ou organizacional e a mesma pessoa poderá vivenciar mais do que um tipo de transição em simultâneo (Meleis, 2010).

A transição para a maternidade realça a importância da preparação e das expectativas. Quando uma gravidez não foi planeada ou quando uma mãe teve uma história de aborto espontâneo ou doença, a transição pelos estádios para o desenvolvimento de uma identidade materna é atrasada (Meleis et al., 2010).

As mudanças no estado da saúde e na doença criam um processo de transição, as pessoas em transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos, que por sua vez podem afetar a sua saúde. As descobertas desses riscos podem ser aprimoradas pela compreensão do processo de transição (Meleis et al., 2010).

As transições são complexas e multidisciplinares, responsáveis por alterações de identidade, papéis, relacionamentos, habilidades e padrões de comportamento envolvendo um processo de mudança nos estilos de vida (Meleis et al., 2010).

As propriedades das transições englobam o compromisso, a consciência, a identificação da mudança e diferenças entre a situação prévia e a atual, o intervalo de tempo da transição e os eventos e pontos críticos, marcam o processo (Figura 1) (Meleis et al., 2010).

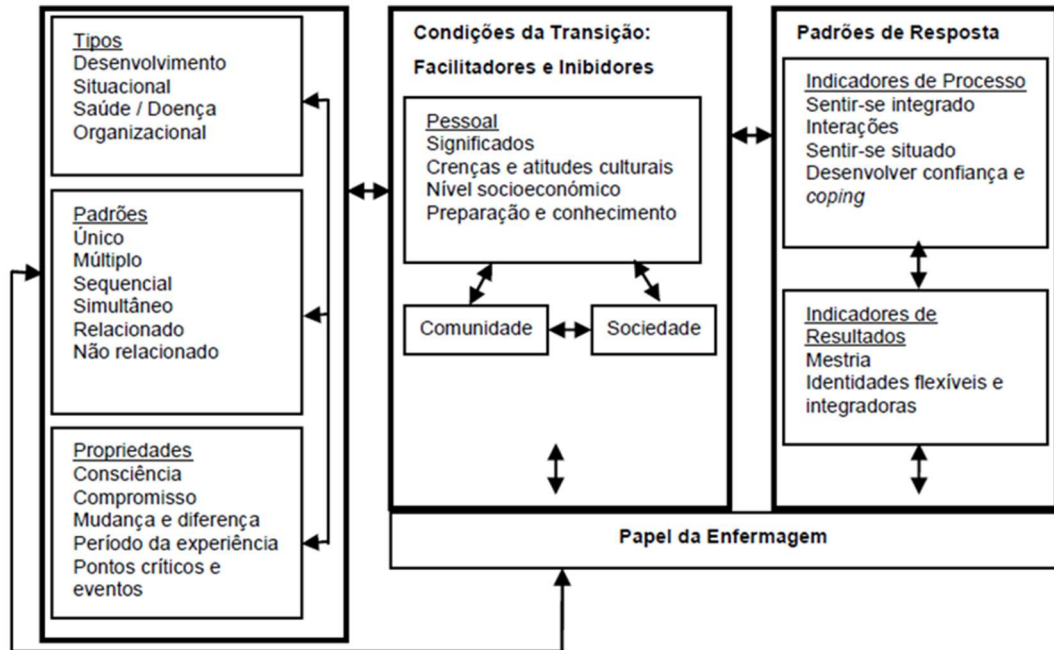


Figura 1: Teoria de médio alcance da transição.

Fonte: Adaptado de Meleis, Sawyer, Im, Messias & Schumacher (2010, p. 56).

As transições são antecipadas por um acontecimento marcante, que requer aquisição de conhecimentos, estratégias, desenvolvimento de novas competências, funções e relações (Meleis, 2010).

Para alcançar um processo de transição saudável, na perspectiva da enfermagem humanizada, científica, compartilhada e holística, o enfermeiro precisa de conhecer o crescimento do indivíduo e da sua família, no decorrer do ciclo vital, sendo consciente das dificuldades e das adaptações às novas situações que geram instabilidade (Meleis, 2007).

Proporcionar transições saudáveis é uma tarefa desafiante para o enfermeiro, visto que existem pessoas dotadas de singularidades, e com necessidades de prosseguir com novas competências e novas funções nesse processo (Santos, et al., 2015).

Considerando as transições associadas aos estádios de desenvolvimento da vida ou às situações específicas como a passagem para novos papéis, esta teoria contextualiza dois conceitos, um centrado na *role insufficiency* e outro de *role supplementation*. A *role insufficiency* é qualquer dificuldade no conhecimento e/ou

desempenho de um papel pelo próprio indivíduo (Meleis, 2010). Já a *role supplementation* é definida como qualquer processo identificando a na *role insufficiency*, sendo as estratégias tomadas para desenvolver uma intervenção preventiva ou terapêutica para diminuir, melhorar, ou prevenir a na *role insufficiency* (Meleis, 2010).

O enfermeiro funciona como facilitador da transição, pois apoia, educa, aconselha e orienta, promovendo o desenvolvimento de novas competências, habilidades e comportamentos necessários ao alcance de um novo período de estabilidade e bem-estar. Sendo inevitável a adoção de uma verdadeira relação de ajuda: saber ouvir o outro, aceitar e compreender as suas experiências e os significados, pois são a fonte privilegiada de informação (Collière, 2003; Santos et al., 2015).

Na área de intervenção de enfermagem pediátrica, o cliente foco de cuidados é representado pelo binómio criança-família (Hockenberry et al., 2024; Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018), sendo inevitável mobilizar a abordagem dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e o Modelo de Parceria dos Cuidados de Casey, visto que estes consideram as necessidades da unidade familiar e não só da criança (Casey, 1995; Kuo et al., 2011).

Os **Cuidados Centrados na Família** (CCF) são uma filosofia de cuidados que tem sido adotada na Enfermagem Pediátrica, baseando-se numa parceria mutuamente benéfica entre a criança, família e cuidadores, reconhecendo e valorizando a importância da família na vida da criança e no seu bem-estar (Hockenberry et al., 2024). Os enfermeiros apoiam as famílias através do desenvolvimento nos seus papéis de prestadores naturais de cuidados e de tomada de decisão, reconhecendo os seus pontos fortes e a experiência nos cuidados aos filhos (Hockenberry et al., 2024).

Segundo o *Institute for Patient - and family centered care* os conceitos centrais do Cuidado Centrado no Cliente e na Família assentam em quatro pressupostos: respeito e dignidade, partilha de informação, participação e colaboração (IPFCC, s.d.).

Neste contexto, depreende-se que a capacitação e o empoderamento estão implícitos nesta filosofia dos CCF. Os profissionais capacitam as famílias através da criação de oportunidades e meios para estes revelarem as suas habilidades e competências atuais e adquirirem novas, atendendo às necessidades da criança e família. O empoderamento é uma consequência da interação dos profissionais com as famílias fazendo que estas mantenham ou adquiram um sentido de controlo sobre as vidas e reconheçam as mudanças positivas que resultam dos comportamentos de ajuda promovendo forças, habilidades e ações (Hockenberry et al., 2024).

De acordo com Ashcraft et al. (2019), o empoderamento dos pais pode ser definido como o processo pelo qual os pais são capazes de aumentar o controle que têm sobre as decisões e ações que afetam a saúde de seus filhos.

O empoderamento dos pais pode aumentar o envolvimento destes nos cuidados diários, através da confiança, do aumento do controle percebido na participação das decisões, aumentar as necessidades e ferramentas de informação dos pais, melhorar a gestão dos sintomas da criança e aumentar a capacidade dos pais de defender a criança, assentes numa estratégia de CCF (Ashcraft et al., 2019).

A família compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento (Regulamento 351/2015, 2015).

A família é um espaço privilegiado para a vivência dos afetos, pois nela a criança experimenta as emoções, expressa os seus sentimentos e desenvolve empatia (Figueiredo, 2013). A família também é o contexto onde a criança aprende a linguagem, a comunicação e interação, habilidades essenciais para os seus relacionamentos interpessoais (Figueiredo, 2013). Sendo um fator decisivo para o desenvolvimento saudável e bem-estar da criança, “a família é entendida como uma organização de relações dinâmicas, contextuais e complexas em interação com o meio” (Figueiredo, 2013, p.3). A família evolui de acordo com as suas finalidades, desenvolvendo determinadas funções que se transformam ao longo do ciclo da vida e sujeito às transições normativas e acidentais (Figueiredo, 2013).

Tendo presente esta premissa os cuidados de enfermagem à família centram-se na interação entre enfermeiro e família, implicando o estabelecimento de um processo interpessoal e terapêutico, sendo o processo de cuidados desenvolvido colaborativamente com a família, em todas as etapas (Figueiredo, 2013).

Atualmente a percepção e a própria constituição da família sofreram alterações, pelo que na literatura são descritas, várias tipologias de família. Segundo Fernandes (2015) existe dificuldade em obter consenso na definição de família face à diversidade de modelos familiares (ao longo dos tempos e nas diferentes culturas), mesmo que cada pessoa tenha uma conceção própria em mente. Esta variabilidade de famílias exige que o enfermeiro especialista não tenha ideias preconcebidas da família para melhor compreender e adaptar os seus cuidados à família que se apresenta, sendo responsabilidade do EEESIP avaliar a estrutura e o contexto da família e responder às suas necessidades (Regulamento n.º 422/2018).

De acordo com Hockenberry et al. (2024), a utilização dos serviços de saúde, a hospitalização, a doença e a dor podem ser consideradas experiências traumáticas.

Segundo o regulamento n.º 351/2015, o EEESIP presta "(...) cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança (...) saudável ou doente (...)", tendo como obrigação adotar estratégias que minimizem os efeitos menos positivos associados à hospitalização, sustentando os cuidados pela filosofia dos cuidados não traumáticos (p. 16661).

Embora os pais estejam presentes durante a hospitalização, diversos fatores podem contribuir para a ansiedade e o stress, como a separação do ambiente familiar, a perda de controlo, o medo do desconhecido, de possíveis lesões corporais e da própria dor (Fernandes, 2020). Assim, é fundamental fornecer informações à criança de maneira adequada ao seu nível de desenvolvimento e considerando experiências anteriores, com o objetivo de minimizar esses sentimentos, que geralmente surgem de forma inesperada (Barros, 2003; Fernandes, 2020; Hockenberry et al., 2024).

Os cuidados não traumáticos (CNT) referem-se a práticas terapêuticas e humanizadas realizadas por profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir ou eliminar o desconforto físico e psicológico vivenciado pela criança em contexto pediátrico (Hockenberry et al., 2024). Esses cuidados baseiam-se em três princípios fundamentais: evitar ou minimizar a separação entre a criança e sua família, promover uma sensação de controle e prevenir ou minimizar lesões e dores (Fernandes, 2020; Hockenberry et al., 2024).

As intervenções associadas aos CNT estão em consonância com o Regulamento dos Padrões de Qualidade, que destacam a importância dos cuidados prestados pelo EEESIP "(...) em parceria com a criança (...) e família (...), em qualquer contexto em que ela se encontre (...), de forma a promover o mais elevado estado de saúde" (OE, 2017, p. 3).

A carta da criança Hospitalizada consagra, no seu 4º direito, que "as agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo" indo ao encontro da filosofia dos CNT (p, 9). Também a carta dos cuidados de saúde primários reitera, no seu 5º direito, que "as crianças devem ser tratadas de forma holística, como um todo psicológico, social e físico", sendo que a permanência na unidade de saúde ofereça serviços que inclua bem-estar físico e psicológico à diáde (p. 4).

Face ao exposto, torna-se fundamental que o cuidar em Pediatria promova o envolvimento e a participação dos pais na prática de cuidados à criança, com o objetivo de existir uma interação com a família e proporcionar condições favorecedoras para o desenvolvimento global da criança (Martins & Lomba, 2021).

## **1.2 - Parentalidade enquanto promotora do desenvolvimento infantil**

A parentalidade é vista como uma das transições mais significativas e impactantes na vida das pessoas, provocando mudanças profundas em todos os aspetos da família. Ela marca o início de uma nova fase do ciclo vital, passando da função conjugal para a função parental (Relvas, 2004).

A parentalidade pressupõe-se que os pais tomem conta da criança, assumindo as responsabilidades inerentes à sua condição de pai/mãe através da adoção de comportamentos destinados a otimizar o crescimento e desenvolvimento da mesma, sendo a educação uma das suas funções (Council of Europe, 2006; ICN, 2019).

A parentalidade é entendida como o conjunto de responsabilidades que se espera que os pais ou cuidadores assumam para promover o desenvolvimento físico, psicológico e social de seus filhos, num ambiente seguro. Essa prática visa socializar a criança e ajudá-la a tornar-se mais autônoma (Barroso & Machado, 2010). É considerada uma das atividades mais complexas e desafiadoras, plena de dificuldades e responsabilidades para o ser humano (Holden, 2010; Kane, 2005).

Concomitantemente, parentalidade positiva, é definida pelo conselho da Europa (2006), como “o comportamento dos pais fundamentado no superior interesse da criança, que cuida, desenvolve as suas capacidades, não é violento e oferece reconhecimento e orientação, e que inclui o estabelecimento de limites que permitem um desenvolvimento pleno da criança” (p.3). Esta definição reforça a noção de que o papel de ser pai ou mãe envolve a promoção de relações familiares saudáveis, fundamentadas na responsabilidade parental. Nesse contexto, os direitos das crianças são assegurados e o ambiente familiar favorece o seu desenvolvimento integral (Rodrigo et al., 2015).

Para que a criança possa ter um desenvolvimento harmonioso esta “deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão” (UNICEF, 2019, p.6).

A transição para a parentalidade não deve ser vista apenas como uma função biológica, mas sim como o ato de cuidar de alguém dentro de um contexto social e económico específico (Relvas, 2004). Atualmente, a parentalidade vai além da simples inclusão de um recém-nascido na família. Com as mudanças sociais, é importante compreender a parentalidade como um processo de amadurecimento que leva a uma reestruturação psicoafetiva, permitindo que dois adultos se tornem pais, ou seja, que atendam às necessidades físicas, emocionais e psicológicas de

seus filhos, o que, sob uma perspectiva antropológica, se refere aos laços de aliança e vínculos de filiação (Bayle, 2005).

A parentalidade tem sido analisada em função das características das crianças idade, sexo, temperamento, domínio do desenvolvimento ou problemas psicopatológicos específicos e das características dos pais tais como gênero, qualidade da relação conjugal e classe social (Cruz, 2013). Têm sido também estudadas situações em que a parentalidade assume formas menos habituais e de maior vulnerabilidade, tais como, monoparentalidade, homoparentalidade, divórcio, parentalidade na adolescência e situações de maus-tratos (Cruz, 2013).

A parentalidade pressupõe o desenvolvimento de funções, tais como: satisfação das necessidades humanas básicas de sobrevivência e saúde; disponibilização de um mundo físico organizado e previsível, com espaços adequados à criança e tempos que possibilitem a existência de rotinas; necessidade de compreensão cognitiva das realidades extrafamiliares; satisfação das necessidades de afeto, confiança e segurança traduzidas na relação de vinculação; necessidade de interação social da criança e integração na comunidade (Cruz, 2013).

Segundo o modelo apresentado por Barroso & Machado (2010) nas atividades parentais, cujo objetivo é assegurar a prevenção de adversidades que possam fazer sofrer a criança, assim como promover situações positivas que a ajudem ao longo da vida. Destacam-se as dimensões de cuidado (físico, emocional e social), controlo e disciplina e desenvolvimento. Os cuidados emocionais integram comportamentos e atitudes que asseguram o respeito pela criança como indivíduo, sua percepção em ser estimado e apreciado, ter oportunidade de gerir os seus riscos e fazer as suas escolhas. Almejando-se uma interação positiva consistente e estável entre a criança e o ambiente, facilitando uma vinculação segura. Os cuidados sociais têm como objetivo garantir que a criança não seja isolada dos seus pares ou adultos significativos, se torne socialmente competente, bem integrada em casa e na escola e aceite progressivamente responsabilidades na execução de tarefas e no relacionamento com os outros (Barroso & Machado, 2010). A dimensão controlo e disciplina está relacionada com imposições de limites à criança, de forma culturalmente apropriada à sua idade (Barroso & Machado, 2010). O

estabelecimento de limites refere-se a estabelecer regras ou diretrizes para o comportamento (Hockenberry et al., 2024). Atividades de desenvolvimento incluem-se nas atividades de promoção de competências desportivas, artísticas, culturais e também inculcar valores, tais como tolerância, honestidade, coragem e respeito (Barroso & Machado, 2010). Compete aos pais, decidir sobre o que querem para os seus filhos e definir um projeto educativo, são eles quem irá marcar de forma inalterada o seu desenvolvimento, ajudando a que se tornem adultos preparados para uma vida produtiva em sociedade (Lima, 2018).

Não existe uma forma certa de exercer a parentalidade, a autonomia das crianças, a sua conformidade a valores, o lidar e exprimir estados emocionais, são exemplos de domínios do desenvolvimento e comportamento em que as expectativas e as ideias parentais podem diferir consideravelmente em função do que se deseja para os filhos (Lima, 2018).

Na parentalidade é necessário que seja assumido um papel familiar complexo, dinâmico e integrador, consciente ou inconsciente, dado ênfase ao processo de transmissão de saberes, crenças e tradições, promotor do desenvolvimento máximo da criança (Tralhão et al., 2020).

A parentalidade positiva propõe um controle parental autorizado baseado no afeto, apoio, comunicação, acompanhamento e envolvimento na vida quotidiana dos filhos. Esta é a forma de alcançar autoridade legitimada, baseada no respeito, na tolerância, na compreensão mútua e na busca de acordos que contribuam para o desenvolvimento das capacidades dos filhos (López et al., 2010).

Pesquisas sobre comportamentos parentais positivos demonstrou que um maior envolvimento dos pais está fortemente associado a melhores resultados de desenvolvimento infantil, como é retratado num estudo de coorte realizado na Inglaterra com crianças de 5 anos (Rocha et al., 2022). De acordo com o mesmo estudo, as interações da fala entre pais e filhos demonstraram estar positivamente associadas ao desenvolvimento da linguagem, enquanto melhores interações de brincadeiras entre pais e filhos foram associadas a um melhor apego e desenvolvimento motor. A participação dos cuidadores em atividades escolares de

aprendizagem, como leitura e escrita, esteve associada a diferenças significativas para maiores scores de desenvolvimento em todos os domínios (Rocha et al., 2022).

Face ao exposto, a intervenção dos enfermeiros que cuidam de crianças, contempla a facilitação do exercício da parentalidade, sendo o primeiro passo no processo de cuidar o diagnóstico das necessidades, contribuindo assim para o ajustamento dos pais às circunstâncias e desafios (ICN, 2011; Meleis et al., 2000; Mercer, 2006; Moorhead et al., 2008).

### **1.3 - Intervenções de enfermagem no apoio à parentalidade**

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, a intervenção de enfermagem é definida como “a ação tomada em resposta a um diagnóstico de enfermagem de modo a produzir um resultado de enfermagem” (ICN, 2019, p. 17).

Os cuidados de saúde são identificados como recursos importantes no apoio, prevenção e promoção da parentalidade positiva, no sentido de ser uma intervenção mais profilática e mais promotora. Os profissionais têm um papel ativo de assistência à saúde que lhes confere uma oportunidade privilegiada para intervir juntos dos pais no sentido de os apoiar, fornecendo-lhes ferramentas indispensáveis ao exercício da parentalidade, para adquirem competências úteis em resposta às necessidades de desenvolvimento dos seus filhos, contribuindo para a redução dos fatores de risco associados a comportamentos de negligência e maltrato, tornando a experiência da parentalidade numa tarefa mais positiva e saudável (Martins & Almeida, 2017). Tal como previsto no regulamento n.º422/2018 o EEESIP “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, almejando a promoção da saúde, ajuda a criança/jovem a alcançar o máximo potencial de saúde” (Regulamento n.º351/2015).

A parentalidade acarreta desafios ímpares e insegurança, inerentes à falta de experiência e conhecimentos, principalmente nos cuidados ao recém-nascido (Council of Europe, 2006; ICN, 2019).

Educar pode ser entendido não apenas como instrução, mas sim como toda a atividade, formal ou informal, que procura ajudar o outro a desenvolver as suas potencialidades, enquanto lhe proporciona informação útil ao alargamento das suas competências e à resposta aos desafios com que tem (terá) de lidar (Abreu-Lima et al., 2010).

A educação parental revela-se uma ferramenta valiosa não apenas para pais que enfrentam desafios no desempenho das funções parentais, devido a circunstâncias pessoais, relacionais ou condições adversas do ambiente (Abreu-Lima, 2010). Os programas de formação e treino de pais destacam-se como excelentes oportunidades para aprimorar tanto os níveis de informação como as competências educativas parentais, sendo frequentemente associados, em diversos estudos (e.g., Brandão, 2004; Feldman, 1994; Mendez-Baldwin & Rossnagel, 2003), a resultados muito positivos, sobretudo no aumento da perceção de autoeficácia e da satisfação no desempenho das responsabilidades parentais (Abreu-Lima et al., 2010). Segundo Abreu-Lima (2010) a educação parental pode ser definida como o processo que visa fornecer, aos pais ou a outros prestadores de cuidados, conhecimentos específicos e estratégias que ajudem a promover o desenvolvimento da criança (Brock et al., 1993).

Os programas de educação parental baseiam-se na premissa de que estas intervenções focam a promoção do cuidado, da consistência e da parentalidade positiva, que são aspeto essenciais para a criação de ambientes onde as crianças possam crescer em segurança e se sintam acolhidas (Lopes, 2012).

Efetivamente, as definições atuais de educação de pais envolvem universalmente uma componente emocional e experiencial: os sentimentos, motivações, atitudes e valores são centrais no processo (Lopes, 2012).

Para que a educação de pais atinja o seu objetivo (mudar, educar e não apenas informar), essa educação tem de ser mais pessoal, experiencial e profunda que outras formas de educação (Lopes, 2012).

Lopes (2012) dividiu as áreas de apoio aos pais em cinco grupos: i) as necessidades físicas da criança; ii) a segurança; iii) o desenvolvimento, comportamento e estimulação; iv) a comunicação com a criança; e v) disciplina

positiva. De acordo com a autora, os recursos de apoio existentes podem ser agrupados em: projetos e programas (ex: curso de massagem do bebê, curso de educação parental no primeiro ano de vida, cantinho dos pais, intervenção precoce, etc.); serviços de saúde (consultas de vigilância e visitas domiciliárias); matérias e estratégias (material de leitura, meios audiovisuais, diálogo interativo, sessões educativas, comunicação social, etc) (Lopes, 2012).

Considerando o exposto, conclui-se a necessidade da conjugação de todos estes materiais e métodos na intervenção de enfermagem e a utilização de estratégias ativas de aprendizagem, e não somente prestar informação (Lopes, 2012).

No apoio à parentalidade, os pais devem ser considerados os principais responsáveis pela criança, titulares de direitos e obrigações e parceiros com potencial natural e com direito à diferença no desempenho do seu papel parental (Lopes, 2012).

Segundo Lopes (2012) existe uma insuficiência de programas dirigidos para a disciplina e programas para apoio no desenvolvimento e estimulação da criança.

Todos os programas mencionados têm o objetivo de melhorar a capacidade dos pais para apoiar o desenvolvimento emocional e comportamental das crianças, mas necessitam ser dirigidos a uma população que necessite, queira e possa beneficiar do serviço (Lopes, 2012; Olds, Sadler & Kitzman, 2007).

A DGS (2019) desenvolveu o Manual de Boas Práticas – Literacia em Saúde, Capacitação dos Profissionais de Saúde, com o objetivo de mobilizar os profissionais de saúde a desenvolver estratégias de interação com as pessoas. Sendo da responsabilidade dos profissionais de saúde, a educação para a saúde, em todos os contextos.

As intervenções de enfermagem podem influenciar o estilo de vida saudável, que é definido como controlar todos os comportamentos que podem afetar a saúde do indivíduo e organizar as atividades diárias, escolhendo os comportamentos adequados à sua própria saúde (Çetinkaya et al., 2021). O estilo de vida saudável deve incluir não apenas a proteção contra doenças, mas também a demonstração de comportamentos que aumentam o nível de bem-estar ao longo da vida.

Numa fase inicial da sua vida, as crianças, acompanhadas pelos seus familiares, recorrem, frequentemente, aos serviços de saúde devido à sua imaturidade e vulnerabilidade favorecendo as relações entre as famílias e os enfermeiros (Hockenberry et al., 2024). Neste sentido, estes profissionais devem aproveitar todas as oportunidades para apoiar, detetar precocemente, acompanhar e encaminhar situações passíveis de afetar negativamente a saúde da criança (DGS, 2013; Regulamento n.º 422/2018).

A idade pediátrica compreende o período desde o nascimento até aos 18 anos e implica inúmeras mudanças a nível comportamental, fisiológico, psicológico e social (Hockenberry et al., 2024; Regulamento n.º 422/2018). Consequentemente, para atender às suas especificidades, é necessário um profissional que detenha conhecimentos técnicos e científicos especializados sobre cada fase do ciclo de vida e que seja capaz de dar resposta às reais necessidades da díade (Regulamento n.º 351/2015; Regulamento n.º 422/2018). O EEESIP, é capaz de educar os pais, na medida em que os consegue orientar e apoiar através do fornecimento de conhecimentos e estratégias (ICN, 2019), com o intuito de melhorar a sua compreensão relativamente ao estágio de desenvolvimento da criança e do seu potencial de desenvolvimento, mas também para ajudar a exercerem eficazmente a sua parentalidade, ao adequar, por exemplo, a sua estratégia educacional de forma consciente, informada e segura (Fargion, 2023; Lopes et al., 2010).

Através da utilização do Modelo Touchpoints, assente numa prestação de CCF e de parceria, o EEESIP intervém na capacitação parental, na medida em que, acompanhando a criança e os pais em diferentes momentos-chave do desenvolvimento da criança, é explicado aos pais momentos de stress no desenvolvimento do filho. Esta explicação visa normalizar estes comportamentos, permitir o esclarecimento de dúvidas, fornecer orientações e partilhar estratégias para ajudar os pais a lidar com as alterações comportamentais, promovendo o maior conhecimento sobre a criança, aceitação do seu comportamento e prevenindo a culpabilização da criança e a quebra do laço afetivo entre pais e a mesma (Brazelton & Sparrow, 2006).

Brazelton abordou os cuidados antecipatórios através dos Touchpoits, que são os períodos nos primeiros anos de vida em que os surtos previsíveis de desenvolvimento das crianças resultam na rutura do sistema familiar (Brazelton, 2013). O progresso do desenvolvimento é muitas vezes precedido, no bebé e na criança, por períodos transitórios de desorganização comportamental e angústia. Os treze pontos de contacto são observados nos três primeiros anos de vida e são centrados em temas de cuidados importantes para os pais. O conhecimento destes Touchpoits e das estratégias para lidar com eles podem ajudar a reduzir as interações negativas que poderiam desviar o desenvolvimento da criança e resultar em problemas nas áreas de sono, alimentação, treino intestinal, disciplina, entre outros (Brazelton, 2013).

É um modelo concebido para a intervenção e orientado para a prevenção, adota uma abordagem multidisciplinar que coloca a criança no centro do interesse comum entre pais e profissionais. Baseia-se nos desafios e exigências envolvidos na tarefa de educar uma criança, valorizando as forças e capacidades das famílias (Brazelton & Greenspan, 2009). Baseia-se em 2 paradigmas: o paradigma do desenvolvimento que descreve o desenvolvimento da criança como um processo que não é contínuo, caracterizando-se por movimentos regressivos, surtos evolutivos e pausas (Brazelton & Greenspan, 2009). Surtos evolutivos constituem períodos de desorganização previsíveis e inerentes à etapa em que se encontra e que frequentemente vão provocar regressões em outras competências do desenvolvimento já adquiridas, por exemplo, durante a aprendizagem da marcha, a criança está focada na aquisição desta competência podendo dar origem a perturbações no ritmo de sono da criança (que já tinha estabilizado) (Brazelton & Greenspan, 2009). As regressões se não forem entendidas como positivas para o desenvolvimento da criança podem provocar momentos de desorganização aos pais (Brazelton Touchpoints Center, 2016). No paradigma relacional, em que os profissionais são um suporte à relação parental que vai ser construída ao longo do tempo, é enfatizada a relação entre as famílias e a criança (Brazelton & Sparrow, 2006).

Pelo exposto, o EEESIP deverá proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença, devendo procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento n. °422/2018).

## 2 - Percurso Metodológico

O presente relatório decorre da concretização do projeto de estágio, realizado e sustentado no referencial teórico-científico da disciplina e profissão de enfermagem, consubstanciado ao longo da realização dos vários estágios a partir de uma formação reflexiva e de aprendizagem experiencial, com enfoque no desenvolvimento das competências comuns e específicas de EEESIP e na obtenção do grau de mestre.

A prática reflexiva inicia-se quando se problematiza a prática e se aprendem novos conhecimentos, habilidades e atitudes, a que a própria prática obriga (Peixoto & Peixoto 2016). Traduz um diálogo entre pensar e fazer através do qual a pessoa se torna mais hábil e baseia-se na ciência da ação, que envolve a reflexão na ação, a reflexão sobre a ação e a reflexão sobre a reflexão na ação (Schön, 1987).

A importância do pensamento crítico e da prática reflexiva são estratégias consideradas importantes no sentido de otimizar a construção e reconstrução do saber e do desenvolvimento pessoal, interpessoal e social (Schön, 2000).

A metodologia de projeto tem como finalidade a elaboração de um plano de intervenção, devidamente fundamentando na evidência científica, com o intuito de dar resposta a um problema identificado pela prática clínica (Ruivo et al., 2010). Pelo que esta metodologia consiste num conjunto de técnicas utilizadas para estudar um aspeto da realidade, possibilitando prever, orientar e preparar o percurso que será realizado no decorrer do projeto, permitindo sempre a flexibilidade, prevendo a adaptação e reorientação ao longo das intervenções em campo (Ruivo et al., 2010). Segundo Ruivo et al. (2010) este percurso preconiza cinco etapas: elaboração do diagnóstico da situação; definição dos objetivos; planificação das atividades, meios e estratégias; execução das atividades planeadas; avaliação das atividades à luz da evidência científica e divulgação dos resultados obtidos. A metodologia a utilizar de análise, reflexão e crítica das competências, responsabilidades, trabalho em equipa e desenvolvimento cooperativo de saberes, permitirão a formação como um processo contínuo de aquisição pessoal do saber nos diferentes contextos e aprendizagem de conhecimento científico (Alarcão & Rua, 2005).

Os momentos de observação e intervenção nos contextos de estágio permitirão o desenvolvimento de capacidades, atitudes e conhecimentos que permitirão o desenvolvimento de competências (Alarcão & Rua, 2005).

É nos contextos da prática de cuidados que é possível transformar o conhecimento, sendo que esta transformação envolve o saber teórico e prático. Ou seja, é nos contextos de estágio que é mobilizado o saber, com o saber fazer e o saber ser (da ação), construindo assim o conhecimento cognitivo, que resulta da reflexão na ação e sobre a ação (Alarcão & Rua, 2005).

Um profissional competente é aquele que evidencia qualidades de desempenho abrangendo três áreas fundamentais, competência cognitiva, competência técnica e competência comunicacional. Ser competente implica saber o que fazer em cada situação concreta (Alarcão & Rua, 2005).

Na convergência do exposto e almejando a aquisição/consolidação das competências de EEESIP, foram desenvolvidos os seguintes objetivos gerais e específicos, que foram transversais a todos os contextos de estágio respetivamente: 1-Desenvolver competências para a intervenção especializada de enfermagem à criança jovem e família, nos processos de saúde doença, com vista à maximização da sua saúde e do seu potencial de desenvolvimento.

1.1- Desenvolver competências para a intervenção especializada de enfermagem à criança, jovem e família nos seus processos de especial complexidade nos diferentes contextos.

1.2- Desenvolver competências comunicacionais com a criança, jovem e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento.

2- Desenvolver competências para a intervenção especializada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica com enfoque no apoio à parentalidade;

2.1- Identificar os fatores que influenciam a adesão a comportamentos e estilos de vida saudáveis por parte das crianças e suas famílias;

2.2- Implementar intervenções especializadas de enfermagem promotoras de competências parentais.

### **3- Análise Reflexiva das Atividades de Estágio um Percurso para o Desenvolvimento de Competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

Para facilitar a demonstração das competências comuns de EE e específicas de EEESIP desenvolvidas, apresentar-se-ão de seguida os contextos de estágio fazendo-se uma análise das principais atividades e das experiências realizadas, tendo em consideração o guia orientador das atividades (Apêndice I), e também a temática em estudo.

As competências desenvolvidas serão evidenciadas e analisadas com recurso aos referenciais teórico-conceituais de enfermagem e ao conhecimento científico.

Entende-se por competências e habilidades específicas, os comportamentos profissionais, apoiados em conhecimentos, mas sem limitar-se a eles, que o levam a intervir de forma eficaz em relação ao sistema de saúde e tudo aquilo que a ele pertence (Benito et al., 2012).

O EE distingue-se por possuir um conhecimento aprofundado numa área particular de Enfermagem, por considerar as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e por demonstrar níveis de julgamento clínico e tomada de decisão superiores, os quais se refletem num conjunto de competências especializadas, dentro de um campo específico de intervenção (OE, 2017).

A integração na equipa multidisciplinar foi feita de forma positiva, com participação ativa nas intervenções realizadas, tendo a família como parceira nos cuidados e sustentando a prática na filosofia dos CCF e CNT. Para cada contexto foram definidas atividades tendo em consideração a especificidade de cada local, as necessidades de aprendizagem e de desenvolvimento de competências. Transversalmente a todos os contextos foram desenvolvidas um conjunto de competências comuns de EE agrupadas nos seguintes domínios: Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; Melhoria Contínua da Qualidade; Gestão dos Cuidados; Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais (Regulamento n.º. 140/2019), que concorreram para o desenvolvimento da “elevada capacidade de conceção,

gestão e supervisão de cuidados (...) através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º. 140/2019, p.4745).

Relativamente ao domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal a referir que os cuidados prestados nos diversos contextos, foram sustentados pelos padrões éticos profissionais explanados no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), bem como no Regulamento de Exercício Profissional do Enfermeiro (OE, 2015) garantindo os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Os cuidados desenvolvidos demonstraram a garantia pelo superior interesse da criança, e a aplicação dos princípios éticos e legais de autonomia, beneficência e não maleficência (OE, 2015), na medida em que o processo de tomada de decisão foi partilhado com a criança e família, almejando o bem-estar físico, mental, intelectual e moral da díade.

As atividades desenvolvidas nos vários contextos possibilitaram promover e manter um ambiente terapêutico e seguro da criança/jovem e sua família, tendo contribuído para o desenvolvimento da competência “Garante um ambiente terapêutico e seguro” (B3), salientando a importância diária das rotinas habituais e o espaço da criança, o mais humanizado possível, havendo a possibilidade da existência de brinquedos favoritos, contribuindo para o “ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (B3.1). Foi respeitada a dignidade e a privacidade da criança/jovem/família e garantida a individualização dos cuidados tendo em conta os valores e crenças, mantendo o sigilo profissional e a intimidade (A2.1.6) (Regulamento n.º 140/2019).

### **3.1 - Contexto de Consulta de desenvolvimento**

O desenvolvimento infantil é um processo complexo, e estrutura-se em três domínios: desenvolvimento físico, desenvolvimento cognitivo e desenvolvimento psicossocial, sendo também o resultado da interação entre fatores genéticos, biológicos e ambientais (Martorell & Feldman, 2020).

Sabe-se que todas as crianças são diferentes, e que os ritmos e os momentos do desenvolvimento variam, no entanto existem marcos no desenvolvimento, havendo uma grande variação entre as crianças em relação a esses marcos. Somente quando o desvio da média for extremo é que devemos considerar o desenvolvimento atrasado ou adiantado (Martorell & Feldman, 2020).

Todos os fatores têm de ser considerados para a avaliação das perturbações do desenvolvimento infantil. De acordo com Filipe (2020) a perturbação de hiperatividade e déficit de atenção (PHDA) é considerada um dos problemas de comportamento e neurodesenvolvimento mais frequentes nas crianças e adolescentes em idade escolar, tanto em Portugal como a nível mundial, com uma prevalência mundial estimada de 5% a 7% (Filipe, 2020).

As crianças com hiperatividade são maioritariamente rapazes (Brazelton, 2013). Esta deve-se a um sistema nervoso imaturo e hipersensível influenciado por qualquer estímulo. A hiperatividade está associada muitas vezes a problemas de atenção, a criança não é capaz de alhear-se a estímulos não importantes, sendo o seu leque de atenção reduzido (Brazelton, 2013). Se os problemas de atenção forem graves e parecerem envolver um defeito nos mecanismos seletivos a nível do cérebro, estamos perante uma perturbação do défice da atenção (PDA) (Brazelton, 2013).

O tratamento passa por um aconselhamento familiar para ajudar a organizar um ambiente de apoio, educação especial, psicoterapia e medicação se indicado. Caso a criança inicie medicação, esta deverá ser informada e envolvida, nomeadamente para que serve e os pais além de proporcionarem um ambiente calmo e desprovido de estímulos, deverão recompensar cada progresso, e elogiar comportamentos positivos (Brazelton, 2013).

A **observação e participação colaborativa com o EEESIP na prestação de cuidados ao cliente pediátrico**, foi uma das atividades deste contexto, realçando-se as intervenções no âmbito da educação para a saúde de forma a capacitar os pais para a promoção do desenvolvimento da criança com perturbação do desenvolvimento.

A intervenção do EEESIP na avaliação do desenvolvimento das crianças com perturbações do desenvolvimento variou, de acordo com estágio de desenvolvimento, no entanto a observação desde a forma como se comporta e interage na consulta, a avaliação das capacidades cognitivas, através da avaliação da capacidade da leitura, questões adaptadas ao ano de escolaridade ou imaturidade intelectual, foram estratégias utilizadas, sendo também avaliados os comportamentos em casa, na escola e intervenção pedagógica em termos da medidas universais, tendo presente o Dec. Lei n.º 54/2018. Nele foram redefinidos os termos da educação especial em Portugal, sendo recomendadas uma combinação de estratégias e meios de intervenção, que incluem apoio pedagógico personalizado, protocolos de avaliação adaptados e um currículo individual com conteúdos de aprendizagem adequados. Foram avaliadas e valorizadas as preocupações dos pais e avaliação da adesão ao regime terapêutico e sua eficácia. Pelo exposto, apoiou-se a inclusão de crianças com necessidades especiais (E1.1.9) (Regulamento n.º 422/2018).

Nas consultas de desenvolvimento foi fundamental avaliar os tipos de terapias que as crianças frequentavam nomeadamente a terapia da fala, a terapia ocupacional, a psicologia e acompanhamento pela equipa de intervenção local (ELI), ou se a criança frequentava o jardim de infância. Na avaliação de competências cognitivas, em crianças com idade inferior a 6 anos foi utilizada a associação de quadro de cores ou a associação de imagens ao nome, avaliando a audição, o jogo simbólico, a motricidade global, a visão, a manipulação, a linguagem, o comportamento e a adaptação, tendo presente os conteúdos da escala de *Mary Sheridan* modificada para as idades chaves, avaliando-se a capacidade de comunicação e interação social (E3.1.2.). Assim foi possível desenvolver a competência do EEESIP, que procura dar resposta aos problemas, nomeadamente incentivar a linguagem através da brincadeira e o ensino da interação social, capacitando a criança e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação (E2.5.2.) estabelecendo uma parceria de cuidados promotora da parentalidade (E1.1), proporcionando conhecimentos e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças e famílias, no sentido da adoção

de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.4.) (Regulamento n.º 422/2018). Nestas situações implementou-se e geriu-se em parceria, um plano promotor de saúde, da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/Jovem (E1.1.) (Regulamento n.º 422/2018).

A observação e a colaboração nas consultas de vigilância, contribuiu para o desenvolvimento da competência E3.1, avaliando o crescimento, através das avaliações antropométricas e curvas de percentil (E3.1.2.), demonstrou-se conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1) e na transmissão de orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento da criança (E3.1.3.) (Regulamento n.º 422/2018).

São frequentemente acompanhadas nas consultas de desenvolvimento crianças e famílias com diagnóstico de perturbação do espectro de autismo (PEA).

A Organização Mundial de Saúde (OMS), considera que há uma prevalência crescente do autismo de forma global, estimativas mostram que a cada 59 crianças uma apresenta PEA (Kaufmann et al., 2022).

A PEA é uma perturbação do neurodesenvolvimento que se caracteriza globalmente por um comprometimento da interação social e da comunicação e pela existência de padrões de comportamentos repetitivos e/ou um leque restrito de interesses e manifestações frequentes a hiper ou hiporresponsividade aos estímulos sensoriais (Martins et al., 2021).

Dada a complexidade deste diagnóstico, pois pode ser confundido com perturbação da linguagem ou um atraso no desenvolvimento psicomotor, optou-se por **aprofundar conhecimentos e desenvolver uma revisão de literatura** sobre a temática (Apêndice IV), denominada “A criança com perturbação do espectro do autismo e sua família”, esta atividade sustentou a avaliação da criança, resposta e intervenção, confirmando-se a necessidade da prestação de cuidados com base no conhecimento científico, desenvolvendo a competência comum (D2) ao suportar a prática clínica em evidência científica (D2.2) (Regulamento n.º 140/2019). Contribuindo também para o desenvolvimento da competência específica cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade

(E2.5.) (Regulamento n.º 422/2018). A avaliação de possíveis défices auditivos, para descartar surdez, é uma intervenção imprescindível nestas situações, o que concorre para o desenvolvimento da competência (E2.5.1) que diz respeito ao diagnóstico de necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018).

A forma de comunicar, utilizando linguagem não verbal, estabelecendo contacto visual e a combinação do uso do desenho ou brincar, (E3.3.1.). foram estratégias identificadas e mobilizadas que trouxeram benefícios na interação e nas intervenções desenvolvidas. Nesta linha de pensamento, foi também evidente na intervenção à criança e família a utilização de técnicas de comunicação apropriadas à idade e à cultura (E3.3.2.), o que contribuiu para o desenvolvimento desta competência (E3.3.) (Regulamento n.º 422/2018).

A deteção e referenciação precoce de alterações desenvolvimentais ou comportamentais, bem como o **apoio na inclusão da criança/jovem com necessidades de saúde e educação especial**, pelo máximo aproveitamento dos diferentes recursos da comunidade de suporte à criança/jovem com necessidades de cuidados, ou **encaminhamento da criança/jovem com necessidades especiais** de cuidados (E1.2.2) para instituições de ensino, adequadas a cada situação específica, ou referenciando para ELI (Regulamento n.º 351/2015), foram intervenções identificadas e mobilizadas no cuidado à criança e família.

A plasticidade cerebral é indispensável à formação de processos de desenvolvimento cognitivo e comportamental ao longo da vida (Kolb et al., 2017), estando por detrás do surgimento da linguagem, do comportamento social e da construção da relação da criança com as figuras de referência (McLean, 2020). Deste modo, devido ao facto da plasticidade cerebral se encontrar no seu auge na primeira infância e diminuir gradualmente com a idade (*Center on the Developing Child at Harvard University, 2016*), tornando este período ideal à intervenção precoce, quando identificadas alterações no desenvolvimento infantil.

As perturbações do desenvolvimento envolvem um espectro de problemas de vários tipos e gravidade, sendo as ligeiras geralmente difíceis de detetar. Além disso, apesar da sequência de aquisições ser conhecida e comum a todos, o

desenvolvimento infantil processa-se muitas vezes de forma descontínua, com “saltos” (Brazelton, 2013). Por vezes é difícil identificar a gravidade da situação que justifica uma intervenção apropriada. Em consequência, os profissionais podem eventualmente retardar a identificação e o encaminhamento das situações, para não aumentar a ansiedade dos pais e restantes cuidadores (DGS, 2019).

De acordo com a DGS (2012), o processo de avaliação do desenvolvimento psicomotor deverá ser encarado no contexto geral da promoção da saúde da criança.

Neste âmbito, de referir que observei algumas primeiras consultas de desenvolvimento, e participei na avaliação do desenvolvimento através da aplicação da escala de desenvolvimento *The Schedule of Growing Skills*. Esta destina-se a avaliar o desenvolvimento a crianças dos zero aos cinco anos, é de aplicação rápida e de fácil visualização através de uma síntese gráfica do desenvolvimento, sendo precisa e fiável. Nela são avaliadas oito áreas desde: postura passiva, postura ativa, locomoção, capacidade manipulativas, capacidades visuais, audição, linguagem, interação social, autonomia e cognição (OE, 2010). O que permite identificar as perturbações no desenvolvimento e delinear um plano de intervenção, realçando-se as estratégias definidas e discutidas entre o EEESIP com a equipa multidisciplinar. A grande maioria destas crianças apresentavam perturbação de desenvolvimento com alteração da linguagem e interação social, o que concorreu para o desenvolvimento da competência (E1.1.6.) (Regulamento n.º 422/2018).

Houve oportunidade de observar duas sessões do projeto implementado no serviço pelo EEESIP sobre “Capacitação parental”. Este projeto foi elaborado com o objetivo de dar resposta aos pais, cujos filhos ainda não têm qualquer tipo de intervenção na comunidade. Esta intervenção de enfermagem representa um mecanismo para o empoderamento parental no acompanhamento do desenvolvimento infantil. Reconhecendo-se a família como o núcleo fundamental do contexto da criança, concebendo-a na promoção do desenvolvimento, tendo em conta intervenções ao nível da capacitação, participação e parceria de cuidados, tomando como princípio a filosofia dos CCF (E1.1.5.).

**A elaboração de uma reflexão com perito** surgiu após conhecimento do projeto inovador implementado pelo EEESIP, intitulado “Programa de Capacitação Parental”, o qual despertou o meu interesse, devido à sua singularidade com o fenómeno em estudo. Pelo que foi elaborado um guião de reflexão recolhidas e analisadas as informações, através de uma análise reflexiva (Apêndice V), o que contribui para o desenvolvimento da competência (E1.1.) ao procurar oportunidades para trabalhar com as famílias (Regulamento n.º 422/2018).

Para além das consultas, a equipa de enfermagem realiza de forma programada colheitas de espécimes, nomeadamente colheitas de sangue e de urina, à criança. Observei e participei em vários momentos de colheitas de sangue para análises clínicas, realizadas pelo EEESIP, verificando-se a aplicação dos princípios dos CNT e garantindo a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor tais como: aplicação de penso de EMLA, cerca de 45 minutos antes do procedimento, administração de sacarose a 24% (E2.2.2.) (Regulamento n.º 422/2018). Foram aplicados conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor tais como: presença dos pais, colo, distração com música e brinquedo (E2.2.3.), o que contribuiu para o desenvolvimento da competência (E2.2.) (Regulamento n.º 422/2018). O EEESIP focou-se em promover CNT e minimizar as agressões físicas ou emocionais e a dor, indo ao encontro dos princípios da carta da criança hospitalizada.

O trabalho desenvolvido pelo EEESIP, distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas, relacionais, conhecimento e habilidades nas consultas, na avaliação do crescimento e desenvolvimento, pondo em prática conhecimentos científicos e respostas antecipatórias às situações (OE, 2017).

### **3.2 - Contexto de Cuidados de Saúde Primários**

Dado o meu percurso profissional, este contexto de estágio foi enriquecedor, pois constituiu uma experiência reflexiva e analítica acerca da intervenção de enfermagem de generalista a especialista, contribuindo para a mudança de atitude

de ser e estar. Ter acompanhado a enfermeira orientadora, enquanto EEESIP, enfermeira de família, responsável da área da saúde infantil e pediátrica e vacinação, áreas importantíssimas dos cuidados de saúde primários, permitiu evidenciar as competências acrescidas e responsabilidades do EEESIP, foi notório como este se assume como o elemento de referência/consultoria quando os cuidados exigem um grau de competência ligado à sua área de especialidade, tal como expresso no Regulamento n.º 140/2019. Ter participado na gestão de stock de vacinas, armazenamento e monitorização da rede de frio, na realização da avaliação semestral da cobertura vacinal da unidade, contribuiu para o desenvolvimento das competências comum (B.3) e garantir um ambiente terapêutico e seguro, participando na gestão do risco ao nível da unidade funcional (B3.2) (Regulamento n.º 140/2019).

O programa de vigilância de saúde infantil e juvenil (PNSIJ) (DGS, 2013) recomenda *idades-chaves* para a realização de consultas, harmonizadas com o PNV, adequando-se a prestação de cuidados, permitindo um mínimo de deslocações aos serviços de saúde, no entanto a periodicidade recomendada deverá adequar-se a casos particulares, podendo ser introduzidas, ou eliminadas, algumas consultas em momentos especiais do ciclo de vida das famílias, indo ao encontro do observado e realizado na USF.

Neste contexto foram desenvolvidas várias atividades que contribuíram para o desenvolvimento de competências destacando-se as seguintes:

A **realização das consultas de vigilância de saúde infantil** permitiu a avaliação do crescimento através das avaliações antropométricas e registos nas curvas de crescimento, estas são um instrumento fundamental para monitorizar o estado nutricional e o crescimento da criança e adolescente (DGS, 2013), a avaliação do desenvolvimento da criança é realizado através da escala de *Mary Sheridan*, (E3.1.2.), uma vez que sendo rápida de aplicar e de analisar, permite a avaliação do desenvolvimento infantil quanto à postura e motricidade grossa; visão e motricidade fina; audição, linguagem, comportamento e adaptação social (OE, 2010; DGS, 2013). A estimulação por opção de comportamentos saudáveis, valorizando os cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da

doença (DGS,2013) (E3.1.3.). O EEESIP deverá ter presente, quais os marcos de desenvolvimento adequados a cada idade, os sinais de alerta, conhecer a criança/família e estar atento a fatores de risco (DGS, 2013) (E3.1.1). Recolher informações importantes, (ex.: consultas que frequenta, preocupações dos pais, etc), este conjunto de avaliações assentam nas orientações expressas no PNSIJ. Tendo presente esta abordagem, foi possível o desenvolvimento da competência (E3.1.) promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018).

Nas consultas de vigilância de saúde juvenil foi possível a realização da entrevista que possui características especiais relacionadas com a idade, características do desenvolvimento, estilos de vida e comportamentos, devendo ser estruturada em três fases: fase de acolhimento, fase exploratória e fase resolutive (OE, 2010). Também se recorreu à utilização do acrónimo HEEADSSS, sugerido pelo PNSIJ (DGS, 2013), na abordagem ao adolescente, pois a análise psicossocial adquire uma particular importância e permite conhecer melhor os pontos fortes e os fatores de vulnerabilidade pessoal, face aos diferentes contextos do jovem. Surgiu oportunidade para negociar e motivar os adolescentes para adotarem comportamentos saudáveis, tal como preconizado na competência (E3.4.5) (Regulamento n.º 422/2018). Promover a sua autoestima e autodeterminação, facilitando a expressão de suas emoções e reforçando positivamente sua imagem corporal, o que permitiu o domínio de novas competências na abordagem ao cliente jovem (E3.4.) (Regulamento n.º 422/2018).

A adolescência é um período de transição entre a infância e a vida adulta (Martorell & Feldman, 2020). Segundo a OMS a adolescência é o intervalo entre os 10 e 19 anos. Os adolescentes experimentam rápido crescimento físico, cognitivo e psicossocial. Isso afeta como eles se sentem, pensam, tomam decisões e interagem com o mundo ao seu redor. Reconhecendo-se a importância da avaliação desta faixa etária vulnerável. Os jovens que têm relações de apoio com os pais, a escola e a comunidade tendem a desenvolver-se de forma positiva e saudável (Martorell & Feldman, 2020). Para crescer e se desenvolver com boa saúde, os adolescentes precisam de informações, incluindo educação sexual abrangente e apropriada à

idade, serviços de saúde aceitáveis, equitativos, adequados e eficazes (WHO, 2023). Necessitam do apoio a vários níveis quer da escola quer dos profissionais de saúde, para minimizarem os riscos em saúde, ou seja, a adolescência é uma época de oportunidades e de riscos.

A realização das consultas de vigilância contribuiu para o desenvolvimento da competência comum no domínio da gestão dos cuidados nomeadamente a (C1.1) otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão; (C2.1) otimizar o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019).

Em todas as consultas de enfermagem pretendeu-se criar momentos de capacitação parental e promover hábitos de vida saudáveis em vários domínios: alimentares, higiene, sono, segurança e promoção do desenvolvimento, transmitindo aos pais, orientações antecipatórias, (E3.1.3) formas de brincar e interagir com o bebé, incentivando o uso e o gosto pelo livro ou jogos, como estratégia de interação, etc.

As intervenções de forma a promover o desenvolvimento infantil devem visar melhorar a nutrição e a saúde da criança, promover ambientes seguros e de aprendizagem (Neves et al., 2020).

Em Portugal existe o PNV que é universal e gratuito. Às crianças, dependendo da idade, recomendam-se 13 vacinas: contra hepatite B, difteria, tétano, tosse convulsa, poliomielite, doença invasiva por *Haemophilus influenzae* do serotipo b, infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 13 serotipos, doença invasiva por *Neisseria meningitidis* do grupo B e do grupo C, sarampo, parotidite epidémica, rubéola e ainda a vacina contra infeções por vírus do Papiloma humano. A grupos com risco acrescido para determinadas doenças recomendam-se ainda, para além de várias vacinas recomendadas à população em geral, as vacinas contra: tuberculose, infeções por *Streptococcus pneumoniae* de 23 serotipos, doença invasiva por *Neisseria meningitidis* dos grupos ACWY e hepatite A, sendo gratuitas para grupos de risco (DGS 2020). O EEESIP para além dos conhecimentos sobre o PNV, utiliza estratégias visando a redução do impacto negativo que a experiência da vacinação pode trazer à criança. Destacando-se o recurso ao brincar terapêutico e

a utilização de técnicas de distração adequada á faixa etária (Belo et al., 2015) (E2.2.3.).

O brincar terapêutico consiste num conjunto de atividades lúdicas intencionalmente desenvolvidas por profissionais com objetivo terapêutico. Visa o bem-estar, a individualidade, e desenvolvimento de cada criança. Pretende ajudá-la a desenvolver mecanismos de coping (Caleffi et al., 2016).

As técnicas de distração que se pretendem não é desvalorizar, ignorar ou menosprezar os sentimentos e perceções da criança, mas sim propor ou sugerir-lhe uma situação adequada ao seu nível de desenvolvimento e ao seu gosto, suficientemente atraente e envolvente para conseguir concentrar a sua atenção, de modo que o estímulo doloroso fique para segundo plano e sejam esquecidos ou menos percecionados, devendo ter início antes do procedimento doloroso (Belo et al., 2015).

Na administração das vacinas foram utilizados os princípios dos CNT, como o brincar terapêutico, utilização de técnicas de distração, relaxamento, brincadeira, o colo e/ou a amamentação para minimizar a dor ou desconforto, desenvolvendo a competência "(E2.2.) Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas" (Regulamento n.º 422/2018).

### **-Observação das estratégias comunicacionais desempenhadas pelo EEESIP: Utilização de técnicas de comunicação apropriadas no relacionamento com criança**

As estratégias comunicacionais são fundamentais na relação com pais, crianças e jovens, o EEESIP distingue-se pelas habilidade e técnicas de comunicação que podem ser verbais e não verbais, algumas dessas técnicas são úteis para fazer perguntas ou explorar conceitos, alicerçadas nas relações de interação, com sensibilidade e afeto (Hockenberry et al., 2024). Estratégias como jogos de palavras, são bem recebidos pelas crianças. As técnicas não verbais podem incluir a escrita, o desenho, a magia e o brincar (Hockenberry et al., 2024). É importante facilitar a expressão das preocupações e medos e usar uma variedade de técnicas de comunicação (E3.3.1.). A comunicação apresenta-se como um fenómeno indissociável do cuidado à criança, transcendendo a transmissão de informações

lineares (Martinez et al., 2013). Atendendo à especificidade do cuidar em pediatria, desenvolveu-se a competência: (E3.3.) (Regulamento n.º 422/2018)

### **-Sessão de formação em serviço: Criança com perturbação de espectro do autismo e sua família: intervenção do Enfermeiro**

A sessão de formação em serviço surgiu de uma necessidade do serviço, (D2.1.2) manifestada pela enfermeira orientadora na discussão das atividades propostas para o estágio, sendo também uma oportunidade de desenvolver a competência comum de enfermeiro especialista (D2) ao atuar como formador em contexto de serviço (D2.1.1) e responsabilizar-me por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho (D2.1) (Regulamento n.º 140/2019), pelo que foi planeada e realizada sessão de formação em serviço (Apêndice VI). A elaboração desta atividade permitiu a aquisição de conhecimentos teórico-científicos, favorecedores da melhoria da qualidade dos cuidados e facilitar a abordagem à criança e família nesta situação complexa. Contribuindo para o desenvolvimento de competências específicas (E2.5.) relativamente à promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, deficiência/incapacidade (Regulamento n.º 422/2018). Através da identificação das necessidades e incapacidades na criança/jovem e ajudar a família a intervir com a criança para promover a sua autonomia, adequando o suporte familiar, comunitário e referência para instituições de suporte (E1.1.7) (E1.2.2.) (Regulamento n.º 422/2018).

A condição de vulnerabilidade da criança com risco de desenvolvimento ou condição de deficiência, poderá potenciar um aumento dos níveis de stress parentais, implicando um esforço em termos de adaptação e organização familiar. O enfermeiro deve ajudar a família a encontrar recursos e a forma mais adequada de os canalizar, fomentando as relações sociais (OE, 2010).

### **-Participação de momento formativo do curso de preparação para o parto, dirigido aos pais**

A participação no momento formativo integrado no curso de preparação para o nascimento, faz parte de um conjunto de sessões, num total de 17, que vão empoderar os futuros pais com conhecimentos e habilidades para os cuidados aos

recém-nascidos e sensibilizar para sinais de alerta, influenciando a parentalidade, as dimensões do cuidado e desenvolvimento da criança. O tema assistido foi: “Vou para casa e agora? Primeiros socorros e suporte Básico de Vida.

Estes momentos formativos contribuem para o empoderamento parental, sendo uma abordagem frequente nos cuidados de saúde primários. Devem ser amplamente divulgados e valorizados pelos profissionais, pois facilitam a transição para a parentalidade. Pais informados demonstram mais confiança, transmitem mais tranquilidade e segurança ao seu filho, sendo favorecedor para a relação da tríade (Hockenberry et al., 2024).

### **-Realização de folheto educativo sobre diversificação alimentar (Apêndice VII)**

A diversificação alimentar constituiu um momento muito importante para os pais e para a criança. Os cuidados de saúde primários são os principais promotores para uma alimentação saudável (WHO, 2019). A escolha e preparação dos alimentos são um desafio para os pais e para a criança a colher é uma situação nova, muitas vezes de difícil adaptação.

Em Portugal, o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil orienta os pais para a introdução dos alimentos entre os quatro e os seis meses (DGS, 2013).

A elaboração do folheto foi uma necessidade sentida e também manifestada pela equipa o que vai ao encontro do desenvolvimento da competência (D2.1.3) (Regulamento n. °140/2019). Apoiar os pais nesta transição é fundamental, para promover e incentivar a adoção de uma alimentação adequada à fase de desenvolvimento da criança (E1.1.4.). O que contribui para o desenvolvimento da competência comum (B2) e (B2.2) ao planear programas de melhoria contínua (Regulamento n. °140/2019). Contribuindo para o desenvolvimento da competência específica (E1.1.) implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018).

A alimentação saudável na infância deverá ser equilibrada em termos qualitativos e quantitativos, contribuindo para um bom estado de saúde, bom desenvolvimento, prevenindo diversas situações patológicas no adulto. O fator cultural deve ser respeitado e apreciada a sua diferença (OE, 2010). Também os padrões de qualidade reiteram que a promoção da saúde através da criação e

aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde (Regulamento n.º 351/2015).

**-Realização de reflexão com perito sobre intervenções do enfermeiro no âmbito da saúde escolar;**

Pretendia-se conhecer e participar no trabalho desenvolvido pela equipa da saúde escolar, no entanto, com o encerramento do ano letivo, e face à impossibilidade de integrar a intervenção, a opção alternativa contemplou a realização de uma reflexão com um enfermeiro perito.

Nesta reflexão foram mobilizados conhecimentos sobre a intervenção do enfermeiro nesta área e analisados referenciais de educação para a saúde (2017), bem como o programa Nacional de Saúde Escolar (2015), assim como referenciais teóricos de enfermagem mobilizados nesse contexto (E1.1.8.). O enfermeiro emergiu como um agente de Educação para a Saúde e tem um papel importante nas escolas, contribuindo para o processo de aprendizagem em educação em saúde.

**-Participação nas atividades de formação em serviço;**

Na USF decorrem reuniões interdisciplinares semanais, promotoras de momentos de reflexão e de discussão de assuntos internos e de partilha de informações e atualização de conhecimentos. Estes momentos, são assim utilizados para a realização de formação em serviço. Neste contexto, assistiu-se a uma formação em serviço intitulada de: "Maus-tratos na Infância e Adolescência", onde foram apresentados os dados epidemiológicos locais, formas de avaliar maus-tratos, tipos de maus-tratos, deveres dos profissionais, direitos das crianças e como proceder à referenciação ou sinalização. Nesta formação foi ainda abordado o procedimento de sinalização, ao Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco.

Existem inúmeros fatores de risco associados aos maus-tratos infantis que podem estar diretamente relacionados com a criança, tais como, a idade, a existência de problemas de saúde e/ou problemas de comportamento, as expectativas dos progenitores e a fraca relação entre pais/filho (APAV, 2011; DGS, 2011). Relativamente à idade, quanto mais nova for a criança, maior a sua

vulnerabilidade e propensão aos maus-tratos devido, não só à sua dependência dos pais/cuidadores, mas também pelas suas características físicas. Assim, quanto menor a idade, maior o risco do mau trato provocar danos graves, podendo levar a lesões fatais (APAV, 2011; DGS, 2011), sendo urgente a intervenção ao nível da prevenção, deteção e notificação (E1.2.5.).

Esta formação permitiu analisar a importância desta problemática e enquanto futura EEESIP contribuiu para o desenvolvimento da competência (E1.2.) que diz respeito à realização precoce do diagnóstico e à intervenção nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (Regulamento n.º 422/2018).

Assistiu-se também a uma formação sobre “Referenciação para o SNIPI”, com o objetivo de ser garantida a intervenção precoce, através da referenciação precoce pela equipa da USF, para as equipas de ELI (Equipas de Intervenção Local), que assistem a criança dos 0 aos 6 anos. Estas formações foram importantes para o percurso formativo, uma vez que a deteção precoce de maus-tratos é fundamental para interromper a sua ocorrência e concomitantemente proteger a criança e o jovem, além de capacitar os profissionais a identificarem e responderem adequadamente em situação de abuso. A referenciação para o SNIPI tem uma janela de oportunidade que deve ser aproveitada, para benefícios efetivos das crianças, tendo o EEESIP a responsabilidade na deteção precoce e encaminhamento destas situações (E1.2.2.) (Regulamento n.º 422/2018).

### **3.3 - Contexto de Internamento de Pediatria**

De acordo com o guia de atividades foram traçados objetivos gerais e específicos e delineadas várias atividades adaptadas ao contexto (Apêndice II).

Das atividades desenvolvidas aqui serão, de seguida destacadas as mais relevantes para o desenvolvimento de competências.

#### **- Observação e acompanhamento da enfermeira chefe na gestão do serviço**

A liderança em enfermagem desempenha, um papel central na qualidade dos cuidados pois envolve quatro dimensões: a facilitação da comunicação continua

eficaz; o fortalecimento das relações profissionais e interprofissionais; a construção e a manutenção de equipas; e a união de pares (Baernholdt & Cottingham, 2011; Carvalho & Lucas 2020).

A gestão de equipas, é uma função para a qual o EE tem de estar preparado. Os horários são o fator chave para que a unidade de cuidados funcione em pleno, assegurando cuidados contínuos e de qualidade aos utentes. Deste modo, os enfermeiros chefes ou enfermeiros em funções de chefia, responsáveis pela sua elaboração, devem ter em conta os seguintes princípios: i) características do serviço e dos profissionais; ii) natureza dos cuidados, dotação de pessoal e metodologia de trabalho; iii) conhecer a legislação em vigor sobre esta matéria; iv) proceder a uma rotação justa e equilibrada do pessoal pelos vários turnos (SEP, 2017). Ter acompanhado a enfermeira chefe na elaboração dos horários contribuiu para o desenvolvimento da competência comum (C2) “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, (C2.1) otimizando o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Foi possível planear feriados, dada a dotação do serviço, o que também contribui para o desenvolvimento da competência.

### **-Participação colaborativa com o EEESIP nos cuidados de enfermagem prestados à criança com doença aguda/crónica e família**

Destaca-se a intervenção do EEESIP nas decisões éticas, nomeadamente no dilema ético e processo de tomada de decisão, sobre o recurso a manobras invasivas e não reanimação de criança de 2 anos com broncopneumonia e com antecedentes de pessoais de encefalopatia hipóxico-isquémica grave neonatal, tetraparésia espástica discinética, etc. Devido às infeções respiratórias recorrentes, família e equipa tinham acordado que as opções terapêuticas de tratamento neste internamento passavam por o que melhor servem os interesses da criança, ou seja, tendo presente os quatro princípios morais norteados na prestação de cuidados, beneficência, não maleficência, justiça e autonomia, no sentido de promover o bem do doente, e de não lhe proporcionar qualquer mal. Segundo o parecer n.º 065/2023 (OE, 2023) a decisão de não reanimação (DNR) é uma prescrição médica, assumida por um ou mais médicos e registada no processo clínico do doente, pelo médico

assistente, para que não se iniciem, nem se tentem manobras de reanimação, em caso de paragem cardiorrespiratórias em doente com doença aguda ou crónica grave presumivelmente irreversível, resultado de uma avaliação, ponderação e discussão da inutilidade de tais manobras, entre todos os elementos que compõe a equipa. A mãe da criança, apesar de estar envolvida nesta decisão, manifestou aos profissionais de enfermagem que se a filha não melhorasse, sem recurso a administração de medicação por outra via, sem ser a oral, ela concordava que fossem realizadas mais intervenções invasivas. Estar presente nesta reunião de equipa e família contribuiu para o desenvolvimento da competência comum do domínio da Responsabilidade Profissional Ética e Legal, pois permitiu avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão (A1.3) (Regulamento nº. 140/2019).

Paralelamente a prestação de cuidados à criança doente permitiu aprofundar conhecimentos e competências no cuidado à criança e sua família. A hospitalização da criança, tem sido assumida pelos pais como uma situação crítica, com alterações nas rotinas, no bem-estar, na família e nas situações económicas e sociais (Shields, 2011; Hockenberry et al., 2024). Os papéis e as responsabilidades parentais alteram-se quando a criança é admitida no hospital e os seus cuidados podem, em parte ser assumidos pelos profissionais de saúde. As implicações da hospitalização para os pais e criança, sugere que a admissão hospitalar da mesma afeta sempre os pais, causando uma desorganização nas suas vidas, podendo vir a influenciar outras experiências de hospitalização (Shields, 2011). O mesmo autor refere que a ansiedade dos pais diminui quando estes permanecem com os seus filhos, se a comunicação com os profissionais é boa e quando recebem informações adequadas às suas necessidades.

Segundo Albuquerque et al. (2017) as unidades de internamento pediátricas, não contemplam condições adequadas para a permanência conjunta do binómio criança e acompanhante, evidenciada pela falta de instalações ou inadequação da unidade para esta permanência conjunta. A equipa de enfermagem pediátrica necessita estar sensibilizada para acolher e compreender a criança como um ser vulnerável, bem como seu familiar que está suscetível ao desgaste físico e emocional (Albuquerque et al., 2017).

A adaptação às mudanças decorrentes da hospitalização infantil exige da família novas formas de organização e requer o desenvolvimento de habilidades para lidar com as pressões, as ansiedades, as dificuldades e as incertezas existentes (Silveira et al., 2008). Ter acompanhado a EEESIP e prestado cuidados à criança doente, permitiu o desenvolvimento da competência E1.1 que diz respeito à implementação e gestão, em parceria, de um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem e (E2.5.) à promoção e adaptação da criança/jovem e família à doença crónica (Regulamento n.º 422/2018).

O controlo da dor, depende da sua avaliação e reavaliação sistemáticas, sendo um dever dos profissionais de saúde e um direito das crianças, presente na Carta da Criança Hospitalizada (DGS, 2010). A dor foi equiparada a 5º sinal vital e considerada como norma de boa prática a avaliação e o registo regular da intensidade em todos os serviços prestadores de cuidados de saúde (DGS, 2010).

Uma revisão integrativa da literatura realizada por Neto & Santos (2020) conclui que a implementação da vibração associada à crioterapia na administração de fármacos injetáveis ou na instalação de dispositivo venoso periférico, pode reduzir o medo, a angústia e a ansiedade nas crianças, tranquilizando os pais e beneficiando os profissionais de saúde. Em todos os momentos de prestação de cuidados foram implementadas medidas de gestão diferenciada da dor, entre as quais abelha "Buzzy" o que permitiu o desenvolvimento da competência E2.2 (Regulamento n.º 422/2018).

Para além de todos os cuidados prestados à criança/jovem e família houve oportunidade, e uma vez que a enfermeira orientadora era, também, chefe de equipa, de observar diversas atividades referentes à área de gestão dos recursos humanos e materiais, nomeadamente distribuição dos profissionais, organização do horário da equipa, validação de material/equipamentos, gestão de stock, organização e gestão da totalidade dos cuidados, contribuindo para o desenvolvimento da competência comum no domínio da gestão de cuidados de enfermagem (C2), otimizando o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades (C2.1) (Regulamento n.º. 140/2019).

**-Participação em evento científico como coautora do Póster:” Parentalidade e educação não violenta: estratégias inovadoras para uma intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e pediátrica (Apêndice VII)**

O benchmarking é uma ferramenta valiosa para os enfermeiros especialistas. Permitindo identificar os pontos fortes e fracos dos cuidados especializados, garantindo uma atualização contínua baseada em evidências, revelando áreas onde os EEESIP podem investir, mantendo ou obtendo uma vantagem competitiva em saúde para a população infantojuvenil.

No X Encontro Benchmarking evidenciou-se a possibilidade de integração da massagem terapêutica como competência do EEESIP, esta pode ser uma maneira de promover a autoestima e a responsabilização pelos cuidados pessoais. A massagem infantil é uma ferramenta poderosa que o enfermeiro especialista pode usar para melhorar a saúde e o bem-estar das crianças e jovens, promovendo a ligação afetiva e o desenvolvimento saudável. A massagem infantil segundo a OE (2019) (Parecer n.º 16/2019) tem inúmeros benefícios fisiológicos: promove o desenvolvimento motor e melhora a coordenação; melhora a absorção intestinal e promove o crescimento dos bebés; estimula o sistema cardiovascular e respiratório, melhorando a circulação e a respiração; melhora o sono da criança; proporciona o alívio de cólicas; proporciona redução da dor; promove o relaxamento e um melhor estado de alerta, entre outros (Bárcia, 2010; Clarke, Gibb & Davidson, 2002; Field, 2002; Underdown, 2009). A massagem infantil facilita e promove a comunicação e a vinculação; fomenta o autoconhecimento e o desenvolvimento positivo do Eu; ajuda os pais a conhecer cada vez melhor o seu filho (OE, 2019).

A participação no evento (Anexo I) e apresentação do póster (Anexo II) permitiu o desenvolvimento de competências de mestre nomeadamente “Desenvolver atividades de formação e de investigação e desenvolvimento experimental de nível e qualidade reconhecidos, com publicações ou produção científica relevantes tal como previsto no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018.

**-Negociação e envolvimento dos pais na prestação de cuidados;**

**-Educação para a saúde de acordo com as necessidades da criança/família;**

Neste estágio os cuidados centrados na família foi a filosofia adotada no cuidado à criança doente, tendo presente o estabelecimento de parceria de cuidados, tal como proposto por Anne Casey.

No modelo de parceria de cuidados é reconhecida a família como a constante na vida da criança e fundamental nos cuidados durante a doença e hospitalização. Sendo estes cuidados planeados em função das capacidades e desejo de envolvimento dos pais (Monteiro & Cerqueira, 2020). Foi possível negociar com pais e partilhar os cuidados, tomando decisões em conjunto (E1.1.1.). A participação dos pais nos cuidados à criança doente ajuda a manter o lugar da criança na família e garante o direito de estar unida num momento de sofrimento, no entanto os papéis dos pais e profissionais devem ser claramente definidos (Monteiro & Cerqueira, 2020). O apoio dos enfermeiros aos pais deve ser constante de modo que estes entendam que o seu contributo como parceiros é fundamental para a criança e equipa multidisciplinar (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Foram aproveitados todos os momentos para promover ativamente o papel dos pais e empoderá-los, nomeadamente nos cuidados à criança e posteriormente no domicílio após a alta, tais como: na higiene nasal, na administração de terapia inalatória, nos cuidados com a febre, etc. (E1.1.4.). Também foi possível sensibilizar alguns pais para a importância da leitura/livros e dos brinquedos, mesmo durante o internamento (E1.1.1.). Segundo Costa et al. (2016) o brincar é um direito da criança, uma das atividades mais importantes da infância, que a estimula nas suas dimensões social, física e intelectual, sendo por meio dele que ela aprende e se desenvolve.

Tendo presentes exposto, foi possível o desenvolvimento da competência E1.1 relativa à implementação e gestão, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018).

### **3.4 - Contexto de Serviço de urgência Pediátrica**

De acordo com as atividades a desenvolver propostas no guia orientador de atividades (Apêndice II) serão de seguida apresentadas algumas das atividades

desenvolvidas no estágio, e que contribuíram para o desenvolvimento de competências de EEESIP.

A diversidade de situações de saúde/doença na criança, que recorreu ao serviço de urgência, contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos através da pesquisa bibliográfica. Neste contexto é necessário estar desperta para as situações de risco e para as situações de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico (B1.1.3). Ter acompanhado a criança doente e sua família na urgência, permitiu o desenvolvimento da competência (E1.2) e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida (Regulamento n.º 422/2018).

A dor na criança também foi valorizada no SU, desde o momento da triagem, onde é feita a 1ª avaliação da dor, aplicando-se a escala de FLACC para idades inferiores a 4 anos e a escala numérica para as crianças com idade superiores, sendo garantida a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor, observou-se também a aplicação de habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor o que contribuiu para a humanização dos cuidados e para o desenvolvimento da competência (E2.2) (Regulamento n.º422/2018).

Ter acompanhado a enfermeira responsável de equipa nos vários postos de atendimento à criança/jovem e família permitiu evidenciar as competências do EEESIP no serviço de urgência, nomeadamente as características do enfermeiro de triagem e desenvolver competências das quais destaco o reconhecimento das situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados apropriados (E2.1.) (Regulamento n.º 422/2018).

A observação participativa na triagem revelou nuances significativas no perfil do enfermeiro. Este tem a função de rapidamente, decidir quais as crianças doentes que requerem observação imediata e os que podem esperar. Esta decisão baseia-se numa avaliação sumária do doente que permite atribuir uma classificação segundo o Protocolo de Manchester havendo um gradiente de atribuição de cores que vai desde o emergente (vermelho), muito urgente (laranja), urgente (amarelo), pouco urgente (verde) e não urgente (azul) (Mecham, 2010) segundo (Gilboy ,2011).

O processo de triagem é a recolha rápida de dados subjetivos e objetivos relevantes que permitem ao enfermeiro atribuir uma classificação rigorosa. Deve ser rápido e ter lugar logo que o doente chegue à urgência. Começa com uma avaliação geral, utilizando os sentidos da visão, audição e olfato para recolher informações vitais. A entrevista também é utilizada e destina-se a recolher informações suplementares. Na triagem pediátrica, é necessário ter conhecimentos do crescimento e desenvolvimento normais, (E3.1.1.) para rapidamente, poder identificar os desvios à normalidade. O conhecimento das etapas importantes do desenvolvimento ajuda na avaliação de dados subjetivos e objetivos. O enfermeiro da triagem deve conhecer bem as doenças ou os traumatismos predominantes no grupo pediátrico (E1.2.1.). O triângulo de avaliação pediátrica, que é uma avaliação mais diferenciada, constitui o primeiro passo do processo de avaliação (Gilboy, 2011). Os sinais vitais são uma parte importante do processo de triagem, pelo que o enfermeiro tem de ter conhecimentos dos parâmetros normais para a idade.

A competência do enfermeiro da triagem passa pela capacidade de reconhecer os sinais e sintomas subtis de um estado grave, ainda que pouco evidente (Gilboy, 2011). O processo de triagem deve ter duração entre 2 e 5 minutos, pelo que o enfermeiro deve ser organizado e eficiente. O enfermeiro de triagem, sendo polivalente tem um papel importante de delegar tarefas específicas (C1.2.1), pelo que é realizada por um enfermeiro especialista ou perito. Estas experiências contribuíram para o desenvolvimento da competência comum (C1.2) supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (Regulamento n.º 422/2018).

Ter realizado triagem, contribuiu para o desenvolvimento da competência (E1.2.) intervindo nas doenças comuns e situações de risco e (E2.1) reconhecer situações de instabilidade das funções vitais, através da mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação de focos de instabilidade das funções vitais e resposta antecipatória (E2.1.1) e aplicar conhecimentos sobre bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem (E2.2.1) (Regulamento n.º 422/2018).

Acompanhar o EEESIP na dinâmica e organização do serviço de urgência, contribuiu também para o desenvolvimento da competência comum (A2) através

da gestão, de práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (A2.2) (Regulamento n.º 140/2019).

**-Negociação e envolvimento dos pais na prestação de cuidados à criança;**

**-Educação para a saúde de acordo com as necessidades da criança/família;**

Ao longo deste estágio foi possível comprovar a importância da intervenção do Enfermeiro na promoção de competências parentais, tendo por base o cuidado centrado no binómio criança/família. Sendo a família o principal recurso/sistema de apoio da criança, em particular numa situação de doença aguda ou descompensação de doença crónica, é essencial que as intervenções do enfermeiro estejam direcionadas não só para a criança, que se encontra doente, mas também para os pais/família, que são os principais cuidadores desta (Hockenberry et al., 2024). Desde o momento em que a criança é triada e passa pela sala de tratamentos/sala de aerossóis, ou ainda quando necessita de permanecer em vigilância no SO, foi perceptível o cuidado da equipa de enfermagem, destacando-se a intervenção do EEESIP em promover uma parceria de cuidados, com vista a atingir o seu maior bem-estar possível e, ainda, em aproveitar estes momentos como oportunidades de educação/promoção para a saúde (E1.1.5.)

A doença e a hospitalização constituem uma situação de crise tanto para a criança como para a família, pois implicam alterações psicológicas, relacionais sociais e financeiras (Foster et al., 2016). A doença e a hospitalização alteram a dinâmica familiar e desencadeia múltiplos sentimentos e emoções principalmente do acompanhante (Santos et al., 2013), podendo ser stressante para a criança, mas também para a família, e pode ser exacerbada se a doença for grave, crónica limitante ou ameaçadora à vida (Foster et al., 2016), tal como presenciado e vivenciado pela mãe de uma criança de 8 anos, após conhecimento de diagnóstico de diabetes inaugural do filho.

Na urgência pediátrica, as emoções dos pais são geralmente intensas e a sua capacidade de compreensão pode estar comprometida, devido ao stress que uma situação urgente acarreta. É necessário que os profissionais de saúde invistam nas informações e esclarecimento das dúvidas dos familiares, com o objetivo de minimizar o sofrimento da família (Santos et al., 2013), pelo que o suporte escrito é

essencial. Apenas quando detentores da informação adequada, os pais podem ter um papel ativo no processo terapêutico da criança, constituindo verdadeiros parceiros no seu cuidar, numa situação de doença aguda.

A existência de informações em suporte escrito, sobre procedimentos e cuidados a ter no domicílio, (ex: lavagem nasal, administração de aerossol, cuidados com a febre, posicionamento do RN no leito, entre outros) (E1.1.4.), foram utilizados e incentivada a sua utilização, mas a falta de tempo dos profissionais condiciona este cuidado, desenvolvendo-se a competência (E1.1.) implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade e da capacidade para gerir o regime (Regulamento n.º 422/2018).

O EEESIP preocupou-se em dar resposta às necessidades da criança e dos pais (de informação, proteção e respeito), (E2.5.4.). Tendo sido importante a avaliação inicial das capacidades da criança, da família e das respostas da comunidade em que se insere. A intervenção do EEESIP assume-se como primordial, centrando-se na identificação dos problemas e desenvolver estratégias para a resolução dos mesmos, e reconhecendo novas estratégias de coping dos pais/cuidadores destas crianças (E2.5.3) (Hockenberry & Wilson,2019).

Houve oportunidade de realizar intervenções que visavam a promoção das competências parentais, adequando as habilidades de comunicação às características da família, ao estágio de desenvolvimento da criança/jovem e utilizando técnicas verbais e não verbais, tendo em conta o seu estado de saúde (E3.3.3.), desenvolvendo a competência E3.3. e E3.1 relativa à promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422/2018).

#### **-Realização de cartões ilustrados (Apêndice IX)**

A realização de cartões ilustrados sobre os sintomas mais frequentes e procedimentos mais comuns na urgência de pediatria, surgiu devido à diversidade cultural das crianças e famílias que recorrem ao serviço de urgência com dificuldade na expressão da língua portuguesa.

A necessidade de estabelecimento de comunicação eficaz entre alguns grupos populacionais e a construção de um instrumento que facilite a comunicação

foi discutida com a Enf. Orientadora, com a Sra. Enfermeira Chefe e com a Professora orientadora, que aferiram também a pertinência da atividade.

Os cartões ilustrados tiveram como principais objetivos facilitar a comunicação e promover a participação dos familiares, contribuindo para a promoção da satisfação, bem-estar e do acolhimento no serviço de urgência, pelos profissionais de enfermagem.

A realização desta atividade contribuiu para o desenvolvimento da competência E3.3, pois favoreceu o relacionamento com a criança/jovem e família respeitando as suas crenças e cultura (Regulamento n. °422/2018).

Tendo em conta os padrões de qualidade do EEESIP, este profissional deve procurar estabelecer uma comunicação com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas e culturalmente sensíveis e estabelecer uma relação de parceria com vista ao envolvimento, à participação, à capacitação e à negociação nos cuidados (Regulamento n. °351/2015).

A comunicação eficaz é central na segurança da criança em situação de doença aguda. Todo o esforço deve ser feito para fornecer, meios efetivos de comunicação, o que implica que sejam consideradas todas as propostas inovadoras que permitam desenvolver dispositivos de comunicação aumentativa e alternativa adequados à população, nomeadamente pediátrica.

### **-Realização de um protocolo de revisão scoping sobre: Intervenção de enfermagem promotora de parentalidade ao recém-nascido em contexto de urgência pediátrica (Apêndice X)**

A realização deste protocolo permitiu o desenvolvimento de aprendizagens profissionais, contribuindo para o desenvolvimento da competência (D2) ao suportar a prática clínica na evidencia científica (D2.2) (Regulamento 140/2019).

Esta revisão comprova a necessidade de promover o empoderamento parental, para uma transição bem-sucedida e minimizar idas ao serviço de urgência desnecessárias, (E1.1.4.) tendo contribuído para o desenvolvimento da competência (E1.1.) implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (Regulamento n. °422/2018).

### **3.5 - Contexto de serviço de neonatologia**

De entre as atividades propostas no guia orientador de atividades (Apêndice II), serão apresentadas as atividades que se destacaram neste contexto específico e que contribuíram para o desenvolvimento de competências.

Dada a especificidade do serviço a realização deste estágio contribui para o desenvolvimento de um conjunto de competências comuns, nomeadamente no domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal. Ao observar e participar nos cuidados de enfermagem prestados à criança e família, foi possível construir estratégias de resolução de problemas em parceria com a família, orientando a tomada de decisão, promovendo o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, o que contribuiu para o desenvolvimento da competência (A1.1) demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas (Regulamento n.º 140/2019).

Acompanhar/observar a gestão dos cuidados de enfermagem otimizando a resposta através da colaboração nas decisões de saúde (C1.1.2) e a articulação na equipa de saúde, destaco os momentos de passagens de turno, que constituíram espaços de discussão de problemas para melhorar a informação, para a tomada de decisão no processo de cuidar (C1.1.3), contribuindo para o desenvolvimento da competência (C1.1) otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019). O aprofundamento de conhecimentos com recurso a bibliografia diversificada, contribuiu para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais ao basear a prática clínica especializada em evidência científica (D2.2) (Regulamento n.º 140/2019). Dada as características e exigências do contexto de cuidados foi necessário garantir um ambiente terapêutico e seguro (B3), fomentando a envolvimento da família, promovendo um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção (B3.1), foram aplicados princípios de tecnologia para evitar danos ao utente (Regulamento n.º 140/2019). Cooperou-se na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano desenvolvendo-se a competência (B3.2), participou-se na gestão do risco ao nível institucional (Regulamento n.º. 140/2019). A observação

participativa do EEESIP como responsável da implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo de infeção (B3.2.8), contribuiu para o desenvolvimento da competência (B3.2) de gestão do risco ao nível institucional (Regulamento n.º. 140/2019).

A proteção contra as agressões físicas ou emocionais e a dor também estiveram presente no cuidado ao neonato, aplicando-se os princípios dos CNT anteriormente abordados e os princípios da carta da criança hospitalizada, sendo os cuidados neuroprotetores o molde deste contexto (Altimier et al., 2016).

### **-Promoção do desenvolvimento infantil através dos cuidados neuroprotetores**

Os ambientes e as atividades nas UCIN são hiperestimulantes e uma fonte de stress, quer para um RN pré-termo quer para um RN de termo, o que o obriga a responder a uma variedade de estímulos inapropriados, que poderão ser prejudiciais para o desenvolvimento cerebral (Hockenberry et al., 2024). Está descrito que o nível de barulho do equipamento de monitorização, alarmes e das atividades em geral estão correlacionadas com a incidência de hemorragia intracraniana. Pelo que a equipa deve reduzir as atividades geradoras de barulho (Hockenberry et al.,2024).

As estratégias neuroprotetoras são intervenções que promovem o desenvolvimento do cérebro e facilitam a sua recuperação (Altimier et al., 2016).

Quanto mais cedo na gestação um bebé nasce, mais vulnerável e mais frágil é o seu cérebro e mais crítico é fornecer cuidados neuroprotetores eficazes e consistentes, a fim de proteger e apoiar o desenvolvimento cerebral ideal (Altimier et al., 2016). Independente da idade gestacional, todo o RN beneficia de cuidados neuroprotetores durante toda a sua hospitalização devido ao rápido crescimento cerebral e problemas neurológicos de desenvolvimento que ocorre durante o período neonatal precoce (Altimier et al., 2016).

O Modelo Integrador de Cuidados de Desenvolvimento Neonatal é comparado a uma flor de lótus e teve por base o Modelo do Universo de Cuidados Centrados no Desenvolvimento (MUCCD) (Altimier & Philips, 2016). No centro encontra-se o ambiente de cura. As seis pétalas representam as medidas essenciais: parceria com as famílias; posicionamento e manipulação; proteção do sono;

minimização de stress e da dor; proteção da pele e otimização da nutrição. Cada uma destas medidas essenciais contemplam intervenções neuroprotetoras que consistem em estratégias para proteger o cérebro, facilitar o seu normal desenvolvimento e prevenir perturbações do neurodesenvolvimento (Altimier & Philips, 2016). Trata-se de um modelo de cuidados para todos os profissionais da UCIN e contempla intervenções neuroprotetoras, que tive oportunidade de desenvolver e que contribuíram para a promoção para o desenvolvimento de competências, nomeadamente para a promoção da vinculação do RN com necessidades especiais e desenvolvimento da competência específica (E3.2.) promove a vinculação de forma sistemática (Regulamento n.º 422/2018).

**-Utilização de estratégias para promover o contacto físico pais/RN (pele a pele – Método Canguru);**

Dado os benefícios deste método quer para as mães quer para os RN foi importante promover esta intervenção de enfermagem. Trata-se de um método seguro e efetivo para a vinculação mãe/RN. Deve ser promovida frequentemente, precocemente e o mais prolongada possível. Os benefícios incluem risco reduzido de mortalidade, menor número de infeções nosocomiais, redução do internamento, manutenção de estabilidade térmica neonatal e saturação de oxigénio, vigor na alimentação e aumento do crescimento, desenvolvimento neurocomportamental adequado, pois promove estabilidade cardíaca e função respiratória, oferece proximidade materna para a atenção, melhora o estado comportamental do RN e permite comportamento de autorregulação e tem também efeito analgésico nos procedimentos (Hockenberry et al., 2024).

As intervenções de enfermagem na UCIN são planeadas para o desenvolvimento físico, psicossocial e neurológico ideal o que nem sempre é possível dada a condição crítica do neonato. Pretendendo-se uma vinculação eficaz e crescimento e desenvolvimento saudável o que contribuiu para o desenvolvimento da competência (E3.2) e (E3.1) (Regulamento n.º 422/2018).

**-Realização de jornal de aprendizagem sobre a importância da vinculação no desenvolvimento da criança**

Sabe-se que a hospitalização do recém-nascido tem implicações na vinculação mãe-RN com o afastamento do seu ambiente. Reconhece-se que a UCIN representa uma fonte de stress muito importante para o bebé, que pela sua imaturidade tem mais dificuldade em se adaptar à estimulação intensiva e continuada, como para os pais que têm de se adaptar ao seu novo papel numa situação tão artificial e estranha (Hockenberry et al., 2024). O enfermeiro tem um papel crucial para fortalecer esta vinculação entre os pais e o RN e aproveitar a oportunidade para educar e capacitar os pais (Querido *et al.*, 2020). Pela observação e pelo aprofundar de conhecimentos promoveu-se o contato “pele com pele”, a amamentação, a prestação de cuidados pelos pais em parceria, de modo a promover a vinculação, desenvolvendo-se a competência (E3.2) (Regulamento n.º 422/2018).

#### **-Utilização de estratégias promotoras de esperança realista;**

Dada a condição do RN de alto risco a morte é uma possibilidade real e sempre presente. Apesar dos avanços da tecnologia e a mortalidade ter sido severamente reduzida, ainda é elevada durante o período neonatal (Hockenberry et al., 2024). Fornecer cuidados no final de vida e facilitar o processo de luto da família após a morte inesperada são intervenções de enfermagem e uma competência dos EEESIP (E2.1.3.). Dada a fragilidade do neonato o enfermeiro responsável, vai criando memórias ao longo do internamento, tais como impressão da pegada, uma mecha de cabelo, fotografia de conquistas, tais como o 1º mês de vida, a primeira visita dos pais, traduzidas com palavras dos sentimentos e emoções supostamente do filho, em cartões ilustrados. Estas memórias são entregues aos pais após a morte da criança ou no momento da alta.

Para ajudar os pais a compreender que a morte é uma realidade, é importante que sejam encorajados a segurar no RN antes da morte e que estejam presentes nesse momento. Deverá ser dada oportunidade para os pais ficarem sozinhos com o RN após a sua morte. Devendo ser respeitadas crenças culturais e religiosas dos familiares no luto (Hockenberry et al., 2024).

Nestas situações a UCIN adotou pontos para contacto dos pais várias semanas após a morte neonatal, para avaliar os seus mecanismos de adaptação, o processo de luto e fornecer apoio conforme necessitarem.

Acredita-se que a reflexão sobre esta temática contribuiu para o desenvolvimento da competência específica (E2.1.) reconhece situações de instabilidade e risco de morte e presta cuidados apropriados (Regulamento n.º 422/2018).

#### **-Educação para a saúde de acordo com as necessidades da criança/família;**

A transição para a parentalidade nas circunstâncias de hospitalização torna-se numa experiência difícil, sendo ainda agravada se o RN for prematuro. (Hockenberry et al., 2024).

Com a estabilização do RN e a transferência para a unidade de intermédios, tive oportunidade de incluir os pais de modo mais regular e ativo nos cuidados, (E3.2.6.), promovendo-se a vinculação (E3.2.). Neste contexto, a referir que foram avaliados conhecimentos e capacidades, segundo o instrumento que é entregue aos pais para avaliação de competências parentais (E1.1.4.). A preparação da alta da criança e família, dada as fragilidades associadas à condição e prematuridade, contribuiu para o desenvolvimento da competência (E1.1) implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade (Regulamento n.º 422/2018).

## 4 - Considerações Finais e Projetos Futuros

O percurso efetuado de enfermeira a enfermeira-especialista, possibilitou o desenvolvimento de competências promotoras de alteração no saber ser, saber estar, saber fazer, enquanto EEESIP.

A escrita deste relatório foi uma ferramenta de natureza analítica e reflexiva levando a um crescimento pessoal e profissional essencial na consolidação de conhecimentos e de competências desenvolvidas ao longo dos vários campos de estágio, objetivando competências comuns de EE, competências específicas EEESIP, bem como competências conceptuais, de análise e síntese próprias do grau de mestre. Foram desenvolvidos conhecimentos técnicos, científicos e também relacionais. Através da observação e discussão com as enfermeiras orientadoras, foram identificados nos diferentes contextos as competências específicas do EEESIP.

As atividades desenvolvidas tiveram em consideração o diagnóstico da situação em cada contexto, evidenciando-se a importância da intervenção do enfermeiro no apoio à parentalidade.

Por ter sido este um dos meus focos ao longo deste percurso, pretendo destacar os principais parceiros do enfermeiro no cuidado à criança: os pais. Tal como afirma Brazelton (1992), os pais não cometem erros porque não se importam, mas porque se importam profundamente. Cabe, portanto, aos enfermeiros apoiar os pais a diminuir estes erros através da sua capacitação e, assim, diminuir-lhes o seu receio em errar, pois estarão munidos de um maior conhecimento e capacidade de gerir os problemas comuns dos filhos. Este será sem dúvida uma das perspetivas de desenvolvimento futuras, continuar a criar oportunidades de suporte e promoção de competências parentais.

Os cuidados centrados na família indissociáveis dos cuidados de enfermagem pediátricos, continuarão a ser o cerne da intervenção no apoio à parentalidade bem-sucedida. Os cuidados de saúde nomeadamente os cuidados de saúde primários, pelas características de proximidade, acessibilidade desempenham um papel fundamental no empoderamento parental.

No futuro pretendo continuar a trabalhar na área de Saúde Infantil de modo a participar em projetos de melhoria contínua e cuidados de excelência, potenciando, assim, a minha aprendizagem contínua e distinção no cuidar.

Pretendo desenvolver projeto de promoção das competências parentais para a consulta de vigilância de saúde Infantil e Juvenil. Perspetiva-se que o projeto contemple a criação de um espaço designado “o cantinho no centro de saúde” que terá como objetivo: apoiar as famílias e dotá-las de habilidades necessárias à parentalidade bem-sucedida e criar oportunidades para discussão e reflexão sobre as suas necessidades, dúvidas e dificuldades, terá como enfoque a literacia em saúde.

## Referências Bibliográficas

- Abreu-Lima, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, T., Cruz, O., Gaspar, M. F., & Ribeiro dos Santos, M. (2010). *Avaliação de Intervenções de educação parental. Relatório 2007-2010*. Faculdade de Psicologia e de Ciência da educação. Universidade do Minho.
- Alarcão, I., & Rua, I. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14 (3), 373-378.
- Altimier L., & White, R. (2014). The neonatal intensive care unit (NICU) environment. In C. Kenner & J. Lott (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing care*. (pp. 722-738). Springer Publishing.
- 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 & Infant Nursing Reviews*, 16, 230-240. <https://www.sciencedirect.com/>
- Ashcraft, L. E., Asato, M., Houtrow, A. J., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2019). Parent empowerment in pediatric healthcare settings: A systematic review of observational studies. *The patient*. 12(2), 199-212. <https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2>
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2011). *Manual Crianças e Jovens vítimas de violência: compreender, intervir e prevenir*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Barba, P., Franco, M., Nunes, A., & Folha, D. (2022) Desenvolvimento infantil e abordagem intersectorial: contribuições da Terapia Ocupacional, *Revista Família, Ciclos de Vida Saúde Contexto Social*. 10(3), 526-54. <https://doi.org/10.18554/refacs.v10i3.6442>
- Bayle, F. (2005). A parentalidade. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da gravidez e da parentalidade* (pp.317-346). Fim de Século.
- Barros, L. (2001). A Unidade de cuidados Intensivos de desenvolvimento como unidade de promoção do desenvolvimento. In M. Canavarro. (Ed.) *Psicologia da gravidez e maternidade*. Quarteto.

- Barroso, R., & Machado, C. (2010). Definições, dimensões e determinantes da parentalidade. *Psychologia*, 52(1), 211-229. <https://impactum-journals.uc>.
- Belo, M., Freire, M., Pereira, A., Aguiar, C., Lameiras, F., Alves, N., & Nunes, S. (2015). *Estratégias de comunicação na abordagem à criança de 5/6 anos no momento da vacinação*. USF Artmisa.
- Benito, G., Paula, A., Santos, M., Ataíde, L., & Lima, R., (2012). Desenvolvimento de competências gerais durante o estágio supervisionado, *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 172-178.  
<https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>
- Bittencourt, M., Marques, M., & Barroso, T. (2018). Contributions of nursing theories in the practice of the mental health promotion. *Revista de Enfermagem Referência* (18) 125-132. <https://doi.org/10.12707/RIV18015>
- Brazelton, T. B. (2013). *O grande Livro da Criança: o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (13ª ed.). Editorial Presença.
- Brazelton, T. & Sparrow, C. (2006). *Touchpoints of Anticipatory Guidance in The First Three Years*. In Brazelton Touchpoints Center (pp. 17-20).
- Brazelton, T. B., & Greenspan, S. I. (2009). *A criança e o seu mundo: requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem* (6ª ed.). Editorial Presença.
- Brazelton Touchpoints Center. (2016). *Touchpoints reference guide and participant training materials*. Brazelton Touchpoints Center.
- Caleffi, C., Rocha, P., Anders, J., Souza, A., Burciaga, V., & Serapião, L. (2016). Contribuição do brinquedo terapêutico estruturado em um modelo de cuidado de enfermagem para crianças hospitalizadas. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(2), Article 5813 <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
- Carvalho, M., & Lucas, R. (2020). A eficácia da prática do enfermeiro líder clínico – Revisão Sistemática da Literatura. *Millenium*, 2(11), 57-64. <https://doi.org/10.29352/mill0211.06.00274>

- Cavalheiro, A., Silva, C., & Veríssimo, M., (2021). Consulta de enfermagem à criança: atuação do enfermeiro na atenção primária à saúde. *Enfermagem Foco*, 12(3),540-545. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n3.4305>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influencias on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058–1062. <https://doi.org/doi:10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Çetinkaya, S., & Sert, H. (2021). Comportamentos de estilo de vida saudável de estudantes universitários e fatores relacionados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02942. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02942>
- Conselho Nacional de Educação. (2010). *A educação das crianças dos 0 aos 3 Anos: Estudos e seminários*. Conselho Nacional de Educação.
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*. 15(2),137-145. <https://doi.org/10.12707/RII1047>
- Costa, L., Veríssimo, R., Toriyama, M., & Sigaud, S. (2016) O brincar na assistência de enfermagem à criança: Revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica*, 16(1). 36-43. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201600005>
- Collière, M. (1999). *Promover a vida*. (5ª ed.). Lidel - Edições Técnicas; Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.
- Collière, M. (2001). *Cuidar... A primeira arte da vida*. Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Collière, M. F. (2003). *Cuidar... A primeira arte da vida* (2ª ed.). Lusociência.
- Council of Europe. (2006). *Towards vision of parenting in the best interest of the child*. Council of Europe.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Livpsic Edições de psicologia.
- Dinis, C., Ribeiro, M., & Francisco R. (2014). Promoção de competências parentais: Adesão das famílias involuntárias. In Ribeiro, M., Matos, T., & Pinto, R. (Eds.), *Mediação familiar: Contributos de investigações realizadas em Portugal*.

- Universidade Católica (pp. 110-126). Universidade Católica.  
<http://hdl.handle.net/10400.14/20859>
- Diogo, P., Freitas, B., Costa, A., & Gaíva M. (2020). O cuidar em enfermagem pediátrica na perspectiva das emoções: De Nightingale à atualidade. *Revista Brasileira de Enfermagem* 74(4), 1-5. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Direção-Geral da Saúde.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Orientação da DGS n.º 14/2010. Direção-Geral da Saúde.  
<https://www.spp.pt/userfiles>
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Vigilância de saúde infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. [programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx](http://www.dgs.pt/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx) (dgs.pt)
- Direção-Geral da Saúde. (2019a). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde.  
<https://doi.org/10.13140/RG.2.2.17763.30243>
- Direção-Geral da Saúde. (2019b). Norma n.º 002/2019. *Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto*. Direção-Geral da Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/>
- Eli, K., Neovius, C., Nordin, K., & Brissman M., Ek, A. (2022). Parents' experiences following conversations about their young child's weight in the primary health care setting: a study within the STOP project. *BMC Public Health*, 22(1),1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13803-8>
- Fargion, S. (2023). Representations of parenting and the neo-liberal discourse: Parent's and professionals' views on child-rearing practices in Italy. *Journal of Family Studies*, 29(1). <https://doi.org/10.1080/13229400.2021.1905049>
- Figueiredo, M. (2013). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar-Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. (1ª reimpressão). Lusociência - Edições Técnicas e científicas.

- Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. Ramos & M. Barbieri Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. (1ª ed., pp. 39-55). Lidel.
- Fernandes, C. (2015). *A família como Foco dos Cuidados de Enfermagem. Aprendendo com o FAMILY NURSING GAME*. Lusodidacta.
- Filipe, A. (2020). Situar a hiperatividade e déficit de atenção em Portugal: dimensões sociais, históricas e éticas de um tema emergente na saúde global. *Cadernos de Saúde Pública*. (36)12. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00056420>
- Foster, M., Whitehead, L., & Maybee, P. (2016). The Parents', Hospitalized Child's, and health care providers' perceptions and experiences of family-centered care within a pediatric critical care setting: A synthesis of quantitative research. *Journal of Family Nursing*. 22(1), 6–73. <https://doi.org/10.1177/1074840715618193>
- Gilboy, N., Howard, P., & Steinmann, R. (2010). Triagem. In N. Gilboy (Ed.), *Enfermagem de urgência* (6ª ed., pp. 64–78). Lusociência.
- Guarda-Rodrigues, J., & Rebelo-Botelho, M. A. (2021). The being who being-in-the-world...becomes mother of a second child. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 55e20210055, 1–6. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2020-0055>
- Hairston, I. S., Handelzalts, J. E., Assis, C., & Kovo, M. (2018). Postpartum bonding difficulties and adult attachment styles: the mediating role of postpartum depression and childbirth-related PTSD. *Infant Mental Health Journal*, 39 (2), 198-208. <https://doi.org/10.1002/imhj.21695>
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2024). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Elsevier.
- Holden, G. W. (2010). *Parenting: A dynamic perspective*. Sage.
- Honor, G., Quinones, S. G., Boudreaux, D., Chapman, E., Donnell, C., Kahn, D., Morris, K. A., Perks, D. H. & VanGraafeiland, B. (2020). Building a safe and healthy america: eliminating corporal punishment via positive parenting. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(2), 136–144. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.06.005>
- Institute for Patient- and Family- Cetered Care. (2023) Patient- and family- cetered

- care. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança Hospitalizada*. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.06.005>
- International Council of Nurses. (2019). *The International Classification for Nursing Practice: ICNP*. Browser | ICN - International Council of Nurses
- José, H. (2021). Comunicação terapêutica: skills e estratégias. In C. Vieira, L. Sousa, & C. Baixinho (Eds.), *Cuidados de enfermagem à pessoas com doença aguda* (1ª ed., pp. 61–73). Sabooks Editora.
- Kaufman, G., Mazza, V., Ruthes, V., & Oliveira, L. (2022). Validação de informações para construção de cartilha interativa para famílias de crianças com autismo. *Cogitare Enfermagem*. (27). <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.83876>
- Kolb B, Harker A, & Gibb R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 59(12), 1218-1223. <https://doi.org/10.1111/dmcn.13546>
- Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2011). Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16, 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>
- Lima, I., (2018, 28-29 de julho). *Promover a Parentalidade Positiva – O Triple P em Portugal*. In VI Seminário Internacional Cognição, Aprendizagem e Desempenho. Instituto de Educação, Universidade de Minho
- Lopes, M., Catarino, H., & Dixe, M. (2010). Parentalidade Positiva e Enfermagem: Revisão sistemática da literatura. *Revista Enfermagem Referência*, 3(1)109-118.
- Lopes, M. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de enfermagem*. [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/10563>
- López, M.; Chaves, M., & Quintana, J. (2010). *Parentalidade positiva y políticas locales de apoyo a las familias*. FEMP. C/Nuncio. Gráficas Nitral SL Arroyo Bueno.

- Martins, C., & Lomba, M. (2021). Envolvimento e participação das Famílias nos cuidados à criança hospitalizada: Dos enfermeiros em Cabo Verde. *Revista Enfermaría, Innovación y Ciencia*, 2(1), 1-9.
- Martins, Halpern, C., Silva P., Costa, D., Nascimento, M., Reis, J., Martins, M., Ferreira, B., Santos, I., Carvalho, L., Gomes, M., Martins, M., Pimentel, M., Lopes, P., Silva, P., Rapazote, R., Catarino, S., Pereira, S., Pereira S., & Afonso S. (2021). A perturbação do espectro do autismo na primeira infância: O modelo do centro de estudos do bebé e da criança de avaliação diagnóstica e intervenção terapêutica. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*. 34(10), p. 657-663. <https://doi.org/10.20344/amp.13397>
- Martins, S., & Almeida, A. (2017). Necessidades nos apoios à parentalidade: perceções e práticas dos profissionais de saúde. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (5), A5-279. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.05.2760>
- Martorell, G., Papalia, D., & Feldman, R. D. (2020). O mundo da criança: Da infância à adolescência (13 ed.). AMGH. <http://hdl.handle.net/10400.26/20881>
- McLean, S. (2020). *Understanding child development: Ages 0–3 years*. National Workforce Centre for Child Mental Health: Emerging Minds.
- Meleis, A., Sawyer L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2010). Experiencing Transitions: An emerging middle-range theory. In *Advances in Nursing Science* (pp.12-28). Aspen Publishers.
- Meleis, A. (2007). *Theoretical nursing: Development and progress*. Lippincott
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer.
- Monteiro, A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos & M. Barbieri-Figueiredo (Eds.), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1ªed., pp. 33-38). Lidel.
- Neto, J., & Santos, S. (2020). Vibration associated with cryotherapy to relieve pain in children. *Sociedade Brasileira para o Estudo da Dor*, 3(1), 53-57. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200012>

- Neves, F., Nunes, E., Lourenço, M., Caldeira, S. & Charepe, Z. (2020). Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: Scoping review. *Cadernos de saúde*, 12, 71-72. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10268>
- Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I., Moe, V., Wang, C., & Hoifodt, R. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: The indirect path of parenting stress. *BMC Psychol*, 8, art 54. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boas práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* ((Vol. I). Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer do Conselho Jurídico n.º 065/2023: Pedido de Parecer sobre decisão de não reanimar*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer n.º 16/2019 Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Competência do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica para desenvolver projetos de massagem infantil*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a Hospitalização*- Guia Orientador de Boa Prática. Lisboa. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Parecer n.º 6/2012 de 29 de junho (2012): Competências de Enfermeiro Especialista de Saúde Materna e Obstétrica*. Ordem dos Enfermeiros. Mesa do colégio da Especialidades de Saúde Materna e Obstétrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer n.º 10/2017 de 8 de setembro Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*.

- Ordem dos Enfermeiros. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Parker M., & Smith, M. (2015). *Choosing, evaluating, and implementing nursing theories for practice*. (3rd ed.).
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121-132.  
<http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Querido, Lourenço, Charepe, Z. Nunes, E., & Caldeira, A. (2020). Intervenções de enfermagem na promoção da vinculação do recém-nascido com necessidade de internamento: Scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12, 63-64.  
<https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10263>
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2ª série, n.º119 (2015-06-22), 16660 –16665. <https://diariodarepublica.pt>
- Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2ª série, n.º 133 (12-07-2018), 19192-19194.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2ª série, n.º 26 (06-02-2019), 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Relvas, A. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 112/2020. (2020). Estratégia Nacional para os Direitos da Criança para o período 2021-2024. *Diário da República*, Série I, n.º 245/2020 de 2020-12-18.  
<https://files.dre.pt/1s/2020/12/24500/0000200022.pdf>
- Reticena, K.O., Yabuchi, V.N.T., Gomes, M.F.P., Siqueira, L.D., Abreu, F.C.P., & Fracolli, L.A. (2019). Role of nursing professionals for parenting development in early

- childhood: A systematic review of scope. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, Art., 3213. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3031.3213>
- Rocha, H., Correia, L., Leite, A., Rocha, S., Albuquerque, L., Machado, M., Campos, J., Silva, A., & Sudfeld, C. (2022). Positive parenting behaviors and child development in Ceará, Brazil: A population-based study. *Children*, p1-10. <https://doi.org/10.3390/children9081246>
- Rodrigo, M., Almeida, A., & Reichle, B. (2015). Evidence-based parent education programs: A European perspective. In J. Ponzetti (Ed.), *Evidence-based parenting education: A global perspective* (pp. 83–104). New York: Routledge.
- Rodrigues, J. R. & Velez, M. A. (2021). Tornar-se mãe de um segundo filho: O momento do nascimento. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(8). <https://doi.org/10.12707/RV210002>
- Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1–37.
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E., & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional como foco da enfermagem: Contributos das competências especializadas e linguagem classificada CIPE. *Millenium*. (49),153-171.<https://revistas.rcaap.pt/millenium/>
- Santos, L., Oliveira, L., Barbosa, M., Siqueira, K., & Peixoto, M. (2013). Reflexos da hospitalização da criança na vida do familiar acompanhante. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 66(4): 473-8. <https://www.scielo.br/>
- Schön, D. A. (2000). *Educando o profissional reflexivo: Um novo design para o ensino e a aprendizagem*. Artes Médicas Sul.
- Schön, D. (1987). *Educating the reflective practitioner: Toward a new design for teaching and learning in the professions*. Jossey-Bass.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista Pensar em Enfermagem*, 3(3), 15-23.
- Shieds, L. (2011). Interactions between parents and staff of hospitalised children. *Paediatric Nursing*, 23(214), 14-20.
- Silveira, A., et al. (2008). Doença e hospitalização da criança: Identificando as habilidades da família. *Revista de Enfermagem UERJ*, 16, (2), 212-217.

- Sindicato Enfermeiros Portugueses (SEP). (2017). *Organização do tempo de trabalho: os conceitos existentes na lei*. <https://www.sep.org.pt/files/>
- Talhão, F., Rosado, A., Gil, E., Amendoeira, J., Ferreira R., & Silva, M. (2020). A Família como promotora da transição para a parentalidade *Revista da UIIPS*. 8(1), 17-30. <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>
- UNICEF (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)

