



**PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL
E PEDIÁTRICA**

**INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE
ESPERANÇA NOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS EM
FIM-DE-VIDA**

Ana Mónica Antunes Campos Canelas

Março de 2025
Porto



PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE ESPERANÇA NOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS EM FIM-DE-VIDA

Ana Mónica Antunes Campos Canelas

Relatório de estágio no âmbito do 3.º Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e
Pediátrica, orientado pela Professora Doutora Goreti Marques e coorientado pela Prof.
Catarina Simões e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Março de 2025

Porto

“Que cada um se pergunte diariamente: O que fiz hoje para melhorar a saúde e o bem-estar dos outros?”

Florence Nightingale

DEDICATÓRIA

Dedico este percurso a todas as pessoas importantes na minha vida...

Aos meus pais, Maria e José, exemplos de resiliência e de trabalho. Fui sempre uma menina que vos colocou desafios, mas também sei que sou motivo de muito orgulho, e sem as oportunidades que me proporcionaram não teria sido possível chegar até aqui. Obrigada pelos beijinhos calorosos.

Ao meu companheiro da vida, Elton, por todo o amor, apoio e paciência nos momentos de maior tensão. Sempre me impulsionaste a fazer melhor e diferente. Obrigada por perceberes todas as minhas ausências. És o meu confidente e o meu porto de abrigo.

À minha filha, Gabriela, por seres uma menina muito especial e diferente, talvez por isso percebas todas as ausências, para trabalho, aulas e estágios... sempre disponível para um abraço e “sabes que eu te adoro Mummy”. És o meu exemplo de coragem e dedicação.

Aos meus irmãos, Andreia e Hugo. Andreia, sabes que és a minha irmã querida, obrigada por todo o carinho e pela oportunidade de partilhar contigo momentos especiais da minha vida. Hugo, sei que tens um “pavio curto”, mas estás sempre disponível para me ajudar, seja qual for o contexto.

Ao meu sobrinho querido, gosto tanto de ti. Agora já cresceste e já és adulto, mas continuas a ser o meu Andrézinho...

... e a todos os familiares, não esquecendo o meu cunhado Domingos por todos os momentos divertidos, e os meus sogros Marinha e Edgar por todo o apoio.

E não podia deixar de dedicar este trabalho às eternas amigas do meu coração, Ana Capela, Joana, Raquel e Carina.

...Obrigada a todos por existirem...

AGRADECIMENTOS

Ao concluir esta jornada desafiadora e enriquecedora que foi o Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, não poderia deixar de expressar a minha profunda gratidão a todos aqueles que, direta e indiretamente contribuíram para este momento.

Às professoras desta escola por todo o compromisso, dedicação e conhecimento transmitido, pois desempenharam um papel essencial na minha formação. Agradeço em especial às minhas orientadoras, à Professora Doutora Goreti Marques e à Professora Catarina Simões por todo o carinho, disponibilidade, paciência e celeridade na resposta a cada pedido.

Aos profissionais de cada contexto de estágio, especialmente aos enfermeiros tutores pelo acolhimento, orientação e pela oportunidade de aprender na prática, e por momentos onde foi possível a troca de conhecimentos.

Aos meus colegas do Mestrado, que partilharam comigo esta caminhada de desafios, mas também muitas oportunidades de crescimento e conquistas. Um agradecimento especial às minhas colegas de “carteira” Sandra e Inês por toda a colaboração e companheirismo ao longo deste percurso, que tornaram esta jornada mais leve e enriquecedora.

À minha enfermeira gestora, Ana Bela, que me incentiva a aprender, e por me ter proporcionado, apesar da gestão difícil dos turnos, a oportunidade para frequentar as aulas e todos os estágios. Aos meus colegas de trabalho, em especial à minha querida equipa de trabalho, por todo o apoio, incentivo e compreensão, e nos momentos difíceis deste percurso ajudaram-me a ter força para continuar este caminho, mesmo perante as dificuldades e adversidades, eles sabem quem são... exemplos de profissionalismo, de dedicação e de sensibilidade.

E não poderia deixar de agradecer a todas as crianças e suas famílias, pelas oportunidades de crescimento pessoal e profissional, sem as quais não teria sido possível todo este percurso.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AVC	Acidente vascular cerebral
CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CPCJ	Comissão de proteção de crianças e jovens
EDIN	<i>Echelle de Douleur et d’Inconfort du Nouveau Né</i>
EESIP	Enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
FLACC-R	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised
ICNP	International Classification for Nursing Practice
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OSF	Open Science Framework
PNSE	Plano Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PSI	Plano de saúde individual
RAUP	Repositório Aberto da Universidade do Porto
RCAAP	Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal
RN	Recém-nascido
UCC	Unidade de cuidados na comunidade
USF	Unidade de saúde familiar

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito do 3.º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Teve por base a realização de todos os estágios nos variados contextos, e inclui a revisão de scoping subordinada ao tema: Intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida. Também inclui uma proposta de intervenção para a prática clínica.

Os principais objetivos são relatar o processo de aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, assim como apresentar a realização de uma scoping review para atingirmos a competência de mestre.

Sustentamos este relato numa análise crítico-reflexiva baseada na pesquisa bibliográfica em variadas bases de dados de conhecimento científico, assim como utilizamos a metodologia proposta pela JBI para a execução da *scoping review* para mapear o conhecimento científico existente sobre a temática anteriormente referida.

Os avanços científicos e tecnológicos das últimas décadas tiveram um impacto direto nos cuidados neonatais. Os enfermeiros devem envolver os pais na elaboração de um plano de cuidados, capacitando-os não só para a prestação de cuidados, mas também para a adaptação a uma situação de fim-de-vida, numa lógica de cuidados antecipatórios. Esse plano deve integrar intervenções que promovam a esperança, oferecendo ferramentas para lidar com o sofrimento e o luto, uma vez que ela é referida pelos pais como uma das necessidades perante as adversidades que enfrentam.

As atividades descritas permitiram-nos adquirir as competências comuns e específicas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, tendo por base o Regulamento de Competências Comuns e Específicas da Ordem dos Enfermeiros e a competência de mestre conforme o Plano de Estudos do Curso.

Atingimos os objetivos propostos para a elaboração deste relatório, que reflete o processo de aquisição de competências no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica, recém-nascido, pais, esperança, fim-de-vida.

ABSTRACT

This report is part of the 3rd Paediatric and Child Health Nursing Master's Degree at the Escola Superior de Saúde de Santa Maria. It was based on all the internships in the various contexts and includes a scoping review on the theme: Nursing interventions that promote hope in the parents of newborns at the end of life. It also includes an intervention proposal for clinical practice.

The main objectives are to report on the process of acquiring common and specific competences in Paediatric and Child Health Nursing and present a scoping review in order to achieve master's competences.

We base this report on a critical-reflective analysis based on bibliographic research in scientific knowledge databases and use the methodology proposed by the JBI for performing the scoping review to map existing scientific knowledge on the on the above-mentioned subject

Scientific and technological advances in recent decades have had a direct impact on neonatal care. Nurses should involve parents in drawing up a care plan, empowering them not only to provide care, but also to adapt to an end-of-life situation, in an anticipatory care logic. This plan should include interventions that promote hope, offering tools to deal with suffering and bereavement, since this is mentioned by parents as one of their needs in the face of the adversities.

The activities described allowed us to acquire the common and specific competencies in Paediatric and Child Health Nursing based on the Regulamentos de Competências Comuns e Específicas da Ordem dos Enfermeiros and the master's competency according to the Course Study Plan.

We have achieved the objectives set for this report which reflects the process of acquiring competences in Paediatric and Child Health Nursing Master's Degree.

Keywords: Pediatric nursing; infant, newborn; parents; hope; end-of-life.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	10
1. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	12
1.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	13
1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal.....	13
1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	15
1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	17
1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	19
1.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA	20
1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	21
1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	32
1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	45
2. COMPETÊNCIAS DE MESTRE	54
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	55
2.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE ESPERANÇA NOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS EM FIM-DE-VIDA: UMA SCOPING REVIEW	56
3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA	78
3.1. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DE ESPERANÇA EM PAIS DE RECÉM-NASCIDOS EM FIM-DE-VIDA.....	78
CONCLUSÃO.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84

APÊNDICES	101
APÊNDICE 1 - Dinamização da sala de recepção de crianças para cirurgia através de um Póster e de uma Caixa dos Desejos	
APÊNDICE 2 - Sessão de promoção da saúde para pais sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico	
APÊNDICE 3 - Sessão de promoção da saúde para adolescentes sobre Nomofobia	
ANEXOS	125
ANEXO 1 - Certificado de Orador convidado no III Congresso Científico: Transição para a Enfermagem	
ANEXO 2 - Certificado de lecionação como Professora Convidada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica sobre o tema: Apoio no luto em neonatologia	
ANEXO 3 - Certificado de primeiro prémio de Comunicação Oral no CMIN SUMMIT 23 – Saúde Global: Prevenir e Agir	
ANEXO 4 - Certificado de Participação no 6º Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos	

INTRODUÇÃO

No âmbito do 3.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM) em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny (ESESJC) na unidade curricular Relatório de Estágio, do primeiro semestre do segundo ano, elaboramos o presente relatório que reflete todo o percurso formativo para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) que foi orientado pela Professora Doutora Goreti Marques e coorientado pela Prof. Catarina Simões.

Com este relatório pretendemos descrever o percurso formativo decorrente dos diferentes estágios, quer no contexto de internamento, quer no contexto da comunidade, para aquisição e desenvolvimento de competências especializadas que decorreu desde 11 de dezembro de 2023 e 26 de julho de 2024. Para completar a aquisição da competência de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, mapeamos a evidência científica existente no que respeita a quais as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida.

Aceitar a evidência da esperança nos cuidados paliativos neonatais centrada nos pais é uma forma de transformar a prática clínica com o foco na reafirmação da vida, na criação de memórias e experiências positivas, como estando diretamente relacionadas à capacitação da família e resiliência em contextos de perda (Silveira et al., 2023).

A esperança é facilitadora da adaptação efetiva durante tempos de perda, sofrimento e incerteza, facilitadora do processo de adaptação e melhoria da qualidade de vida, contrariamente à desesperança, que é associada ao aumento da incidência de doenças físicas, depressão e ideação suicida (Cutcliffe & Herth 2002b).

É fundamental promover a Esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, uma vez que é referida como uma das necessidades dos pais perante as adversidades que enfrentam (Dufault & Martocchio, 1985).

Este relatório encontra-se dividido em três capítulos. No primeiro capítulo iremos descrever e analisar criticamente as atividades desenvolvidas tendo por base as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista da Ordem dos Enfermeiros ao longo dos contextos de estágio, para tal, usamos uma metodologia de análise crítico-reflexiva baseada na prática clínica e sustentada na melhor evidência científica com pesquisa bibliográfica no motor de busca EBSCOhost e nas bases de dados

PubMed, RCAAP e RAUP. No segundo capítulo, para adquirirmos a competência de Mestre, realizamos uma revisão de *scoping* com o tema: Intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida. Esta revisão seguiu a metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute*. O protocolo de pesquisa foi registado na Open Science Framework (OSF). A pesquisa incluiu as fontes de artigos publicados e não publicados, sem limite temporal. As bases de dados incluídas na pesquisa foram: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials. A fonte de estudos não publicados foi o RCCAP. A investigação foi conduzida por três revisores e os resultados foram analisados e selecionados quanto à sua pertinência para inclusão. No terceiro capítulo sugerimos uma proposta de intervenção para a prática clínica com o objetivo da melhoria da prestação de cuidados aos recém-nascidos e suas famílias numa situação de fim-de-vida tendo por base a revisão de *scoping* realizada.

Elaboramos o presente relatório de acordo com as normas de citação *American Psychological Association 7th Edition*.

1. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE AS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Iniciamos o processo de aquisição de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica em março de 2022. Este percurso termina com a apresentação e discussão em prova pública deste trabalho. Realizamos os estágios clínicos no período compreendido entre dezembro de 2023 e julho de 2024, em diferentes contextos, tal como preconizado pelo plano de estudos.

Desenvolvemos as atividades ao longo dos estágios com base na definição dos objetivos pessoais propostos, e tendo por base o Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho da Ordem dos Enfermeiros publicado em Diário da República (2018a), que define o perfil das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) e o Regulamento n.º 140/2019 das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, da Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2019).

Realizamos o Estágio I - Cuidados especializados I, estágio de pediatria em unidades de internamento de medicina e em unidades de internamento de cirurgia, numa instituição de saúde do grande Porto onde foi possível o contacto com as crianças até aos 17 anos e 364 dias e suas famílias, em contexto de doença aguda ou crónica, ou para realização de cirurgia programada ou pós-operatório de cirurgia urgente.

No que respeita ao Estágio II, estágio de saúde infantil na comunidade, decorreu numa Unidade de Saúde Familiar (USF) no grande Porto e o estágio de saúde infantil em centros de desenvolvimento e unidades de apoio à criança realizou-se numa unidade de cuidados na comunidade do grande Porto (UCC). Estas unidades estavam integradas no novo modelo de gestão do Serviço Nacional de Saúde, desde janeiro de 2024, intituladas Unidades Locais de Saúde (Diário da República, 2023).

No que respeita ao estágio de pediatria em neonatologia e ao estágio de cuidados intensivos pediátricos, obtivemos creditação pelo Conselho Científico da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, tendo em conta a experiência profissional e a elaboração criteriosa de um relatório de atividades onde comprovamos a aquisição de competências específicas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, através de uma análise crítico-reflexiva sustentada em evidencia científica e em modelos teóricos de enfermagem (Benner, 2001).

Seguidamente faremos referência às atividades desenvolvidas ao longo dos contextos de estágio de acordo com as competências comuns do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP).

1.1. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, para além das competências na área da prestação de cuidados, deve dispor de competências comuns transversais a todos os enfermeiros especialistas nos vários domínios: gestão de cuidados, responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria continua da qualidade e desenvolvimento das aprendizagens profissionais presentes no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2019).

1.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, que se deve basear num corpo de conhecimentos no domínio ético-deontológico para uma tomada de decisão ética e deontológica (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

A evolução da enfermagem como profissão, disciplina, ciência e tecnologia exige que o exercício profissional seja orientado numa relação entre os conhecimentos, valores, princípios éticos e deontológicos que fundamentam a profissão (Bermeo, 2020).

Perante estes pressupostos, adotamos um comportamento responsável e ético e agimos de acordo com os direitos e interesses dos cidadãos tendo como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social, tal como mencionado no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Ministério Público, 1996).

Demonstramos uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas, encontrando estratégias de resolução de problemas em parceria com a criança e a família, para a adesão ao regime terapêutico, num ambiente que permitia respeitar a privacidade da criança e da sua família.

Sendo o enfermeiro o principal cuidador da criança, agimos de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, inserido no Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015, que se baseia em princípios jurídicos e éticos fundamentais, como a dignidade humana, o respeito pela pessoa, a

responsabilidade, a autonomia, a justiça, a beneficência (não maleficência), princípios e deveres com os quais se rege a relação do enfermeiro com a criança/família cuidada (Diário da República, 2015; Vaz et al., 2011). O respeito pela autonomia deve ser o pilar da conduta dos profissionais de saúde e passa por compreender, que só a própria pessoa, é que tem legitimidade para permitir uma ação que a envolva (Campos & de Oliveira, 2017). No caso de crianças menores, ou incapacitadas, respeitamos a liberdade e autonomia dos seus representantes legais no processo de tomada de decisão. O respeito pelo princípio da autonomia implicou que divulgássemos informações médicas e opções de cuidados necessárias para que, criança ou o seu representante legal, apoiado no consentimento informado, na verdade e na confidencialidade, exercesse a sua autodeterminação (Varkey, 2021).

Em todos os contextos de estágio orientamos a nossa prática pela garantia da prestação de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Quando nos referimos a grupos vulneráveis, como são as crianças, adotamos meios para proteger os seus direitos e interesses, e protegemos e respeitamos a integridade pessoal da criança quando implementamos tratamentos e cuidados, o que nos permitiu basear a prática no respeito pela vulnerabilidade humana como refere o Artigo 8.º da Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, 2024).

Também promovemos a proteção dos direitos humanos, pois orientamos a nossa conduta de acordo com os pressupostos da Declaração Universal dos Direitos Humanos nomeadamente no Artigo 2.º, respeitando a liberdade, a dignidade e os direitos de cada criança/família sem distinção pela condição política, jurídica ou internacional do país ou território onde a criança pertença, e no Artigo 3.º, onde promovemos o direito à vida da criança, assim como à liberdade de opinião e tomada de decisão, respeitando assim o princípio da autonomia (United Nations International Children`s Emergency Fund, 2024a).

Prestamos cuidados culturalmente sensíveis e adequados, respeitando o cumprimento dos direitos humanos da criança/família, tendo em conta as suas opções religiosas e culturais, sem haver discriminação pelo género, raça, ou opções políticas, uma vez que contactamos com crianças de etnia cigana, crianças muçulmanas e crianças com regime alimentar vegetariano.

Também usamos como referencial legal a Carta da Criança Hospitalizada de 1988, onde se reafirmam os direitos das crianças hospitalizadas a ter o acompanhamento dia e noite dos seus pais, independentemente da sua idade e estado clínico. Encorajamos os pais a permanecerem junto dos seus filhos. Informamos as crianças e os pais sobre os procedimentos a serem realizados, adaptando a linguagem à idade e compreensão, assim como os informamos e esclarecemos previamente para poderem participar e decidir, relativamente aos cuidados de saúde, nomeadamente durante a realização de procedimentos dolorosos (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

Da mesma forma, foi protegido o seu direito à vida, uma vez que orientamos a nossa prestação de cuidados respeitando os princípios éticos beneficência/não-maleficência, justiça e autonomia.

Foi-nos possível ainda, assegurar o direito à confidencialidade e segurança da informação escrita e oral, como por exemplo durante a entrevista com o adolescente, quando utilizamos a informação para melhorar a assistência à criança/jovem, consoante preconizado no REPE, e salvaguardando o dever ao Sigilo ao abrigo do Artigo 106.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (Ministério Público, 1996; Diário da República, 1998). Ainda com a possibilidade de observarmos a dinâmica da equipa restrita da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), assistimos às reuniões com os familiares das crianças em risco, assim como à elaboração dos respetivos relatórios, e cumprimos os princípios da confidencialidade e do sigilo profissional, assegurando que a informação apenas fosse partilhada com aqueles que estavam envolvidos no plano terapêutico, conforme o artigo 106.º da Lei n.º 156/2015 (Diário da República, 2015).

O direito à segurança pessoal também foi um aspeto que tivemos em conta, pois em todas as crianças/jovens do internamento médico e cirúrgico são colocadas pulseiras eletrónicas anti-rapto.

1.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

No que respeita a este domínio, quando se refere à competência de garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, foi-nos possível, colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participar na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional consoante referido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2019).

No estágio do internamento pediátrico, com o objetivo de mobilizar conhecimentos e habilidades proporcionando a melhoria contínua da qualidade e promovermos a incorporação dos conhecimentos na prestação de cuidados, foi-nos possível dinamizar a sala de receção das crianças. Para tal, realizamos um póster alusivo a estratégias não farmacológicas para redução de ansiedade no pré-operatório e produzimos uma “caixa dos desejos” em acrílico, onde a criança e/ou pais se podem exprimir através de palavras, e/ou desenhos sobre os seus desejos para o internamento. Desta forma, pretendemos proporcionar um ambiente adequado e acolhedor para as crianças/adolescentes passível de diminuir o medo e a ansiedade das mesmas associado à hospitalização e à cirurgia. (Apêndice 1).

No sentido de incorporarmos conhecimentos sobre Perturbação do Espectro do Autismo, assistimos a uma ação de formação para os profissionais de saúde da Unidade de Saúde Familiar sobre especificidades da doença e correta aplicação da Escala M-CHAT, assim como sensibilização da equipa da USF para a necessidade de atempada referenciação das crianças para o Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

Ainda neste contexto de estágio da comunidade, colocamos à disposição dos enfermeiros, autocolantes para oferecer às crianças pré-escolares e escolares, após procedimento doloroso, como a vacinação, como reforço positivo pela adesão ao procedimento (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Realizamos pesquisa bibliográfica sobre a existência de estratégias farmacológicas no alívio da dor provocada pela vacinação, e constatamos que estratégias não-farmacológicas, como a vibração e o frio, são eficazes no alívio da dor (Haidar et al., 2024; Khanjari et al., 2021). De forma a contribuirmos para a melhoria da qualidade dos cuidados assistenciais às crianças daquela USF, deixamos com a equipa de enfermagem a bibliografia referente ao Buzzy Bee, dispositivo que utiliza vibração e frio no alívio da dor antes das punções venosas ou intramusculares (Battashi et al., 2024). Na UCC, na sequência de uma necessidade identificada pelos pais durante as sessões de preparação para a parentalidade, nomeadamente no que se refere a desobstrução da via aérea no lactente e na criança, e tendo em conta a nossa experiência profissional, preparamos uma sessão de educação para a saúde com o tema: Suporte Básico de Vida Pediátrico para posterior apresentação numa sessão de preparação para o parto e para a parentalidade (Apêndice 2) e sessão de promoção da saúde dos adolescentes sobre a Nomofobia para apresentação em contexto de saúde escolar (Apêndice 3).

Durante este processo de formação, aceitamos o convite dos alunos da Escola Superior de Saúde de Santa Maria para sermos oradores no III Congresso Científico: Transição para a Enfermagem com o tema: Apoio no luto em neonatologia, onde transmitirmos a nossa visão e a nossa experiência profissional sobre este tema e as intervenções diferenciadoras que o EESIP desempenha numa situação de fim-de-vida do recém-nascido e no apoio à família enlutada (Anexo 1). A convite da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, lecionamos uma aula sobre o mesmo tema aos alunos do mestrado em saúde infantil e pediátrica de 2023/2024, onde pudemos partilhar experiências do contexto da prática no acompanhamento aos pais durante o processo de luto na unidade de cuidados intensivos neonatais (Anexo 2).

Ainda neste domínio, participamos no CMIN SUMMIT 23 - Saúde Global: Prevenir e Agir com uma Comunicação Oral, subordinada ao tema: “Cuidados Culturalmente Competentes do EESIP - nascimento e morte de um recém-nascido hindu”, ao qual obtivemos o primeiro prémio de Comunicação Oral, e cujo resumo foi publicado na Revista Nascer e Crescer, da Unidade Local de Saúde de Santo António (Anexo 3).

Com vista a melhorar a qualidade dos cuidados assistenciais a crianças e famílias com necessidades de cuidados paliativos, aliado ao desconhecimento sobre a dinâmica e os cuidados prestados por uma equipa de cuidados paliativos pediátricos no contexto de uma neonatologia de nível III, levou à necessidade de aprofundarmos conhecimentos nesta área de assistência e de percebermos a aplicabilidade indiscutível dos cuidados paliativos pediátricos no nosso contexto de prática profissional. Assim, frequentamos um curso básico de cuidados paliativos pediátricos para melhorar e aprofundar competências nesta área, certificado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos (Anexo 4).

1.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

Tendo por base o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, um dos domínios das competências comuns do enfermeiro especialista é a gestão dos cuidados, e nesse sentido, o enfermeiro especialista deve adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados, otimizando o trabalho da equipa de forma a adequar os recursos às necessidades de cuidados (Diário da República, 2019).

Ao longo do estágio no internamento, uma das atividades que nos foi possível realizar foi acompanhar a enfermeira responsável pelo internamento médico de pediatria,

no sentido de adquirir conhecimentos na gestão de recursos para a prestação de cuidados de qualidade.

A função de gestão do internamento médico e cirúrgico encontra-se a cargo da Enfermeira Gestora, no entanto a gestão parcial do internamento médico fica a cargo de um EESIP. Este enfermeiro é responsável pela coordenação da equipa de prestação de cuidados, nomeadamente pela articulação da equipa de enfermagem com os outros profissionais da equipa de saúde, e também por negociar os recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade (gestão dos recursos humanos, recursos materiais, equipamentos e logística).

No que respeita a este domínio, também nos foi possível acompanhar a enfermeira responsável pela Equipa Intra-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos – Pediátricos e conhecer a sua dinâmica. Pudemos observar a coordenação da equipa de prestação de cuidados, e utilização dos recursos de forma eficiente no sentido de promover qualidade de assistência a crianças/família em situação limitante ou ameaçadora de vida. O âmbito de atuação desta equipa verifica-se ao nível da consulta externa, do internamento, visita domiciliária e apoio telefónico 24 horas por dia para esclarecimento de dúvidas, gestão de sintomas e ajuste de terapêutica. Para além de outros profissionais de saúde, integram a equipa de cuidados paliativos pediátricos intra-hospitalar, três enfermeiras especialistas. Com o acompanhamento do enfermeiro especialista, foi-nos possível observar a gestão dos cuidados oferecidos às crianças/famílias neste contexto, e a prioridade de intervenção mediante as necessidades de cada criança/família. No sentido de otimizar o trabalho desta equipa adequando os recursos às necessidades das crianças, observamos o planeamento dos turnos atribuídos a cada enfermeira, e constatámos que dotação mínima de enfermeiros não era a recomendada pelo Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos em Portugal Continental, biénio 2023-2024, deixando os enfermeiros em esforço e levando à consequente limitação da capacidade de resposta. À data do estágio, a Equipa Inter-Hospitalar de Suporte de Cuidados Paliativos - Pediátricos deveria disponibilizar de 70 horas por semana de assistência às crianças e suas famílias, distribuídas por dois ou três enfermeiros, no entanto, esta situação não se verificava, dedicando a equipa apenas 35 horas semanais aos cuidados (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). O esforço por adquirir o número recomendado de enfermeiros para integrar a equipa de suporte em cuidados paliativos pediátricos intra-hospitalar era uma preocupação da enfermeira responsável, cujo objetivo era garantir a

segurança e a qualidade dos cuidados oferecidos às crianças e suas famílias no contexto de cuidados paliativos.

No estágio na comunidade este domínio também foi atingido, uma vez que cada na prestação de cuidados de saúde, fomos responsáveis por gerir eficazmente os cuidados da lista de clientes. Também na unidade de cuidados na comunidade, cada enfermeiro é responsável pelo planeamento e pela implementação dos seus projetos na comunidade, como por exemplo na Saúde Escolar, onde nos foi possível preparar uma sessão de educação para a saúde sobre suporte básico de vida pediátrico e sobre a nomofobia e assim contribuir para uma melhoria no processo de cuidar (Apêndices 2 e 3).

1.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Para além da procura contínua e atualizada de conhecimento, é competência transversal do enfermeiro especialista ser capaz de identificar lacunas do conhecimento e atuar como formador em contexto de trabalho através do diagnóstico das necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem dos seus pares. Também deverá basear a sua prática clínica em evidência científica atual aplicando esses conhecimentos com o objetivo de obter os melhores ganhos em saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Desta forma ao longo de todos os estágios houve da nossa parte preocupação em nos mantermos atualizados, recorrendo a pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas credíveis para realizar as pesquisas sobre os mais variados temas.

Na USF verificámos que existia necessidade de formação da equipa de enfermagem no que se refere a estratégias não farmacológicas para alívio da dor na criança durante a vacinação, pelo que foi efetuada pesquisa bibliográfica sobre eficácia da vibração e do frio na dor provocada pela vacinação e fornecida à enfermeira especialista responsável pelo estágio.

Ainda no estágio da comunidade, na vertente da saúde escolar, percebemos a importância que o EESIP representa junto dos jovens e sua função primordial na promoção da saúde em contexto escolar. Devido ao facto de os jovens estarem cada vez mais dependentes dos telemóveis e da internet, sugerimos à enfermeira especialista responsável pelo estágio, que preparássemos uma sessão de educação para a saúde sobre a nomofobia, dependência de smartphones, para posterior apresentação à comunidade escolar no ano letivo de 2024/2025 dada a impossibilidade de se agendarem as sessões, uma vez que estaria a terminar o ano letivo. (Apêndice 3). Dessa mesma sessão de

educação para a saúde faz parte a *Mobile Phone Problem Use Scale for adolescent population*. Esta escala é uma ferramenta que permite avaliar o grau de dependência ou uso excessivo dos *smartphones* nos adolescentes, e poderá ser usada na sessão de educação para a saúde para avaliar a dependência de telemóveis (López-Fernández et al, 2012).

Ainda referente ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, foi-nos possível participar como orador convidado no III Congresso Científico - Transição para a Enfermagem com o tema: Apoio no luto em neonatologia na Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), onde pudemos transmitir a melhor prática a adotar no apoio no luto parental em neonatologia. Também tivemos a oportunidade de lecionar uma aula como professora convidada da sobre o mesmo tema a alunos do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na ESSSM. Utilizamos uma metodologia expositiva, com partilha de experiências e recorremos a exemplos práticos da unidade onde exercemos funções como enfermeira (Anexo 1, Anexo 2).

Seguidamente iremos descrever as atividades desenvolvidas para o processo de aquisição de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

1.2. ATIVIDADES DESENVOLVIDAS DE ACORDO COM AS COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho da Ordem dos Enfermeiros, o EESIP é responsável por fornecer cuidados especializados, à criança saudável ou doente, em qualquer contexto em que se encontre, e deve trabalhar com ela em parceria, no sentido de promover o mais elevado padrão de saúde possível e fornecer educação para a saúde, assim como identificar e articular os recursos de suporte à família (Diário da República, 2018a).

As competências do EESIP definidas no Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho da Ordem dos Enfermeiros são as seguintes: (1) assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; (2) cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e (3) presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

As atividades desenvolvidas durante os diferentes contextos de estágio que nos permitiram adquirir competências específicas na área da Saúde Infantil e Pediátrica serão descritas seguidamente.

1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

De acordo com o Regulamento nº 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, uma das competências do EESIP é ter como foco da sua prestação de cuidados o binómio criança/família, uma vez que a participação dos pais nos cuidados à criança fundamental em todos os contextos e está intimamente relacionada com a natural dependência da criança. Deste modo, baseamos a nossa prestação de cuidados em modelos de cuidados centrados na criança e na família, como é exemplo o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (Diário da República, 2018a). Este modelo foi desenvolvido em 1988, e centra-se no cuidado em parceria com as crianças e com as famílias e foi uma das primeiras tentativas de desenvolver um modelo de prática especificamente para a enfermagem de saúde infantil (Ferreira & Costa, 2016).

Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.

A parceria nos cuidados é frequentemente mencionada como um dos atributos centrais dos Cuidados Centrados na Família, e de acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, de 1988, os enfermeiros devem olhar os pais como elementos ativos e participantes da equipa de saúde, beneficiando do seu conhecimento sobre a criança doente, o que justifica que os cuidados familiares são melhor executados pelas famílias, estando a criança saudável ou doente (Monteiro & Cerqueira, 2020). Este modelo, baseia-se no reconhecimento e respeito pela capacidade da família em cuidar da sua criança, no entanto, no caso de os pais não se encontrem presentes, o enfermeiro deve tentar manter as rotinas de conforto e de cuidado estabelecidas pela família ao invés de as substituir por rotinas hospitalares (Casey, 1995).

Os cuidados familiares são aqueles que visam suporte às necessidades básicas da criança, como higiene, alimentação e conforto, e os cuidados de enfermagem, envolvem alguma especificidade e diferenciação tendo como objetivo assegurar necessidades da criança que se relacionam com o seu quadro fisiopatológico (Lopes, 2012). Dependendo da circunstância, e após ter sido estabelecida uma relação de flexibilidade entre

enfermeiros e pais, pode haver necessidade de os enfermeiros prestarem cuidados familiares, e os pais, quando devidamente instruídos e sob supervisão, poderem desempenhar cuidados de enfermagem (Ferreira & Costa, 2016).

A doença e a hospitalização constituem-se como uma situação geradora de *stress* para a criança e família, e o envolvimento dos pais nos cuidados da criança hospitalizada representa uma garantia de afeto e segurança contribuindo para minimizar os efeitos nefastos da doença. O envolvimento dos pais no cuidado, deve ser negociado segundo a sua vontade, disponibilidade e perícia, pois a capacitação e o empoderamento parental são fundamentais para a maximização da saúde da criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Promovemos ativamente o envolvimento dos pais no cuidado à criança, colocando em prática as premissas do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, através da negociação da participação dos mesmos no cuidado ao seu filho, tendo em conta as suas capacidades e desejos, com vista à independência e bem-estar. No contexto de internamento foi-nos possível negociar com os pais por exemplo a utilização da distração enquanto realizávamos colheitas de sangue à criança ou durante a punção para colocação de catéter venoso periférico, ou mesmo a administração de alimentação entérica por sonda após ensino, instrução e treino.

Tendo em conta que os pais prestam os melhores cuidados familiares aos seus filhos, o acompanhamento da criança hospitalizada verificava-se durante as 24 horas do dia, consoante mencionado na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008). Incentivamos os pais a prestarem cuidados familiares, como trocar a fralda, dar banho ou alimentar o filho, de forma a satisfazer as necessidades quotidianas da criança. Ao motivarmos os pais a permanecerem mais tempo junto do filho e a cuidar dele, estes sentiam-se mais envolvidos e conectados com a criança (Querido et al., 2022).

Prestar cuidados de saúde num mundo cada vez mais globalizado e multicultural é desafiador, levando ao aparecimento de vários modelos de prestação de cuidados, cujo objetivo é proporcionarem-se cuidados de saúde culturalmente competentes (Campinha-Bacote, 2002).

Segundo Campinha-Bacote (2002), o processo de competência cultural na prestação de cuidados de saúde entende que a competência cultural é um método em desenvolvimento, no qual o profissional de saúde tenta, constantemente, atingir a capacidade de compreender o contexto cultural do cliente. A competência cultural reflete-se na aceitação, no respeito pelas diversas culturas, na sensibilidade para compreender

como estas diferenças culturais influenciam as relações interpessoais e, ainda na habilidade para desenvolver estratégias que promovam cuidados culturalmente competentes, capazes de responder às necessidades das pessoas de forma humanística e centrada no bem-estar e diversidade cultural (Mendoza & González, 2006).

Ao orientarmos as nossas decisões e ações da prestação de cuidados congruentes com a cultura, tornou-se fundamental, além de colhermos dados na admissão, também estabelecemos diálogo com as crianças e suas famílias, no sentido de identificarmos especificidades de cada família que nos permitissem darmos significado a estas influências (Leininger, 1988, 2006; McFarland & Wehbe-Alamah, 2019).

Tivemos oportunidade de contactar com famílias de outras religiões e culturas, e através da capacidade de compreender o contexto cultural da criança, foi-nos possível cuidar das mesmas respeitando os hábitos e as crenças das crianças. Para podermos respeitar os hábitos e as crenças das crianças utilizamos decisões e ações como referido no Modelo de Sol Nascente (Leininger, 1988; 2006). No estágio de internamento utilizamos a preservação/manutenção do cuidado cultural tentando adequar o tipo de dieta e o horário da prestação de cuidados, tendo por base as crenças e o respeito pela cultura e pelos costumes da criança/família muçulmana, cuja religião não permite comer carne de porco. Houve o cuidado de preservarmos o cuidado cultural, promovendo as refeições compatíveis com o seu regime alimentar. Também recorremos à acomodação/negociação do cuidado cultural numa família de etnia cigana, no que se refere a horários de alimentação, higiene e conforto. Esta família utilizava um dialeto difícil de compreender, mas através da competência cultural, utilizando para tal a exemplificação dos cuidados, foi-nos possível comunicar eficazmente com a criança/família e favorecer a adesão ao regime terapêutico.

Durante a realização dos estágios, não constatamos a necessidade de repadronizar/reestruturar o cuidado cultural.

Quando realizamos educação parental referente à introdução de novos alimentos, tivemos em atenção que o cumprimento das necessidades nutricionais da criança pode ser obtido através de diversos padrões alimentares, nomeadamente o vegetariano (Direção-Geral da Saúde, 2019a).

Estes cuidados foram conseguidos pois quando comunicamos com os pais utilizamos uma linguagem adequada, explicamos os termos técnicos e utilizamos uma linguagem simples e clara e asseguramo-nos da correta assimilação da informação, pedindo *feedback* sobre o que foi transmitido. Ao mesmo tempo, mostramos

disponibilidade para esclarecimento de dúvidas, verbalização de receios e preocupações por parte da criança e da família. A comunicação eficaz, sensível, clara, sem uso de terminologias técnicas juntamente com a escuta sensível, gera na família sentimentos positivos, como alegria, esperança e confiança (Araújo et al., 2021).

Todos estes aspetos contribuíram para desenvolvermos competências para a prática de um cuidado de enfermagem culturalmente competente e sensível. Verificamos que uma barreira à comunicação é o idioma, e para ultrapassar essa barreira de comunicação, recorremos a estratégias comportamentais que se referem a flexibilidade na comunicação verbal e não verbal, comunicação calma (Gaspar et al., 2020). Também recorremos a tradutores do hospital ou familiares, e utilizamos aplicações para telemóvel que fazem a tradução para o idioma pretendido. O recurso a aplicações móveis de tradução é uma forma potencial de melhorar a comunicação entre os doentes e o pessoal de saúde, como forma de ultrapassar as barreiras linguísticas, não com o objetivo de substituir os intérpretes, mas para apoiar a comunicação quotidiana e permitir a comunicação das necessidades de cuidados quando os tradutores não se encontram disponíveis (Panayiotou et al., 2020).

Para além das estratégias de comunicação, também foi importante utilizarmos estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. Após o ensino, a instrução e o treino, elogiamos e valorizamos os conhecimentos adquiridos tornando os pais mais seguros, conscientes e autónomos, capazes de prestarem os melhores cuidados ao seu filho no domicílio contribuindo para um desenvolvimento infantil adequado da criança. Este aspeto é reforçado por achados de uma revisão de scoping sobre as estratégias de educação parental, onde reforço positivo de um comportamento, é uma estratégia verbal eficaz para melhorar a adesão e autogestão dos pais (Monteiro, 2021). Para reforçarmos positivamente o comportamento das crianças por colaborarem nos cuidados, oferecemos autocolantes, com mensagens alusivas à colaboração positiva, após procedimentos invasivos como a punção venosa e a vacinação. Também oferecemos um diploma de mérito a criança de quatro anos após internamento prolongado conforme preconizado no Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Os avanços científicos e tecnológicos permitem a sobrevivência de crianças com doenças congénitas graves e com patologia complexa, e que são cuidados pelos pais no domicílio. A prestação de cuidados domiciliários assegurados pelas famílias em coordenação com as equipas da comunidade mudaram o paradigma de assistência a

crianças com patologia complexa, evitando-se as hospitalizações prolongadas e promovendo-se os cuidados no domicílio (Montagnino & Maurício, 2004). Esta transição de cuidados do hospital para o domicílio deve ser planeada de forma que haja um eficaz desempenho da família no cuidado à criança, pois estas crianças continuam a necessitar de cuidados especializados e de vigilância ativa no domicílio. Nestes contextos, o regresso a casa não representa uma recuperação da doença, mas a estabilização do estado clínico da criança, sendo a função do EESIP fundamental no apoio e na adequação ao papel parental complexo, ensinando e capacitando a família para que seja capaz de gerir o regime terapêutico e a continuidade de cuidados no domicílio (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Durante o estágio no internamento, contactamos com crianças/jovens que necessitavam de cuidados especializados após a alta hospitalar, como por exemplo as crianças dependentes de dispositivos médicos. Com o objetivo de proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas às famílias ensinamos, instruímos e treinamos os pais a colocar e a alimentar a criança com sonda entérica (orogástrica, ou nasogástrica, ou mesmo gastrostomia percutânea endoscópica, assim como manuseio de ostomias de eliminação (troca de placa e saco coletor, vigilância da pele periférica ao estoma e sinais de alarme), e no caso de crianças dependentes de ventilação não-invasiva capacitamos os pais no que respeita à aspiração de secreções, manuseio do equipamento e cuidados com a pele, de forma a desenvolverem competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (Passone et al., 2020).

Na nossa prestação de cuidados às crianças, em algumas situações prestamos cuidados familiares, como trocar a fralda ou alimentar a criança, e em outras situações, os pais após capacitação, prestaram cuidados de enfermagem, como por exemplo a aspiração de secreções e a substituição de cânula de traqueostomia a criança dependente de ventilação assistida, tal como preconizado no Modelo de Anne Casey (Ferreira & Costa, 2016). Realizámos a educação parental através do estabelecimento de uma relação empática com a criança e a família, considerando os pais como participantes da equipa de saúde e reconhecendo neles a enorme contribuição para a recuperação dos filhos doentes, capacitando-os e empoderando-os, uma vez que são eles quem melhor os conhecem (Monteiro & Cerqueira, 2020). Criamos oportunidades e meios para desenvolver as habilidades e competências das crianças/jovens e das suas famílias de forma a satisfazer as suas necessidades.

Para que ocorresse cada processo de ensino-aprendizagem, promovemos um ambiente favorável, mostramos disponibilidade para ensinar e observamos os pais através prontidão para a aprendizagem. Também identificamos as barreiras de comunicação, como barreiras linguísticas e incentivamos uma comunicação que favorecesse a expressão de emoções. Negociamos o modelo de aprendizagem, definindo os *timings* para o processo de educação parental. Para além das estratégias supramencionadas, recorremos também a recursos escritos, como panfletos existentes no serviço e aconselhamos a utilização de recursos tecnológicos com informação fidedigna, como por exemplo o site da Sociedade Portuguesa de Pediatria (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2024). Proporcionamos momentos para a aquisição de habilidades, como sessões demonstrativas, onde os pais observaram o que executávamos, e sessões de instrução e treino, onde na nossa presença os pais realizavam o procedimento, tal como como trocar a cânula de traqueostomia da criança e aspiração de secreções com sonda, dando lugar através da memória visual à assimilação da informação (Monteiro, 2021).

Considerando o binómio criança/família o foco de atuação do EESIP, a assistência à família como unidade do cuidado de enfermagem é fundamental, e conhecer a forma como as famílias cuidam, identificam as suas forças, dificuldades e os seus esforços para partilhar as responsabilidades é fundamental (Cerqueira et al., 2019).

O modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary permitiu-nos um olhar sistémico sobre a família no que respeita à sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento, e ao mesmo tempo determinar qual o domínio do funcionamento familiar que necessita de mudanças e qual a intervenção mais adequada para efetivar as mudanças necessárias para o bem-estar da família. O modelo anteriormente referido é reconhecido pelo Internacional Council of Nurses (ICN) como instrumento orientador e esquematizador das boas práticas de Enfermagem de Saúde Familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2023).

Ao longo dos contextos de estágio foi importante avaliarmos a estrutura e o contexto do sistema familiar para percebermos a dinâmica entre os familiares e também a relação que a família estabelece com a comunidade. Verificamos que os instrumentos de avaliação estrutural da família, tais como o ecomapa e o genograma, não são significativamente utilizados pelos enfermeiros, no entanto, reconhecemos a importância da sua utilização para esquematizar as estruturas internas e externas da família, permitindo-nos compreender melhor as experiências familiares. O ecomapa é uma representação visual dos relacionamentos recíprocos entre os membros da família e as

instituições mais amplas, como por exemplo, escolas, trabalho, tribunais e instituições de saúde, e o genograma é uma árvore familiar que representa a estrutura familiar interna e deve incluir pelo menos três gerações (Wright & Leahey, 2013). Para tal, consultamos a informação constante no processo clínico eletrônico e estabelecemos diálogo com as crianças e com os pais. Um exemplo desse contexto foi perceber a importância da relação de um adolescente que se encontrava nas últimas horas de vida com o seu animal de estimação, e após a devida autorização pela administração da instituição, foi possível a visita do seu animal de estimação a esse adolescente, proporcionando desta forma conforto emocional e cuidado humanizado no final de vida.

Para além da importante função desempenhada nos cuidados de saúde diferenciados, o EESIP tem uma função muito importante junto da comunidade, e mais especificamente junto da comunidade escolar, uma vez que possui conhecimentos especializados e reconhecidos na abordagem às crianças e suas famílias (Diário da República, 2018a).

O Programa do XVII Governo Constitucional reconheceu os cuidados de saúde primários como o pilar central do sistema de saúde. Eles representam o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo-se como de elevada importância nas funções de promoção da saúde e prevenção da doença, prestação de cuidados na doença e ligação a outros serviços para a continuidade dos cuidados (Diário da República, 2008).

As unidades de cuidados na comunidade (UCC) têm como missão contribuir para a melhoria do estado de saúde da população na sua área de intervenção geográfica de forma a obterem ganhos em saúde, participando de forma direta para o cumprimento da missão da Unidade Local de Saúde que integram. Prestam cuidados de saúde, apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, nomeadamente a pessoas e grupos mais vulneráveis que se encontram em situação de maior risco, ou dependência física e funcional, ou doença, e atuam na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Diário da República, 2009).

Desde 1994 que Portugal integra a rede europeia de escolas promotoras da saúde na sequência das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Estas escolas são uma parceria interinstitucional entre a saúde e a educação, e que conduziu a uma efetiva implementação da promoção e educação para a saúde em meio escolar, ajudando

os países a atingir as metas e os objetivos da OMS para a saúde e o bem-estar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Em Portugal os princípios das escolas promotoras da saúde são: equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e o empoderamento de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar, e que orientam a intervenção da saúde escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015).

No estágio da comunidade, e uma vez que as UCC intervêm no âmbito comunitário e numa lógica de base populacional, foi-nos possível intervir em programas no âmbito da saúde escolar. A saúde escolar representa a forma que o sistema de saúde encontrou para intervir nas escolas promovendo a saúde com uma maior proximidade da comunidade educativa. Os programas de saúde escolar podem prevenir ou reduzir os problemas de saúde e os comportamentos de risco associados ao ambiente e aos estilos de vida das crianças e adolescentes.

De acordo com o Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) de 2015, os projetos de cada UCC devem obedecer aos eixos estratégicos e respetivas áreas de intervenção definidos para aquele plano, pelo que no estágio da comunidade intervimos nos vários eixos estratégicos em projetos específicos no pré-escolar e 1º ciclo do ensino básico e no 9º Ano de escolaridade, sendo a área de intervenção da saúde escolar daquela UCC, as crianças desde a pré-escola até ao 12.º ano de escolaridade (Direção-Geral da Saúde, 2015).

Um dos eixos estratégicos do PNSE de 2015 é a capacitação, sendo uma das áreas de intervenção a higiene corporal e saúde oral. De acordo com uma das necessidades identificadas pela escola, face ao aumento significativo dos casos de pediculose, foi-nos possível assistir e participar numa sessão de educação para a saúde aos pais no que respeita a forma de transmissão e tratamento da pediculose. Através da brincadeira e do humor, foi possível diminuir os medos e as ansiedades das crianças, quando posteriormente, após devida autorização dos pais, inspecionamos as cabeças das crianças daquela escola básica. Também observamos o cumprimento das recomendações do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral, que com a colaboração dos profissionais de educação, promovem a realização da escovagem dos dentes, e do bochecho efetuado quinzenalmente com solução fluoretada a 0,2 %, aos alunos que frequentam o 1º ciclo do ensino básico após o devido consentimento dos pais (Direção-Geral da Saúde, 2021).

Assistimos e participamos em sessões de educação para a saúde incluídas no Programa Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE) a crianças da pré-escola e

do ensino básico (Direcção-Geral da Saúde, 2015). Esta atividade foi dinamizada recorrendo à brincadeira, utilizando para tal o jogo da glória, onde eram colocadas questões que tiveram em conta o desenvolvimento infantil das crianças, sobre alimentação saudável, higiene corporal e exercício físico, e no qual nos foi possível comunicar com as crianças, que mostraram a sua receptividade, respondendo às questões de forma voluntária. Nas crianças da pré-escola, também participamos na sessão de educação sobre cuidados com a pele e a necessidade da correta proteção solar através da aplicação correta dos protetores solares uma vez que se aproximaria o Verão. De salientar que estes jogos didáticos foram desenvolvidos pelos enfermeiros da saúde escolar.

O ambiente escolar e saúde, é um outro eixo estratégico do PNSE de 2015, sendo uma das áreas de intervenção, a prevenção dos acidentes e primeiros socorros. Participamos nas sessões de educação para a saúde a turmas de alunos do 9.º ano de escolaridade sobre os principais acidentes e como proceder em caso de acidente. Na sessão prática foi lecionado Suporte Básico de Vida, nomeadamente desobstrução da via aérea, e pudemos constatar que os adolescentes adquiriram conhecimentos após as respostas dadas pelos mesmos às questões colocadas pela enfermeira. Devido ao facto de o Acidente Vascular Cerebral (AVC) ter sido identificado como principal causa de morte num dos concelhos de abrangência da UCC onde realizamos estágio, houve necessidade realizar sessão de educação para a saúde sobre essa temática. Pudemos colaborar na sessão de educação para a saúde a crianças da pré-escola e do ensino básico, através da visualização de um vídeo didático, sobre sinais de alarme e forma de atuação em caso de AVC de forma a evitar a morte e a prevenir precocemente complicações, pedindo ajuda de forma atempada. As crianças demonstraram conhecimentos pois responderam acertadamente às questões colocadas durante a sessão.

Outro dos eixos estratégicos do PNSE de 2015, é condições de saúde, sendo uma das áreas de intervenção, as necessidades de saúde especiais (NSE), representando a inclusão destas crianças e jovens um dos objetivos da Saúde Escolar, para além de contribuir para a aceitação da diferença e da promoção de atitudes de respeito por parte dos pares (Direcção-Geral da Saúde, 2015).

As NSE resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade da criança e que necessitam de intervenção na escola, como sejam a irregularidade da frequência escolar ou a necessidade de condições especiais. Elas representem um impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual,

necessitando da identificação e da remoção de barreiras a vários níveis para diminuir ao máximo o impacto no desempenho escolar (Direcção-Geral da Saúde, 2015).

Desta forma, com o objetivo de minimizar o impacto das NSE no desempenho escolar, foi-nos possível apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais, através da participação na elaboração de Plano de Saúde Individual (PSI) de crianças e jovens com Diabetes *mellitus* Tipo 1, Epilepsia e alergias alimentares.

O PSI é concebido para cada criança/jovem, onde avaliamos o impacto das condições de saúde na funcionalidade da criança e identificamos as medidas de saúde a implementar, nomeadamente a abordagem em situação de crise. Cada PSI deve ser atualizado mediante as novas orientações clínicas, e anualmente, antes do início de cada ano letivo, devendo ser acordado entre todos os intervenientes, pais, equipa de saúde e escola. Utilizamos um documento de apoio à elaboração do PSI constante no PNSE de 2015, que é assinado pelo enfermeiro e pelo encarregado de educação/pais e entregue posteriormente na escola (Direcção-Geral da Saúde, 2015).

Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.

Tendo em conta a problemática que se relaciona com os maus-tratos e as suas implicações negativas no desenvolvimento das crianças e dos jovens, a promoção e a proteção dos direitos destas crianças e jovens é obrigatória, e em Portugal está consagrada na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo aprovada pela Lei n.º 147/99, de 1 de setembro, cuja última alteração foi a Lei n.º 23/2017, de 23 de maio, onde se definem os três níveis de atuação perante situações de risco e perigo. O risco corresponde às situações potenciais de acontecer o dano, pelo que a evolução negativa do potencial risco determina o aparecimento do perigo. Primeiro nível: promoção dos direitos e da proteção das crianças e dos jovens em risco ao nível das instituições que têm ação privilegiada em áreas como a saúde, educação e os núcleos de apoio a crianças e jovens em risco. Segundo nível: intervenção orientada para a remoção do perigo através da referenciação dos casos de risco para comissão de proteção de crianças e jovens (CPCJ). O terceiro nível é referente a entidades judiciais, Tribunal de Família e Tribunal de Menores (Diário da República, 1999)

A Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens foi criada pelo Decreto-Lei n.º 159/2015 de 10 de agosto, que foi alterado pelo Decreto-

Lei nº 139/2017, de 10 de novembro. Constitui-se como uma entidade de referência para a efetiva concretização dos direitos humanos de todas as crianças e de cada criança individualmente em Portugal. A sua missão é contribuir para a planificação da intervenção do Estado e para a coordenação, acompanhamento e avaliação da ação dos organismos públicos e da comunidade na promoção dos direitos e proteção das crianças e jovens (Diário da República, 2015).

As CPCJ são o modelo concretizado pelo Estado para a proteção de crianças e jovens, através da participação ativa da comunidade. Estão em vigor desde janeiro de 2001, e são instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional. Têm como objetivo promover os direitos da criança e do jovem, e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral da criança. As suas modalidades de funcionamento são a comissão alargada e a comissão restrita. A comissão restrita é composta por um número ímpar, nunca inferior a cinco, dos membros que integram a comissão alargada, sendo os membros por inerência: o presidente e os representantes do município, um representante da segurança social, um representante da saúde, um representante da educação e um membro, de entre os representantes das instituições particulares de solidariedade social/organizações não governamentais (Diário da República, 1999).

No decorrer do estágio em unidades de apoio à criança, tivemos a oportunidade de participar em reuniões da CPCJ. Neste contexto em específico, a área da saúde estava representada por um EESIP. A integração do EESIP como elemento da Saúde na equipa da CPCJ é fundamental, pois ele possui conhecimentos e capacidades específicas relativas ao desenvolvimento das crianças e dos jovens que permitem identificar situações de risco para a criança e jovem como: maus-tratos, negligência e comportamentos de risco, sendo esta uma unidade de competência constante no Regulamento nº. 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2018a).

Os maus-tratos a crianças e jovens dizem respeito a situações de ação ou omissão não acidental, instituídos pelos pais ou cuidadores, e que possam ameaçar a dignidade, segurança e desenvolvimento biopsicossocial da criança (Direcção-Geral da Saúde, 2011). Estas situações verificam-se à escala mundial, representando um problema grave de saúde pública, levando a que as entidades competentes se responsabilizem por encontrar estratégias para proteger estas crianças e jovens em risco (Pádua et al., 2020). Podem ser classificados em diferentes tipos como: negligência, maus-tratos físicos, abuso sexual, maus-tratos psicológicos, síndrome de Munchausen por procuração. Existe

negligência quando, os factos continuados no tempo, não permitem à criança/jovem o acesso a cuidados básicos de higiene, alimentação, afeto e saúde, consideradas condições essenciais para o desenvolvimento harmonioso da criança (Direcção-Geral da Saúde, 2011).

Neste contexto de assistência, pudemos colaborar na realização de visitação domiciliária a um lactente de seis meses, referenciado por negligência, onde avaliamos juntamente com o EESIP, o contexto familiar e o desenvolvimento infantil da criança para aplica o das medidas de promo o e prote o como referido nas competências da comissão restrita (Diário da República, 1999). Durante a visita pudemos observar a vincula o positiva do lactente, avaliar os cuidados de higiene, o adequado estado de nutri o, e a inexistência de eritema de fraldas, e verificamos que houve cumprimento das medidas anteriormente acordadas entre a família e a CPCJ.

Participamos numa reunião intersectorial entre a CPCJ e a unidade de saúde familiar (USF) sobre o desenvolvimento dos processos de crianças e jovens referenciados daquela unidade, no sentido de partilhar decisões entre aquelas duas institui es. Essa reunião também serviu como forma de sensibiliza o da equipa da USF para a necessidade de novas referen a es (Diário da República, 1999). Nessa reunião observamos a fun o diferenciadora do EESIP na equipa da CPCJ no que respeita a avalia o e diagnóstico de crianças e jovens em risco através da avalia o das características específicas de desenvolvimento em cada faixa etária da criança e do cumprimento do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil constante na Norma n . 010/2013, nomeadamente no que respeita   frequência das crianças nas consultas de saúde infantil e juvenil e no cumprimento do plano nacional de vacina o (Direc o-Geral da Saúde, 2013).

Com esta experiência na CPCJ foi-nos possível perceber a dinâmica e a articula o desta equipa com os demais serviços da comunidade, tendo sido uma mais-valia para a nossa forma o profissional, uma vez que havia um desconhecimento anterior respeitante a este assunto.

1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situa es de especial complexidade

Tendo em conta a multiplicidade de patologias que se encontram no internamento médico e cirúrgico, o cuidado a crianças em situa es de especial complexidade   variado e constante. Nestes estágios, prestámos cuidados a crianças com doença cr nica, doenças genéticas e do metabolismo, onde a possibilidade de descompens o da sua condi o

clínica pode acontecer, o que permitiu reconhecermos situações de instabilidade das funções vitais e risco de vida e prestamos os cuidados de enfermagem apropriados.

Ao contactar com crianças/adolescentes e suas famílias com doença crónica e doença crónica complexa, o EESIP é capaz de dar resposta a situações de maior complexidade, uma vez que possui conhecimentos e capacidades que lhe permite antecipar e responder a emergências, assim como avaliar as famílias e as suas necessidades, atuando de forma a permitir a adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Diário da República, 2018a).

Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados

Numa revisão de *scoping* realizada, excluindo as unidades de cuidados intensivos, oito a catorze por cento das paragens cardíacas envolvem doentes pediátricos para os quais a taxa de sobrevivência é de apenas 15 a 33 por cento, e para os sobreviventes, a probabilidade de sequelas neurológicas graves é de 35 por cento (Jensen et al., 2022). Talvez devido a este facto, verificamos que existe uma grande dependência da monitorização contínua de sinais vitais como a frequência cardíaca e a saturação periférica de oxigénio para reconhecer a deterioração clínica e ativar uma resposta adequada em meio hospitalar. No entanto, o que verificamos é que são os enfermeiros os profissionais de saúde mais privilegiados para identificar os sinais de deterioração nas crianças e responder adequadamente, pois são eles, que para além dos pais, permanecem 24 horas junto das mesmas (Considine et al., 2024; Jensen et al., 2022).

Ao longo do estágio recorreremos à monitorização da frequência cardíaca e da frequência respiratória para avaliar o estado fisiológico das crianças/jovens, e orientamo-nos pelos valores de referência para a frequência cardíaca e respiratória desde o nascimento até aos 18 anos (Fleming et al., 2011).

Para além da monitorização dos sinais vitais, estivemos atentos a sinais de descompensação da criança, como por exemplo: sonolência no caso da hipóxia em contexto de infeção respiratória, ou presença de sinais de dificuldade respiratória, como frequência respiratória superior a 50 ciclos/minutos, e nos recém-nascidos utilizamos a Silverman Andersen Respiratory Severity Score para avaliar os sinais de dificuldade respiratória (Setty et al., 2020).

O EESIP apresenta conhecimentos que lhe permite identificar as particularidades anatomofisiológicas da criança no que respeita às respostas fisiológicas das crianças à doença serem diferentes das dos adultos. As crianças apresentam mecanismos de compensação que podem mascarar os indicadores de deterioração, ficando gravemente doentes de uma forma súbita, também por vezes são incapazes de referir como ou o que estão a sentir, havendo um risco acrescido de falência não reconhecida, pelo que se tornou primordial identificarmos precoce esses sinais de descompensação das funções vitais da criança/jovem como sejam: alterações na cor, presença de dor, e o facto de a criança não brincar ou interagir de acordo com a sua idade (Jensen et al., 2022).

Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas

O referencial dos cuidados atraumáticos que se baseia no pressuposto de que a dor, a doença e a hospitalização constituem-se como possíveis experiências traumáticas para a criança, defende que devem ser adotadas políticas de saúde orientadas para minimizar esse trauma e o stress, e para tal, muito contribui a adequação do ambiente de prestação de cuidados, devendo as crianças ser cuidadas em hospitais onde os ambientes sejam propícios e adequados ao seu desenvolvimento (Fernandes, 2020).

Durante os estágios constatamos que existia cuidado com a criação de ambientes humanizados para as crianças. No internamento médico e cirúrgico existia alguma decoração, luzes e cores, que permitiam a criação de um espaço adaptado para as crianças, e na época natalícia houve cuidado por parte do serviço em ajustar a decoração à época festiva. Na entrada do serviço, as crianças e suas famílias podiam escrever, pintar ou desenhar o que significava o Natal para si. Também existiam disponíveis carros elétricos para as crianças brincarem nos corredores, e salas de atividades lúdicas e pedagógicas, com brinquedos e jogos adequados ao estadió de desenvolvimento das crianças ou jovens internados, dinamizadas por educadoras de infância. Foi possível participamos em algumas atividades lúdico- pedagógicas, ajudando as crianças a pintar e a desenhar, ou a construir jogos. A brincadeira em contexto hospitalar tem uma importante função na redução da ansiedade e da dor, na melhoria da relação entre profissionais de saúde e das crianças, aproximando-os, apresentando impacto positivo na melhoria do comportamento e na atitude da criança perante a doença e os procedimentos, no alívio de sentimentos de medo, ansiedade e insegurança (Godino-Iáñez et al., 2020). Também verificamos que no

estágio da comunidade, nomeadamente na USF havia preocupação com a humanização do ambiente adaptado para as crianças. Existia uma sala de espera com mobiliário apropriado para as crianças, uma sala com decoração, brinquedos e jogos didáticos onde eram realizadas as consultas de saúde infantil e juvenil. Nessa sala também estava disponível uma escada, para que pudéssemos aplicar a Escala de Mary Sheridan na avaliação do desenvolvimento infantil das crianças.

Desde 1946 que a Organização Mundial de Saúde define a saúde como um estado completo de bem-estar físico, mental e social, não sendo apenas a ausência de doença (WHO, 2022). Tendo por base esta definição, as crianças hospitalizadas apresentam o seu bem-estar físico e psicossocial comprometido, relacionado com a realização de procedimentos dolorosos, com o afastamento do ambiente de casa, tornando-se primordial gerirmos a dor e o bem-estar da criança/jovem de forma diferenciada, atuando de acordo com o modelo conceptual de cuidados dos EESIP que tem na sua base a necessidade de preservação, em qualquer situação, da segurança e bem-estar da criança e família (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A gestão da dor das crianças é de especial importância, e um dever dos profissionais de saúde, nomeadamente do EESIP, uma vez para além de ser considerada como quinto sinal vital desde 2003 em Portugal, representa um direito das crianças que está consagrado na Carta da Criança Hospitalizada e que obriga a que o seu tratamento seja implementado de forma adequada, e que a sua avaliação seja sistemática (Instituto de Apoio à Criança, 2008; Direção-Geral da Saúde, 2003).

A Associação Internacional para o Estudo da Dor, define a dor como "*Uma experiência sensorial e emocional desagradável associada, ou semelhante a uma lesão real ou potencial dos tecidos*" (Raja et al., 2020, p. 1777).

Em qualquer idade, a dor que não é tratada pode ter consequências que se prolongam no tempo, pelo que o sucesso da gestão da dor depende da correta avaliação e reavaliação das intervenções implementadas de forma sistemática. De salientar ainda, o impacto negativo que a dor representa para o bem-estar físico e psicossocial das crianças e dos jovens. A gestão adequada da dor, é considerada a nível internacional, pelas entidades acreditadoras, como representando padrão de qualidade dos serviços de saúde, implicando a implementação de programas de melhoria contínua da avaliação da dor nas crianças (Direção-Geral da Saúde, 2010).

Garantir a gestão da dor através de medidas farmacológicas de combate à mesma durante a hospitalização da criança é de extrema importância pois a prevalência de dor

aguda é muito elevada neste contexto, e está relacionada com necessidade de realização de procedimentos invasivos, como a punção venosa para colocação de cateter venoso periférico, e com a própria doença (Tavares, 2020).

Durante o estágio na comunidade verificamos que a dor aguda na criança se relaciona principalmente com a realização do rastreio neonatal através da punção capilar do calcanhar e com a administração das vacinas, pelo que uma vez que não existia sacarose a 24% para os lactentes, recorremos à amamentação e à contenção do recém-nascido e também à sucção não-nutritiva como estratégia não-farmacológica. Não dispendo a USF de estratégias farmacológicas para a gestão da dor durante a vacinação, utilizamos a distração nas crianças pré-escolares e escolares, assim como vacinamos as crianças no conforto do colo dos pais.

Existem três métodos principais de avaliação da dor nas crianças/jovens: o autorrelato; a heteroavaliação e os métodos fisiológicos, sendo que a maioria deles é unidimensional. As escalas de avaliação da dor são instrumentos que permitem avaliar a dor através das respostas comportamentais, fisiológicas ou ambas, e devem ser adaptadas às idades e situações clínicas das crianças (Direção-Geral da Saúde, 2010; Fernandes, 2020).

No internamento pediátrico, avaliamos a dor da criança privilegiando o autorrelato permitindo que a criança falasse sobre a sua dor, ao invés da heteroavaliação, onde a dor é avaliada pelos enfermeiros, e utilizamos as escalas para avaliar a dor de acordo com o desenvolvimento infantil das crianças. No caso dos recém-nascidos, das crianças pré-verbais e das crianças que não conseguem verbalizar e avaliar a sua dor, recorremos a escalas de heteroavaliação, sendo a dor calculada através do somatório da pontuação atribuída aos vários critérios observados. São exemplos dessas escalas a EDIN, a FLACC e a FLACC-R. Para as crianças/jovens conscientes e orientadas, dos quatro aos seis anos, usamos escalas de autoavaliação de acordo com o seu desenvolvimento, a Escala de faces de Wong-Baker, a Escala Visual Analógica e a escala Numérica (Direção-Geral da Saúde, 2010; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

A decisão pela terapêutica analgésica a utilizar teve em conta o tipo de dor, a intensidade e a condição clínica da criança/jovem, e uma avaliação sistemática da sua eficácia após a administração. Os fármacos mais utilizados no internamento para controlo da dor no internamento foram o paracetamol, e a aplicação de EMLA - Eutectic Mixture of Local Anesthetics, em pensos ou pomada, respeitando o seu tempo de atuação para que fosse eficaz (Shahid et al., 2019).

Para garantirmos uma eficaz gestão da dor, no caso de crianças com acessos venosos difíceis, para além da implementação de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas, procedemos ao espaçamento entre as punções venosas e recorremos ao visualizador de veias, e priorizamos a realização da técnica ao enfermeiro com mais experiência. Desta forma reduzimos o número de punções venosas e minimizamos o impacto negativo da hospitalização na criança e na família (Lininger, 2003; Naik, 2019).

Constatamos que a combinação das estratégias não-farmacológicas com as estratégias farmacológicas de controlo da dor devem ser utilizadas. Algumas das medidas não farmacológicas modificam o significado da dor apresentando-se eficazes em situação de dor ligeira, nos procedimentos dolorosos, e também como complemento das medidas farmacológicas no caso da dor mais intensa como nas situações pós-cirúrgicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A aplicação de conhecimentos e habilidades em estratégias não-farmacológicas para o alívio da dor é também uma competência do EESIP, uma vez que este deve ser capaz de selecionar a medida não farmacológica mais adequada para alívio da dor tendo em conta o desenvolvimento cognitivo da criança, as suas preferências, o contexto envolvente e a situação específica (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Diário da República, 2018a).

Nos recém-nascidos existe uma grande variedade de intervenções não farmacológicas que atenuam as respostas comportamentais à dor provocada pelo procedimento. Desta forma, ao longo dos estágios utilizamos estratégias não farmacológicas como: a sucção não-nutritiva e a sacarose a 24%, a contenção e a amamentação durante os procedimentos dolorosos, promovendo a diminuição da memória de experiências dolorosas anteriores nestas crianças (Queirós et al., 2023). No estágio da comunidade como não existia sacarose a 24%, utilizamos a sucção não-nutritiva, a contenção e a amamentação para realização do rastreio neonatal. Nos lactentes, durante a vacinação, para além das estratégias descritas anteriormente, também recorremos à distração através de um brinquedo que despertasse a atenção da criança. (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A realização de procedimentos invasivos, como a cirurgia, a punção venosa e a vacinação, provocam na criança sentimentos de ansiedade e medo relacionados com a realização destes procedimentos, o que justifica ser fundamental a implementação de estratégias que permitam diminuir esses sentimentos. Para tal, explicamos o procedimento a ser realizado e concedemos o tempo necessário para que fosse

interiorizado e aceite pelas crianças e pelos jovens e adaptamos a comunicação ao estadió de desenvolvimento da criança. Nas crianças pré-escolares e escolares, demonstramos os procedimentos através do brincar, uma vez que o brincar em ambiente hospitalar traz lembranças boas e aproxima a criança da sua realidade que é brincar, facilitando a aceitação dos procedimentos e das rotinas para a recuperação da saúde, causando o mínimo de *stress* possível (Silva dos Santos et al., 2017).

Baseado nos direitos da Carta da Criança Hospitalizada, a criança só deve ser internada quando não seja possível realizar o tratamento em casa ou em regime de ambulatório. Deste modo tem havido um esforço acrescido para evitar as hospitalizações desnecessárias das crianças pelo impacto negativo que causa no seu desenvolvimento. Este facto, levou à procura de soluções assistenciais por parte das instituições de saúde como a realização de cirurgias em regime de ambulatório, permitindo que a criança regresse a casa no mesmo dia da admissão. Estas políticas permitem diminuir os gastos com as hospitalizações, e mais importante do que isso, permitem diminuir o trauma das crianças associado ao internamento (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Foi-nos possível acompanhar as crianças/famílias no contexto da cirurgia de ambulatório, onde se revela de extrema importância a função do EESIP na preparação pré-operatória imediata, uma vez que não existem programas de preparação pré-operatória implementados na instituição. Procedemos ao esclarecimento de dúvidas para reduzir reações que são previsíveis nas crianças, como ansiedade e medo da lesão corporal e do desconhecido, e também a dor relacionada com experiências anteriores (Fernandes, 2020). Neste contexto de estágio também recorreremos à brincadeira pois tem demonstrado benefícios na redução da ansiedade durante o processo de hospitalização, na redução da dor, na melhoria da relação com os profissionais de saúde, na melhoria do comportamento e da atitude da criança perante a doença e os procedimentos, e no alívio de sentimentos de medo, ansiedade e insegurança (Godino-Iáñez et al., 2020).

Para além da brincadeira, os pais foram encorajados a permanecer junto da criança, e a acompanhá-la pois é reconhecido o seu importante e fulcral papel no apoio afetivo, no sentimento de segurança e na forma como a criança lida com os tratamentos médicos e cirúrgicos, promovendo-se um ambiente seguro para a criança e diminuindo a sua ansiedade (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Do mesmo modo, incentivamos os pais a participarem nos procedimentos dolorosos, com o objetivo de aumentarem o conforto e diminuir a dor das crianças através dos seus estímulos sensoriais tácteis, promovendo a organização comportamental,

nomeadamente pegarem ao colo durante a vacinação aos cinco anos de idade, e abraçarem a criança durante procedimentos dolorosos como a punção venosa (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

Para além de utilizarmos as estratégias farmacológicas disponíveis, implementamos estratégias não farmacológicas como o humor ou o diálogo com as crianças e os adolescentes sobre acontecimentos positivos para eles, e recorremos à distração e intervenções respiratórias, como “respirar fundo”, uma vez que existe evidência científica que apoia eficácia da utilização destas intervenções na prática clínica como forma de reduzir a dor e/ou a ansiedade das crianças relacionadas com a punção com agulhas (Ordem dos Enfermeiros, 2013; Birnie et al., 2018).

Como o objetivo de melhorar a qualidade na prática clínica associada à diminuição do medo e da ansiedade associada à hospitalização, desenvolvemos um póster alusivo a estratégias não farmacológicas de diminuição de ansiedade no pré-operatório e criamos uma “caixa de desejos” onde as crianças e os pais podem expressar-se através de palavras, ou desenhos sobre os desejos para o seu internamento. Estas estratégias ainda não se encontram implementadas no internamento, uma vez que a sala de receção das crianças está em fase de finalização (Apêndice 1).

Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados.

As doenças raras, podem ser consideradas todas as doenças crónicas, graves e degenerativas, e que colocam em risco a vida dos doentes, apresentando uma prevalência inferior a cinco casos por cada 10000 pessoas. Em Portugal, existem instituições dedicadas ao apoio das crianças e das famílias que vivem com doença rara, como a Aliança Portuguesa de Associações de Doenças Raras e a Associação Raríssimas (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De acordo com o Despacho n.º 4319/2013 de 25 de março, os Centros de Referência são unidades prestadoras de cuidados de saúde com o mais elevado expoente de competência, e que proporcionam cuidados de saúde de elevada qualidade em situações clínicas onde se exige uma concentração de recursos técnicos e tecnológicos altamente diferenciados (Diário da República, 2013).

A instituição hospitalar onde exercemos estágio de internamento pediátrico é reconhecida pelo Ministério da Saúde como Centro de Referência Nacional em 16 áreas de intervenção prioritária nomeadamente: doenças hereditárias do metabolismo,

coagulopatias congénitas e fibrose quística, pelo que o contacto com crianças e famílias com necessidades especiais de saúde foi uma realidade.

Como futura EESIP é necessário que conheçamos as especificidades de algumas destas doenças com o objetivo de identificarmos os primeiros sinais, e assim, em conjunto com outros elementos da equipa multidisciplinar, iniciar precocemente o tratamento de forma a minimizar o impacto no neurodesenvolvimento, pois uma grande parte destas doenças podem causar atraso cognitivo e motor, e no crescimento (Lin et al., 2020). O EESIP deve incentivar a realização de atividades promotoras de desenvolvimento em cada faixa etária e elogiar as grandes conquistas da criança na aquisição de competências (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Desta forma, tornou-se de especial importância utilizarmos estratégias promotoras de esperança realista nos pais de crianças que se defrontam com o diagnóstico de uma doença rara e ou crónica consoante previsto no Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2018a).

A Esperança é definida como uma força de vida dinâmica e orientada para o futuro, caracterizada por uma expectativa de atingir um objetivo positivo, que para a pessoa seja realisticamente possível e significativo de atingir. Promover a esperança começa a ganhar terreno como uma intervenção na prestação de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde e nas suas famílias, sendo referida como uma das necessidades dos pais perante as adversidades que enfrentam e como um recurso interno fortalecedor, que associado à aceitação do diagnóstico, se assume como essencial no processo de adaptação à doença (Dufault & Martocchio, 1985; Cutcliffe & Grant, 2001).

A esperança é influenciada por diversos fatores como a resposta da criança ao tratamento e o suporte psicossocial da família. Podem identificar-se estratégias promotoras de esperança nos pais como: a consciência positiva sobre a doença e tratamentos; o suporte social adequado à família; o recurso à espiritualidade; o ganho de experiência e domínio em relação aos tratamentos do filho, e o foco nos fatores positivos do presente (Maravilha et al., 2021). De acordo com as mesmas autoras existem barreiras/fatores de ameaça à esperança como: a consciência negativa sobre a situação atual dos filhos em relação ao estado de saúde e tratamentos; a sobrecarga de informação; o cansaço físico e emocional dos pais, e os pensamentos negativos das pessoas que os rodeiam.

Tendo em conta a diversidade das patologias pediátricas encontradas durante o estágio de internamento pediátrico, prestamos cuidados a crianças/jovens com

necessidades especiais de saúde e promovemos a esperança realista nos pais, através do uso da escuta ativa permitindo a expressão de sentimentos e de dúvidas, ao mesmo tempo que desmitificamos crenças erróneas relacionadas com o diagnóstico, como por exemplo os pais verbalizarem que a criança por apresentar alimentação parentérica, não poderia frequentar a escola. Apoiamos o recurso à espiritualidade pois muitos pais pediam para colocar objetos religiosos que lhes são significativos na cabeceira da cama do filho, e assim otimizamos as crenças religiosas das famílias (Ordem dos Enfermeiros, 2011a).

Uma forma de promovemos a esperança realista nos pais foi ajudá-los a definir objetivos concretos e atingíveis a curto prazo, e que pudessem ser indicadores de melhoria da condição da criança, e que os pais pudessem facilmente identificar. São exemplos destes objetivos: a diminuição da produção de expetoração na criança com reflexo de tosse diminuído e que necessitam recorrer dispositivos para ajudar a mobilizar a expetoração como o “Cough Assist”, a valorização do início da alimentação oral, ou o aumento ponderal em crianças com dificuldade na evolução ponderal. Nas crianças portadoras de ostomias de eliminação reforçamos a funcionalidade do estoma, e nas crianças com epilepsia mal controlada, referimos a resposta positiva da criança à introdução de novo fármaco para diminuição das convulsões. Apoiamos os pais a “viver um dia de cada vez”, focando-se no presente e a lidar com os desafios, valorizando todas as conquistas da criança e da família como positivas. Incentivamos a participação dos pais no cuidado ao seu filho para que estes se sentissem úteis e importantes, e sugerimos que partilhassem as suas experiências e sentimentos com outros pais que passaram por situações semelhantes (Ordem dos Enfermeiros, 2011a; Maravilha et al., 2021).

Os pais das crianças com doença crónica complexa, nomeadamente os dependentes de ventilação não-invasiva, foram informados sobre a necessidade de recorrer a instituições de saúde em situações de destabilização do quadro clínico, evitando-se assim colocar em risco a vida da criança.

Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade

A doença crónica, pode ser definida como uma doença de longa duração, com resultados de incapacidade ou défices a médio e a longo prazo, expressos em maior ou menor necessidades em cuidados de saúde (WHO, 2024).

O diagnóstico de uma doença crónica ou incapacitante na criança, implica desafios para a criança e para a família inerentes às necessidades em saúde. Com vista à promoção

da autonomia da criança e da família é importante estabelecer-se uma efetiva parceria entre a criança, a família e a equipa de saúde (Charepe, 2020).

No internamento pediátrico pudemos contactar com uma adolescente a quem foi diagnosticada Doença de Crohn, e houve necessidade de implementarmos intervenções promotoras para a adaptação à nova condição de saúde e adesão ao regime terapêutico. Recorremos à transmissão de informação sobre aspetos específicos da doença, dos sintomas e do tratamento. Ensinamos sobre o controlo dos sintomas e instituição de uma dieta específica que previna a inflamação intestinal. A compreensão por parte da adolescente dos efeitos da doença crónica nos contextos, permitirá a maximização da sua participação social o que contribui para um desenvolvimento saudável (Santos et al., 2016). Ao mesmo tempo fornecemos apoio emocional, através da criação de uma relação terapêutica, o que permitiu à adolescente expressar os seus sentimentos e emoções, e recomendamos que se informasse junto das associações que apoiam pessoas com esta doença.

Em situações cuja doença da criança era ameaçadora de vida, ou limitante de vida, como crianças com cardiopatia congénita complexa e com sequelas decorrentes de encefalopatia hipóxico-isquémica grave, os pais foram informados e esclarecidos sobre a existência de uma equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos – pediátricos que fornece suporte à criança e sua família na prestação de cuidados, melhoria da qualidade de vida da criança, no apoio no fim-de-vida e no luto. Durante o estágio de internamento tivemos a oportunidade conhecer a equipa intra-hospitalar de cuidados paliativos pediátricos daquela instituição de saúde, da qual faziam parte duas EESIP. Ao acompanhar a EESIP, observamos o planeamento de consultas e agendamento de análises e exames, assim como assistimos a consulta de enfermagem de cuidados paliativos pediátricos no internamento, onde se pretendia gerir sintomas e dor, e também avaliar a exaustão do cuidador (Together for Short Lives, 2018). Participamos numa consulta multidisciplinar de cuidados paliativos pediátricos a um lactente com o diagnóstico de epilepsia decorrente de encefalopatia hipóxico-isquémica ao nascimento, onde nos foi possível observar a dinâmica familiar, a ligação pais-criança e avaliar a exaustão dos cuidadores através de um diálogo aberto entre enfermeira e os pais sobre as suas necessidades no que respeita a apoios económicos e bem-estar físico, emocional e social. Foi-nos explicada a dinâmica das conferências familiares, e também nos foi possível assistir às respostas aos pedidos feitos por esta equipa para a Rede Nacional de Cuidados

Continuados Integrados, quer seja para apoio no domicílio, quer seja para internamento na Unidade de Cuidados Paliativos Pediátricos, o Castelo.

A frequência na aula de Seminário sobre cuidados paliativos pediátricos, o contacto com crianças no internamento pediátrico com necessidade de cuidados paliativos, e o desconhecimento sobre a dinâmica e os cuidados prestados por uma equipa de cuidados paliativos pediátricos no contexto de uma neonatologia de nível III, levou à necessidade de aprofundarmos conhecimentos nesta área de assistência e de percebermos a sua real aplicabilidade no nosso contexto de prática profissional. Assim, frequentamos um curso básico de cuidados paliativos pediátricos para melhorar e aprofundar competências nesta área (Anexo 4). A frequência deste curso mostrou que uma percentagem considerável da assistência da equipa de cuidados paliativos pediátricos é a crianças com sequelas da prematuridade, ou de doenças congénitas, conforme no plano estratégico para os cuidados paliativos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Os avanços tecnológicos e científicos proporcionaram a sobrevivência de crianças com doenças congénitas e com doença crónica complexa, limitadora ou ameaçadora de vida, o que exige um reforço dos cuidados continuados integrados no sentido de promover a melhor qualidade de vida possível à criança/família por equipas multidisciplinares de cuidados paliativos pediátricos (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023). Estes cuidados devem englobar uma abordagem ativa e total, desde o momento do diagnóstico ou reconhecimento, durante a vida e a morte da criança, devendo ser iniciados precocemente, e incluem a otimização do controlo de sintomas, promoção de períodos de descanso do cuidador e acompanhamento na morte e no luto (Together for Short Lives, 2018).

A referenciação das crianças com doenças limitantes ou ameaçadoras de vida para as equipas de cuidados paliativos deve obedecer a critérios, no entanto, as recomendações apenas devem constituir linhas orientadoras, não se destinando a substituir a avaliação dos profissionais responsáveis por cada equipa (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Durante o estágio de internamento pediátrico, verificamos que a referenciação das crianças para as equipas de suporte de cuidados paliativos pediátricos provinha maioritariamente da consulta de pediatria/especialidades médicas e do internamento médico e cirúrgico. Naquela altura de estágio, prestava cuidados a 80 crianças e famílias com necessidades de cuidados paliativos.

A equipa intra-hospitalar de suporte em cuidados paliativos – pediátricos é constituída por médicos, enfermeiros, psicólogo, assistente social e pedopsiquiatra, atuando em vários contextos como: consulta externa de cuidados paliativos pediátricos três vezes por mês, consulta de cuidados paliativos pediátricos durante o internamento, consulta domiciliária de cuidados paliativos pediátricos e consulta multidisciplinar de luto pediátrico (habitualmente um mês após ocorrer a morte da criança). Tem como principais funções trabalhar em equipa com todos os profissionais envolvidos no cuidado à criança, coordenar o suporte alargado em articulação com a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), promover o bem-estar físico, psicológico, social e espiritual da criança e da família, procurando assegurar os períodos de descanso do cuidador e disponibilizar acompanhamento durante o processo de doença, incluindo cuidados em fim-de-vida. São exemplos de crianças acompanhadas pela equipa de cuidados paliativos pediátricos, crianças com paralisia cerebral grave, com sequelas neurológicas graves de lesões do sistema nervoso central, síndrome polimalformativo com elevada dependência de cuidados e/ou dispositivos, doenças metabólicas graves, distrofia miotónica congénita, atrofia muscular espinhal, síndrome do intestino curto, cardiopatia congénita complexa (Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, 2023).

Ainda referente a prestação de cuidados a criança com doença crónica pudemos acompanhar crianças com doença renal crónica avançada na realização de hemodiálise em regime de ambulatório. A hemodiálise é uma alternativa indispensável para o tratamento da doença renal crónica avançada em crianças, e embora o transplante renal seja a única alternativa que reabilita totalmente a criança com doença renal terminal, apenas em 30% dos doentes é a primeira opção de tratamento (Melgar & López-Viota, 2022). Durante a hemodiálise pudemos estabelecer com a criança uma relação de empatia, recorrendo ao brincar como estratégia de comunicação com a criança.

Os enfermeiros que integram a equipa da hemodiálise pediátrica dão apoio 24 horas por dia às crianças internadas nos outros serviços da instituição que necessitam de realizar modalidades substitutivas renais em fase aguda. Tivemos a oportunidade de observar a montagem do circuito e o funcionamento de um equipamento que permite a realização de hemodiálise desde os 2,5 a 10 quilogramas (Carney, 2014).

1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

De acordo com o Regulamento de Competências do EESIP, o seu alvo de atuação e intervenção compreende uma fase crucial do ciclo vital, desde o nascimento até aos 18 anos de idade, no entanto, nos casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, a sua intervenção pode ultrapassar a idade dos 18 anos, e até mesmo os 21 anos, prolongando-se até aos 25 anos, altura em que a transição para a vida adulta seja apropriada e conseguida com sucesso (Diário da República, 2018a).

Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil

Uma das funções primordiais do EESIP é avaliar adequadamente o crescimento e o desenvolvimento infantil com o objetivo de identificar precocemente as perturbações psicomotoras e do crescimento para que se possam encaminhar essas crianças para profissionais especializados. Para tal, é necessário que o EESIP demonstre conhecimentos respeitantes ao crescimento e o desenvolvimento das crianças.

Neste sentido, orientamos a nossa prática com base no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) constante na Norma nº 010/2013, e usamos testes estandardizados como a Escala de Mary Sheridan modificada, para avaliar o desenvolvimento psicomotor das crianças, pois uma avaliação clínica isolada deteta 30% menos de crianças com problemas de desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2013).

A Escala de Mary Sheridan Modificada avalia parâmetros como a Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição, Linguagem, Comportamento e Adaptação Social dos zero aos cinco anos de idade (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Com o objetivo de avaliar o desenvolvimento infantil e detetar precocemente perda de peso ou obesidade, foi-nos possível ao longo dos estágios recolher dados antropométricos como: peso, comprimento ou estatura e perímetro cefálico. Utilizamos como referência as curvas de crescimento da Organização Mundial da Saúde (OMS), para monitorizar o estado de nutrição e o crescimento das crianças e adolescentes. Um crescimento adequado está frequentemente associado a bem-estar psicológico e social apresentando impacto direto na saúde da população (Direção-Geral da Saúde, 2013).

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo e o aparecimento das diferentes funções é constante, no entanto, a velocidade de passagem de um estágio a outro, é variável de criança para criança (Souza e Veríssimo, 2015). As escalas para avaliar o desenvolvimento, orientam-se por marcos ou indicadores de

desenvolvimento, que são as habilidades e ações que parte considerável das crianças devem realizar em determinada faixa etária, no entanto, não deverão constituir-se como instrumento isolado para avaliação do desenvolvimento da criança, uma vez que o desenvolvimento é influenciado também por fatores socioeconômicos, ambientais e familiares e está também dependente colaboração da criança na aplicação do instrumento (Cruz et al., 2022).

Ao longo do estágio na comunidade participamos na realização de consulta de saúde infantil e juvenil nas idades-chave de acordo com o Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, onde foi possível abordarmos as preocupações dos pais/criança no que diz respeito à saúde, questionar sobre as intercorrências desde a consulta anterior, como sejam o aparecimento de doenças entre as consultas, frequência de consultas de especialidade, nomeadamente no caso de uma criança com perímetro cefálico aumentado, sugestivo de hidrocefalia, que foi encaminhada para a consulta de neurocirurgia. Também questionámos sobre a frequência e adaptação da criança ao meio escolar, assim como hábitos alimentares, a prática de atividades desportivas e ocupação de tempos livres. Verificamos o cumprimento do calendário vacinal de acordo com o programa nacional de vacinação e realizamos os respetivos cuidados antecipatórios, nomeadamente na colocação de gelo e administração de analgésico no caso de a criança apresentar febre e dor no local da administração da vacina (Das et al., 2020; Zaplatnikov et al., 2023). Ao observarmos as crianças e os pais nas consultas, avaliamos a dinâmica familiar e a rede de suporte sociofamiliar, a vinculação, a ligação mãe/pai-filho e estado emocional da mãe no primeiro ano de vida, orientações que constam no PNSIJ (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Uma das maiores preocupações referidas pelos pais durante a consulta de saúde infantil e juvenil relacionava-se com a introdução de novos alimentos. Nesse sentido, ensinamos aos pais que para a introdução de novos alimentos, as crianças devem adquirir competências, denominadas “janelas de treino motor”, que permitem que haja segurança e sucesso na diversificação alimentar, como por exemplo: a perda do reflexo de “extrusão lingual” após o quarto/quinto mês de vida, indicando que a criança se encontra apta para ser alimentada à colher, e a capacidade da criança ficar sentada, apresentando controlo axial, competência que deve ser adquirida pelo quinto/sexto mês de vida, indicando que é seguro oferecer alimentos à colher (Direção-Geral da Saúde, 2019a). Nas crianças amamentadas exclusivamente, os pais foram esclarecidos sobre o facto de novos alimentos serem apenas introduzidos a partir dos seis meses de idade (WHO, 2022).

Para além dos aspetos referidos anteriormente, foi-nos possível, para além da aplicação dos testes de desenvolvimento psicomotor, estarmos despertados aos sinais de alarme no que respeita ao desenvolvimento na criança como por exemplo: ausência de controlo da cabeça ao mês de idade, não sorrir aos três meses, desinteresse pelo ambiente em redor aos seis meses, indicadores de possível atraso do desenvolvimento infantil, os quais não foram identificados ao longo dos estágios (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No internamento pediátrico, a escala de Mary Sheridan modificada encontra-se parametrizada no sistema informático, no entanto a aplicação nas crianças das várias faixas etárias por vezes não era possível, devido à inexistência de material para realizar a correta avaliação, e também devido ao facto de o sistema apenas permitir avaliar a etapa seguinte. Damos um exemplo de uma criança de quatro meses, o qual apenas era possível avaliar o desenvolvimento aos seis meses, o que tornaria a aplicação da escala desadequada. Este aspeto foi reportado ao apoio informático da instituição pelos enfermeiros do internamento, como uma falha do sistema, e aguarda resolução. No entanto, no caso de existir suspeita de atraso de desenvolvimento psicomotor em alguma criança, a escala era aplicada com o objetivo de identificar perturbações do desenvolvimento e posterior referenciação à equipa especializada, como aconteceu com uma criança de três anos que apresentava sinais de alarme como: não pronunciar palavras inteligíveis e não estabelecia contacto com a equipa de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Com o objetivo de identificar crianças com perturbação do espectro do autismo (PEA), e a sua correta e atempada referenciação para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, aplicamos a Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) entre os 16 e os 30 meses conforme descrito no PNSIJ, e não encontramos crianças com necessidade de referenciação (Direção-Geral da Saúde, 2013). Uma necessidade identificada pela EESIP da USF foi realizar uma formação sobre a temática da PEA, tendo em conta a tendência crescente de prevalência PEA nas crianças, pelo que por iniciativa da mesma, foi convidada uma pediatra especializada em neurodesenvolvimento para realizar a formação aos profissionais daquela USF. O objetivo foi transmitir conhecimentos sobre esta patologia, e sensibilizar a equipa de saúde para a correta referenciação e encaminhamento atempado para o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, no caso de existirem sinais de alarme conforme referido na Norma n.º 002/2019 (Direção-Geral da Saúde, 2019b).

Ainda no contexto da comunidade com o objetivo de avaliar o desenvolvimento infantil, tivemos a possibilidade de realizar visitação domiciliária a um recém-nascido com 10 dias de vida, onde para além de avaliarmos o crescimento através da monitoriza o do peso, observamos a dinâmica familiar, e tivemos oportunidade de realizar educa o para a saúde relacionada com o aleitamento artificial, elimina o intestinal. E porque este recém-nascido apresentava uma irmã na pré-escola, ensinamos também sobre a necessidade de prevenir infe oes, nomeadamente as respiratórias. A visita o domiciliária de enfermagem realizada no pós-parto tem mostrado benefícios duradouros no bem-estar das crianças e das famílias, incluindo taxas reduzidas de investiga oes relacionadas com maus-tratos infantis e na utiliza o de cuidados de saúde de emergência (Rosenberg. 2021).

Ao longo dos estágios realizamos cuidados antecipatórios de acordo com a idade de cada criança, orientando-nos pelo PNSIJ. A capacita o dos pais como os primeiros prestadores de cuidados   fundamental para o desenvolvimento do exercício da parentalidade, no sentido de proporcionarem um desenvolvimento infantil adequado aos seus filhos (Dire o-Geral da Saúde, 2013).

Promove a vincula o de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais

A Teoria da Vincula o defende que todos nascemos munidos de um sistema que nos permite procurar a proximidade de uma figura que nos forneça prote o e segurança, a partir da qual nos   possível explorar o meio e desenvolvermo-nos enquanto pessoas. A vincula o corresponde a uma necessidade primária e vital como a água, o sono ou alimenta o, pelo que os beb s que se sentem protegidos tem mais hipóteses de se tornarem adultos seguros de si. A vincula o precoce   fundamental para o desenvolvimento socio-emocional no futuro e pode ser definida como liga o entre a criança e a m e e/ou o pai; forma o de laços afetivos (Ainsworth et al., 2015; ICN, 2019).

Ao longo dos vários estágios verificamos que as crianças apresentavam comportamentos de vincula o segura, procurando a proximidade e mantendo do contacto com os pais/figuras de vincula o, acalmavam-se na presença destes e sossegavam após encontro com os mesmos. Quando existe procura de segurança por parte da criança, e conforto na rela o com o cuidador, existe vincula o das crianças aos pais, sendo este o critério que permite distinguir a liga o parental da vincula o (Ainsworth et al., 2015). O tipo de vincula o criança-pais, pode ser avaliada de acordo com o

comportamento do bebé/criança face ao cuidador, e os comportamentos do próprio cuidador, e pode ser consultado no manual de orientação para profissionais de saúde - Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância (Direção-Geral da Saúde, 2006).

Tivemos oportunidade de encorajar, educar e capacitar os pais a envolverem-se com a criança no sentido de promover uma vinculação eficaz através da proximidade física, como o toque, o método de canguru, ou através da promoção da amamentação e da inclusão dos pais nos cuidados ao recém-nascido e à criança (Querido et al., 2022).

Segundo a Teoria das Transições de Meleis o enfermeiro é o agente facilitador do processo de transição, e o cuidado transicional, é o foco da sua atenção. A transição consiste em passar de um estado estável para outro e requer por parte de quem a experimenta, a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança na definição da identidade, considerando-se a parentalidade um tipo de transição desenvolvimental (Meleis, 2010).

A parentalidade também pode ser definida como a assunção da responsabilidade de ser mãe/pai, tomar conta, adquirir comportamentos que otimizem o crescimento e desenvolvimento das crianças e a interiorização pelos próprios, das expectativas dos indivíduos e da sociedade sobre os comportamentos de papel parental adequado ou inadequado, pelo que é responsabilidade do EESIP promover a vinculação, favorecendo o desenvolvimento da parentalidade (ICN, 2019).

No estágio da comunidade, como forma de facilitarmos uma eficaz transição para a parentalidade participamos no projeto de recuperação pós-parto que incluía sessões teóricas e práticas sobre massagem infantil e exercícios físicos adequados ao período do puerpério. No que se refere a programa de preparação para o parto e para a parentalidade, promovemos as competências para a vivência da gravidez, parto e transição para a parentalidade através de sessões que permitiam transmitir conhecimentos sobre cuidados de higiene ao recém-nascido, sono da criança, introdução de novos alimentos. O projeto de apoio à amamentação com o objetivo de promover o aleitamento materno e garantir o apoio adequado para o sucesso do mesmo era conseguido através da observação no local do recém-nascido durante a amamentação. Na UCC onde realizamos estágio, as sessões de massagem infantil eram lecionadas por um EESIP que apresentava o curso de massagem infantil da Associação Portuguesa de Massagem Infantil (Associação Portuguesa de Massagem Infantil, 2024).

As sessões de massagem infantil são um forte mecanismo de apoio aos pais na melhoria da relação estabelecida na díade pais-criança. As mães que aprendem a fazer massagem infantil mostram atitudes mais positivas em relação à maternidade, partilham com o pai e envolvem-no mais nos cuidados ao bebé, facto que ajuda a ajudar a conceber estratégias na capacitação do processo de se tornar mãe. (Vicente et al., 2017)

A massagem infantil pode ser um método importante no apoio à díade mãe-bebé, melhorando e facilitando a relação entre ambos, aumentando a proximidade, construindo uma relação saudável, equilibrada, de respeito mútuo e fortalecendo os laços. Os benefícios para a criança incluem: o alívio da dor, o tratamento adjuvante da obstipação; melhoria da qualidade do sono e do crescimento e desenvolvimento infantis. Também proporciona o aumento da interação com os cuidadores, promovendo uma sensação de conforto e potenciando a autorregulação segura da criança (Fabião et al., 2024).

O contacto íntimo proporcionado pela massagem aumenta a sensibilidade dos pais para identificar as pistas que o bebé apresenta na sua linguagem corporal de forma a serem capazes de dar respostas adequadas para satisfazerem as necessidades do bebé, sendo o EESIP facilitador deste processo de transição para a parentalidade.

A promoção da amamentação é outra competência do EESIP. A amamentação apresenta-se como uma forma de vinculação do recém-nascido com a sua mãe e é recomendada pela Organização Mundial de Saúde como alimentação exclusiva da criança durante os primeiros seis meses de vida (Ramos & Figueiredo, 2020; WHO, 2022).

Quando transmitimos informação sobre amamentação, informamos os pais sobre as vantagens para o recém-nascido e para a mãe, assim como evidenciamos que a amamentação se constitui como uma forma de vinculação através do contacto estreito pele a pele, toque frequente por parte da mãe, maior quantidade de tempo mãe-filho, assim como feedback sensorial direto através da estimulação do mamilo e das reações diretas aos sinais do bebé. Entre os benefícios para a saúde do recém-nascido, encontram-se o fortalecimento do sistema imunitário, proteção contra a morte súbita do lactente e prevenção de infeções precoces, doenças e obesidade (Linde et al., 2020).

Ao longo dos estágios houve situações onde não foi possível que as mães amantassem, nomeadamente situações relacionadas com a saúde materna. Nessas situações ensinamos as mães que os bebés que são alimentados com biberão não parecem mostrar restrições clinicamente relevantes no desenvolvimento da vinculação, pois esta também acontece através dos sentidos, sendo as mães ensinadas a tocar, a olhar e a falar

de forma calma e suave para o seu bebé durante a alimentação por biberão, pois ele reconhece a mãe pelo cheiro e pela voz (Linde et al., 2020; Silva et al., 2013).

Pudemos avaliar o desenvolvimento da parentalidade através da forma como os pais se envolvem nos cuidados e apresentam prazer no cuidado aos seus filhos, assim como o progresso na aquisição de conhecimentos e capacidades relacionadas com o processo saúde-doença, demonstrando iniciativa e autoconfiança para prestarem cuidados aos seus filhos. Verificamos que os pais tomaram as suas decisões baseadas na necessidade de trocar a fralda, alimentar o seu filho, pegar ao colo ou em confortá-lo durante a administração das vacinas. Durante a prestação de cuidados, os pais responderam às necessidades da criança de modo caloroso, sensível e estavam disponíveis física e emocionalmente, apresentando prazer na interação com a criança.

Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura

A hospitalização constitui-se como um tipo de situação de crise *major* na vida de uma criança, tanto pela rutura com os seus padrões normais de vida, como também devido à particularidade dos mecanismos de defesa de cada criança para lidar com situações de stress. A equipa de saúde tem a importante função de promover e desenvolver as competências sociais e de adaptação da criança/jovem e família para ultrapassar esta situação de crise de modo que esta vivencie experiências positivas. (Ordem dos Enfermeiros, 2011c; Sanders, 2014; Tavares, 2020).

Através da comunicação, processo dinâmico, complexo e permanente, os seres humanos emitem e recebem mensagens com o objetivo de compreenderem e serem compreendidos pelos outros. Ela é uma ferramenta essencial para a interação e para a sobrevivência dos seres humanos, tornando-se fundamental para os enfermeiros pela relação constante que estes estabelecem com as crianças e suas famílias, e também na relação com outros profissionais da equipa de saúde. Neste sentido, a comunicação terapêutica visa a utilização de estratégias e técnicas pelos profissionais de saúde com o objetivo de resolver problemas e melhorar o relacionamento interpessoal, facilitando a adaptação a uma determinada condição de saúde e contexto de vida (Sequeira, 2016). Na relação com a criança e com a família nos variados contextos de estágio, foi-nos possível a procura constante da empatia na construção de uma comunicação eficaz e devidamente adaptada à idade de cada criança/jovem no sentido de ser facilitadora da comunicação

expressiva de emoções, da tomada de decisão responsável e permitindo a negociação do contrato de saúde com o adolescente (Ordem dos Enfermeiros, 2011c).

Para comunicar eficazmente com a criança utilizamos estratégias adequadas à sua idade, ao seu estadió de desenvolvimento, situação de saúde/doença e contexto em que esta se encontra. A partir dos quatro/cinco anos de idade, a maioria das crianças apresenta um domínio ao nível da articulação das palavras, no entanto, ainda apresentam alguma dificuldade em verbalizar o que sentem, e ao brincarmos com a criança, permitiu-nos compreender a sua perceção da dor e dos procedimentos dolorosos, assim como a expressão das suas emoções como: a tristeza, a raiva e os medos de forma simbólica (Sequeira, 2016; Tavares, 2011).

Para a comunicação terapêutica com a criança utilizamos estratégias como: proporcionarmos ambiente acolhedor, recorrermos a brinquedos e jogos, e usamos estratégias interativas como desenhar, jogar e cantar com as crianças. Utilizamos linguagem simples e de fácil compreensão, e mantivemos o contacto visual com a criança, assim como tivemos o cuidado de nos colocarmos ao seu nível de altura. Informamos previamente as crianças e as famílias acerca dos procedimentos a serem realizados e criamos oportunidades para esclarecimento de dúvidas e identificação de focos de preocupação. Asseguramos sempre proteção da criança promovendo sempre a presença e a participação dos pais e respeitamos o seu espaço pessoal, consoante preconizado na Carta da Criança Hospitalizada (Instituto de Apoio à Criança, 2008).

Durante procedimentos técnicos, como a realização de hemodiálise em regime de ambulatório, conseguimos estabelecer uma relação de confiança e brincamos com as crianças. Ao brincarmos com a criança, através do desenho e pintura, demonstramos-lhe que os enfermeiros também estão presentes para sorrir e partilhar com ela as alegrias e conquistas, para além da necessidade de impor regras e infligir dor e mal-estar associados ao procedimento (Tavares, 2011).

No internamento contactámos com adolescente em processo de transplante renal que se encontrava ansiosa, uma vez que já tinha sido anteriormente proposta para realização de transplante, e que não aconteceu, devido à menor qualidade do órgão do dador. Assim, implementamos estratégias que permitissem reduzir os medos e ansiedades, através da comunicação empática, esclarecimento de dúvidas e expressão de emoções. Na entrevista ao adolescente usamos estratégias como proporcionar um ambiente acolhedor, respeitamos o seu espaço pessoal, asseguramos a confidencialidade

da consulta e valorizamos os aspetos conhecidos pelos adolescentes acerca da sua doença, e que permitem a adesão ao regime terapêutico (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Quando nos deparamos com crianças/jovens ou adolescentes impossibilitadas de comunicar verbalmente, seja por compromisso neurológico, ou pela gravidade da condição clínica, como crianças em fim-de-vida, foi primordial avaliarmos o seu nível de consciência e de incapacidade para comunicar, e desenvolvemos estratégias de comunicação alternativa para que a criança compreendesse a informação e que interagisse connosco. Foram adotadas estratégias de comunicação não-verbal, como o toque terapêutico, mantivemos o contacto visual para acompanhamento das expressões corporais da criança, a transmissão da informação foi dada de forma calma e simples, permitindo a leitura labial pela criança e a existência de pausas que permitissem à criança assimilar a informação e dar a sua resposta (Kenney et al., 2021; Montgomery et al., 2020; Das et al., 2021; Jeffers et al., 2022).

Após a análise crítico-reflexiva sobre esta unidade de competência, terminamos o relato e a análise sobre o processo de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista, e competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e passamos ao relato do processo de aquisição de competência de mestre.

2. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

Com o objetivo de avaliar o desempenho e o impacto das atividades e das instituições de Investigação e Desenvolvimento e de ensino superior em Portugal, numa perspetiva internacional e num contexto multidisciplinar, surge um conjunto de recomendações da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE) em Fevereiro de 2018, e que vão de encontro às orientações seguidas pelo Governo nos anos anteriores, designadamente no que respeita ao aumento da formação superior de âmbito profissionalizante. Para acolher estas recomendações houve necessidade de proceder à revisão do regime jurídico dos graus e diplomas de ensino superior que constam no Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (Diário da República, 2018b).

No supracitado Decreto-Lei, no seu Capítulo III – Artigo 15º, o grau de Mestre é reconhecido aquela pessoa que demonstre possuir conhecimentos e capacidade de compreensão, sustentada nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, e que os desenvolva e aprofunde através de uma base de desenvolvimento e ou aplicações originais, nomeadamente em contexto de investigação. Estas competências devem acompanhar o mestrando ao longo da sua vida, de um modo fundamentalmente focado e autónomo, uma vez que, inseridos nos contextos das equipas multidisciplinares devem ser capazes de resolver situações desafiadoras, comunicando as suas conclusões de forma clara e objetiva, e refletindo sobre as implicações e responsabilidades éticas (Diário da República, 2018b).

Ao longo do nosso percurso formativo que nos permitirá a obtenção do grau de Mestre, foi-nos possível adquirir e consolidar conhecimentos e competências específicas inerentes à enfermagem de saúde infantil e pediátrica através: da frequência nas unidades curriculares constantes no plano de estudos; da elaboração de trabalhos em grupo, que através da pesquisa autónoma, levou ao domínio das competências de investigação, nomeadamente a pesquisa em bases de dados credíveis e procura de fontes de evidência de elevada qualidade.

O Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, também prevê que a atribuição do grau de mestre seja sujeita a elaboração da dissertação ou do trabalho de projeto e a realização do estágio, e que a sua orientação fique a cargo de doutores ou especialistas de reconhecida experiência e competência profissional, assim como os membros do júri devem ser especialistas no domínio em que se insere a dissertação, o trabalho de projeto ou o relatório de estágio (Diário da República, 2018b).

Para consolidar esta competência de mestre realizamos uma revisão de *scoping* onde mapeamos quais as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida.

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao longo de anos de prática onde apoiamos os pais no fim-de-vida do seu filho, tornou-se pertinente saber quais são as intervenções que o enfermeiro pode implementar para promover a esperança nos pais com o objetivo de tornar esta situação dolorosa, numa experiência de morte digna e criadora de memórias positivas para o futuro.

Neste sentido, enquanto nossos parceiros de cuidados, e tendo em conta a abordagem do EESIP ao binómio criança/pais, os pais devem ser envolvidos na elaboração de um plano integrado de cuidados com vista à sua capacitação, facilitando a transição para a parentalidade, e também com vista à adaptação a uma situação de fim-de-vida, numa lógica de cuidados antecipatórios (Diário da República, 2018a).

A prática baseada na evidência é um terreno em expansão na disciplina de Enfermagem. Diferentes formas de evidência e diferentes objetivos e questões de investigação, levaram ao desenvolvimento de novas abordagens para sintetizar a evidência científica de forma mais eficaz e rigorosa. De acordo com Ehrich et al., (2002) e Anderson et al., (2008), as revisões de *scoping* são um tipo de revisão sistemática, onde a síntese de conhecimentos é conduzida de forma rigorosa, transparente e fiável, respeitando uma metodologia para a sua realização e comunicação de resultados. (Peters et al., 2020).

Segundo Arksey e O'Malley (2005), as revisões de *scoping* podem ser utilizadas para mapear os conceitos-chave que sustentam um campo de investigação, assim como clarificar definições de trabalho e/ou os limites conceptuais de um tópico (Peters et al., 2020).

Após uma primeira pesquisa sobre a evidencia científica no que respeita a promoção de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, não encontramos nenhuma revisão em curso sobre esse tema. Foi então primordial realizar uma revisão de *scoping* para mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, uma vez que a esperança é encarada pelos pais como um mecanismo fortalecedor perante as adversidades que enfrentam. A revisão de *scoping* será seguidamente apresentada em formato de artigo científico.

2.2. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE ESPERANÇA NOS PAIS DE RECÉM-NASCIDOS EM FIM-DE-VIDA: UMA SCOPING REVIEW

Ana Canelas¹; Catarina Simões²; Goreti Marques²

1. Mestranda na Escola Superior de Saúde de Santa Maria

2. Docente na Escola Superior de Saúde de Santa Maria

RESUMO

Introdução: Enquanto parceiros de cuidados, os pais devem ser envolvidos na elaboração de um plano integrado de cuidados com vista à sua capacitação, facilitando a transição para a parentalidade, mas também com vista à adaptação a uma situação de fim-de-vida, numa lógica de cuidados antecipatórios. Este plano deve integrar intervenções promotoras de esperança.

Objetivo: O objetivo desta scoping review é mapear a evidência científica sobre as intervenções de enfermagem promotoras de Esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida.

Critérios de inclusão: População (P): pais de recém-nascidos em fim-de-vida. Conceito (C): todas as intervenções de enfermagem promotoras de Esperança. Contexto (C): todos os contextos, intra e extra-hospitalares.

Metodologia: Foi realizada uma revisão de *scoping*, seguindo a metodologia proposta pelo Joanna Briggs Institute. O protocolo de revisão foi registado no Open Science Framework com o número: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3NEFH>. A pesquisa incluiu todas as fontes de dados publicados acessíveis e pertinentes para a temática, e também bases de dados de literatura cinzenta, sem limite temporal. As bases de dados de estudos publicados incluídas na pesquisa foram: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials. A fonte de estudos não publicados foi o RCCAP. A investigação foi conduzida por três revisores independentes.

Resultados: Foram incluídos nesta revisão cinco artigos de âmbito qualitativo, e a literatura encontrada é dispersa em termos temporais.

Conclusão: Mantém-se a necessidade de mais evidência científica sobre a importância das intervenções promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, na área da enfermagem de pediatria, e especificamente na neonatologia.

Palavras-chave: Enfermagem pediátrica, Esperança, Fim-de-vida, Recém-nascido, Pais.

INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos conseguidos nas últimas décadas tiveram um impacto direto na evolução dos cuidados neonatais, permitindo a sobrevivência de recém-nascidos gravemente doentes ou extremamente prematuros. Contudo, um número significativo de recém-nascidos admitidos na unidade de cuidados intensivos neonatais em estado crítico enfrenta um prognóstico desfavorável justificando um reajuste dos objetivos de cuidados, com limitação ou suspensão do tratamento que suporta a vida. (Parravicini, 2017).

O Relatório de 2023 sobre Níveis e Tendências da Mortalidade Infantil, revelou que 2,3 milhões de crianças morrem anualmente no período neonatal. Em 2022 a taxa de mortalidade neonatal a nível mundial foi de 17 mortes por cada 1000 nascimentos vivos, com cerca de 40% das mortes infantis a ocorrer nas primeiras quatro semanas de vida (UNICEF, 2025).

As principais causas diretas de morte neonatal incluem complicações relacionadas com o nascimento pré-termo, anomalias congénitas, asfixia perinatal e infeções graves. A etiologia das mortes está intimamente relacionada com o nível de industrialização de um país, sendo a prematuridade e as anomalias congénitas, as principais causas de morte neonatal nos países desenvolvidos, refletindo a qualidade da vigilância pré-natal e da assistência perinatal (Lehtonen et al., 2017).

Em Portugal, os dados referentes a 2023 indicam que a taxa de mortalidade neonatal foi de 1,6 mortes por cada 1000 nados vivos, totalizando aproximadamente 140 mortes em crianças com menos de 28 dias de idade (Instituto Nacional de Estatística, 2024).

Nas situações clínicas que ameaçam a vida do filho, os pais confrontam-se com um aumento súbito e significativo do stress, relacionado com a potencial perda do filho, e esta experiência dolorosa e stressante afeta a sua saúde física e mental a curto e a longo prazo (Clark et al., 2021; Morris et al., 2019).

A maioria das mortes neonatais acontece nas unidades de cuidados intensivos neonatais (Cortezzo & Meyer, 2020). É uma situação clínica e humana muito complexa nas unidades de cuidados intensivos neonatais. É uma realidade difícil e desafiante para os profissionais de saúde mesmo diante dos avanços científicos e tecnológicos (Castaneda et al., 2014). É fonte de grande tristeza e angústia tanto para as famílias quanto para as equipas de saúde (Lari et al., 2018). Para os pais, esta situação representa uma rutura das expectativas previamente estabelecidas, criando um vazio existencial profundo que gera

um custo emocional de magnitude incontornável (Filho & Lima, 2017). Este facto torna imprescindível a implementação de intervenções que possam mitigar esse sofrimento. Os enfermeiros são reconhecidos como agentes promotores de esperança com a capacidade de utilizá-la como ferramenta para promover o bem-estar parental (Carvalho et al, 2019).

No caso de crianças com condições limitantes de vida, a definição do momento exato do fim da vida biológica relacionada com o prognóstico é difícil de inferir, demandando a necessidade imperiosa de existir uma equipa de saúde com competências em cuidados paliativos perinatais para atenuar os sofrimentos sociais, espirituais e psicológicos dos recém-nascidos e das famílias (Pion et al., 2021).

Proporcionar uma “boa morte” envolve não apenas o controlo da dor, mas também a presença física dos familiares, o poder de escolha sobre o fim da vida, a compreensão do processo de fim da vida, a oportunidade de resolver pendências, despedidas e legados. No entanto, proporcionar uma “boa morte” nas crianças parece ser um objetivo de difícil alcance, pois depende das perceções sobre a morte de quem a vivencia, como por exemplo, familiares, amigos, profissionais de saúde e outros envolvidos no cuidado às crianças em fim-de-vida, verificando-se que existem lacunas na literatura no que se refere a este aspeto, comparativamente com a população adulta (Moore et al., 2019).

Quando o conforto se torna um objetivo exclusivo do “tratamento”, há uma exigência de implementação de cuidados multidisciplinares devido às necessidades complexas do recém-nascido e das famílias durante a etapa de fim-de-vida, devendo estes ser acompanhados por profissionais competentes na área dos cuidados paliativos (Parravicini, 2017).

Os cuidados em fim-de-vida são uma parte essencial dos cuidados paliativos, referindo-se à assistência que um doente deve receber durante a última etapa da sua vida, a partir do momento em que é objetivo que se encontra num estado de declínio progressivo e irreversível, aproximando-se da morte (Watson et al., 2019). Os cuidados paliativos representam uma abordagem ativa e total dos cuidados, desde o momento do diagnóstico ou reconhecimento, durante a vida e a morte da criança, devendo ser iniciados precocemente. Incluem a otimização do controlo de sintomas, promoção de períodos de descanso do cuidador e acompanhamento na morte e no luto (Together for Short Lives, 2018).

Os pais, como parceiros de cuidados, devem ser envolvidos na elaboração de um plano de cuidados, que para além de os capacitar para o papel parental, também facilite a adaptação a uma situação de fim-de-vida, numa lógica de cuidados antecipatórios (Diário

da República, 2018a). Este plano deve integrar intervenções que promovam a esperança, oferecendo ferramentas para lidar com o sofrimento e o luto.

A esperança é referida como um recurso interno e motivacional que orienta para o presente e futuro e ajuda os pais no processo de coping relacionado com a doença do filho, mesmo existindo um mau prognóstico ou possibilidade de morte (Granek et al., 2013). No entanto, apesar da esperança ter sido descrita em termos teóricos desde há muitos anos, o reconhecimento da sua importância no contexto da prática de enfermagem é um fenómeno recente (Cutcliffe & Herth, 2002a).

Ela pode ser entendida como uma força vital, dinâmica e multidimensional orientada para o futuro, caracterizada pela confiança, embora incerta, expectativa de atingir um bem futuro, que para a pessoa que espera seja realisticamente possível e significativo (Dufault & Martocchio, 1985). A esperança é facilitadora da adaptação efetiva durante tempos de perda, sofrimento e incerteza, e está relacionada à melhoria da qualidade de vida, contrariamente à desesperança, que é associada ao aumento da incidência de doenças físicas, depressão e ideação suicida (Cutcliffe & Herth 2002b).

O desafio da enfermagem é perceber como é que a esperança, pode funcionar de modo a facilitar e apoiar durante o processo de doença, e talvez mais importante, durante a última fase da vida de uma pessoa (Dufault & Martocchio, 1985).

Promover a esperança revelou ser uma premissa para os cuidados de saúde que visam a qualidade de vida, conforto, e autonomia dos pais, sendo, portanto, um compromisso profissional (Silveira et al., 2023).

Aceitar a evidência da promoção da esperança nos cuidados paliativos neonatais centrada nos pais, é uma forma de transformar a prática clínica com o foco na reafirmação da vida, na criação de memórias e experiências positivas como estando diretamente relacionadas com a capacitação da família e resiliência em contextos de perda (Silveira et al., 2023).

Apenas analisando criticamente o estado do conhecimento científico sobre a esperança, podemos avançar para clarificar o impacto da mesma, assim como o seu poder durante o final de vida (Herth & Cutcliffe, 2002b). Os estudos de investigação devem ser direcionados para a validação de intervenções que desenvolvam e mantenham a esperança tanto para a pessoa em fase terminal de vida como para os seus familiares, cuidadores e outras pessoas significativas, uma vez que é referida como uma das necessidades perante as adversidades que enfrentam (Herth & Cutcliffe, 2002b; Dufault & Martocchio, 1985).

O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica é fundamental no apoio ao binómio criança/pais ao longo do ciclo vital da criança e nas situações de especial complexidade, como o contexto de fim-de-vida, tal qual como referido no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros (Diário da República, 2018a).

A experiência profissional no contacto com recém-nascidos em fim-de-vida, quer em consequência de doenças ameaçadoras ou limitantes de vida, conduziu à curiosidade de saber como os enfermeiros podem apoiar os pais/família neste momento particularmente difícil, e identificar as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais como mecanismo de coping para uma situação de fim-de-vida e de luto parental.

Perante estes factos pretende-se mapear as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, uma vez que quando se realizou uma pesquisa mais preliminar na MEDLINE, na Cochrane Database of Systematic Reviews e na Joanna Briggs Institute Evidence Synthesis, não foram identificadas quaisquer revisões atuais ou em curso sobre o tema.

METODOLOGIA

A revisão de scoping realizada foi conduzida de acordo com a as recomendações do *Joanna Briggs Institute (JBI)* (Aromataris et al., 2024).

O protocolo de investigação foi registado no Open Science Framework com o número: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/3NEFH>.

A questão de pesquisa foi estabelecida com recurso à estratégia PCC (P - População; C – Conceito; C – Contexto). Foi definida a seguinte questão de investigação: Qual a evidência científica disponível sobre as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida? (P): foram considerados todos os estudos que focam os pais de recém-nascidos em contexto de fim-de-vida. Os cuidados em fim-de-vida são uma parte importante dos cuidados paliativos, referindo-se à assistência que um doente deve receber durante a última etapa de sua vida, a partir do momento em que é objetivo que se encontra num estado de declínio progressivo e inexorável, aproximando-se da morte (Watson et al., 2019). Entende-se como recém-nascido toda a criança até aos 28 dias de vida, incluindo pré-termo - quando nasce antes das 37 semanas e extremo pré-termo quando nasce antes das 28 semanas de gestação (National Library of Medicine, 2024). C): estudos que incluam intervenções de

enfermagem promotoras de Esperança, As intervenções promotoras de esperança são aquelas que sejam capazes de produzir melhoria da crença na própria capacidade de iniciar e manter ações (Nayeri et al., 2020). (C): estudos realizados em todos os contextos assistenciais da prestação de cuidados de enfermagem pediátrica intra e extra-hospitalares.

Utilizamos a terminologia da Medical Subject Headings (MeSH) para definir os termos da pesquisa. Não existindo um termo fim-de-vida nesta terminologia, utilizamos o termo cuidados terminais que dizem respeito a cuidados médicos e de enfermagem a doentes em fase terminal de uma doença.

A pesquisa preliminar realizou-se a 26 de abril de 2024 e foi repetida em Outubro de 2024.

A estratégia de pesquisa teve como objetivo localizar estudos publicados e não publicados e baseou-se em três fases. Realizou-se primeiramente uma pesquisa inicial limitada a MEDLINE Complete e CINAHL Complete de forma a analisar as palavras do texto e os termos de indexação contidos no título e resumo dos artigos identificados. Na segunda etapa realizou-se outra pesquisa utilizando os descritores e operadores booleanos selecionados em todas as bases de dados a serem incluídas utilizando a seguinte expressão de pesquisa: (“Infant, Newborn OR Extremely premature, infant OR Premature, infant OR Perinatal Death OR end of life”) AND “Parents” AND (“Hospice care OR terminal care OR Death OR Hope”) AND (“Nursing care OR neonatal nursing OR Pediatric nursing”). Foi incluído na frase de pesquisa o termo natural “end of life” pois, apesar de não ser um descritor booleano foi um termo importante para a questão de investigação.

As bases de dados incluídas na pesquisa foram: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials. A fonte de estudos não publicados foi o RCCAP (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal), e foram utilizados os termos: enfermagem pediátrica, esperança, pais. Foram incluídos os estudos publicados e não publicados sem restrição de idioma e sem limite temporal. Por último foi realizada uma pesquisa através das referências bibliográficas dos artigos incluídos de forma a poder obter o máximo de resultados possível.

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram carregadas em *EndNote* 21.2 e os duplicados foram removidos. Na sequência de um teste-piloto, os títulos e os resumos foram então selecionados por três revisores independentes para serem avaliados em função dos critérios de inclusão da revisão.

Os resultados foram analisados e selecionados quanto à sua pertinência para inclusão com base na informação disponibilizada no título e resumo. Seguidamente os artigos selecionados foram alvo de leitura integral que precede a sua integração na amostra final selecionada.

Esta *scoping review* considerou estudos de natureza qualitativa e quantitativa publicados sem limite temporal. Também foram considerados para inclusão estudos observacionais analíticos, estudos de coorte prospetivos e retrospectivos, estudos de caso-controlo e estudos transversais analíticos. Esta revisão também incluiu desenhos de estudos observacionais descritivos, incluindo séries de casos, relatórios de casos individuais e estudos transversais descritivos. Fizeram também parte desta revisão estudos qualitativos que se centraram em dados qualitativos, incluindo, mas não se limitando, a conceções como a fenomenologia, a teoria fundamentada, a etnografia, a descrição qualitativa, a investigação-ação.

RESULTADOS

Terminada a pesquisa nas diferentes bases de dados de artigos publicados foram encontrados 493 estudos relacionados com a questão de investigação definida. Destes estudos, após eliminação automática dos duplicados com recurso ao EndNote 21.2, e manual, foram obtidos 426 estudos. Tendo em conta o título e resumo, foram excluídos 377 estudos. Dos 21 estudos selecionados para leitura integral, foram excluídos 16, com recurso à tabela de resultados da análise de elegibilidade.

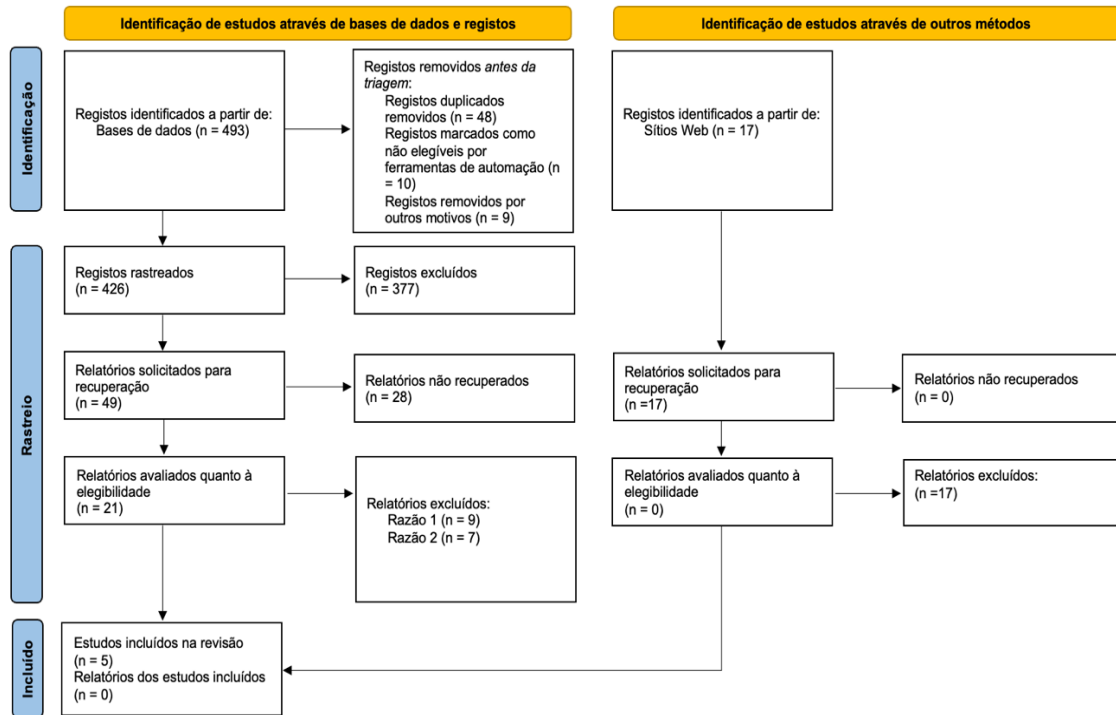
Na base de dados RCCAP foram devolvidos 17 registos, nenhum cumpria os critérios de elegibilidade, pelo que não foi incluído nenhum estudo.

Assim, nesta *scoping review* foram incluídos 5 estudos que abordam as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida.

Os resultados do processo de pesquisa e seleção dos artigos estão representados no fluxograma preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR) que pode ser consultado na Figura 1. (Tricco et al., 2018; Page et al., 2021).

Figura 1

Fluxograma PRISMA da Seleção dos Artigos.



A compilação dos dados para apresentação dos resultados foi realizada de acordo com o instrumento adaptado do proposto no manual metodológico para *scoping reviews* do Joanna Briggs Institute (Aromataris et al., 2024).

Na Tabela 1 revelam-se os resultados dos cinco artigos incluídos nesta revisão, assim como a referência, ano, país de publicação, tipo de estudo e objetivos.

Os resultados mostram que a investigação se encontra dispersa no tempo e os estudos apresentados são de natureza qualitativa, maioritariamente publicados nos Estados Unidos da América (n=3).

Na Tabela 2 podem ser consultadas as intervenções mapeadas na *scoping review* em linguagem classificada segundo Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, uma vez que este sistema de linguagem padronizada permite descrever e documentar a prática de enfermagem a nível global (ICN, 2019).

Tabela 1

Resultados Encontrados na Scoping Review.

Estudo/ Referência	Ano/ País	Tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados
(Amendolia, 2010)	2010 EUA	Revisão da literatura que utilizou o Método de Walker e Avant de análise de conceitos.	Explorar o conceito de esperança no contexto dos pais de recém-nascidos gravemente doentes na unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN).	<p>Para recém-nascidos com diagnóstico terminal, esperança por alívio do sofrimento, amor e cuidados podem ser promovidas pela enfermeira que cuida do recém-nascido.</p> <p>As decisões que rodeiam a transformação da esperança por sobrevivência para a esperança por uma morte pacífica e significativa podem ser facilitadas pela enfermeira que cuida do recém-nascido.</p> <p>Os enfermeiros da UCIN têm a capacidade de inspirar, capacitar, melhorar e promover a esperança e de incluir os pais nos cuidados como forma de fomentar a esperança.</p> <p>Fomentar e manter a esperança deve ser uma prioridade para aqueles a quem são confiados os cuidados de recém-nascidos gravemente doentes.</p>
(Rosenbaum, et al., 2011)	2011 EUA	O artigo explora a literatura sobre cuidados espirituais e partilha narrativas de pais que sofreram a perda do seu bebê na UCIN	Aumentar a sensibilização dos profissionais para a angústia espiritual e existencial e fornecer estratégias para responder a essas necessidades, particularmente no fim-de-vida.	<p>Encontrar e manter a esperança é um dos maiores desafios e uma das maiores dádivas que se pode oferecer aos pais cujos filhos estão a morrer.</p> <p>Quando a morte está iminente, ajudar a família a reconstruir novos significados de esperança:</p> <ul style="list-style-type: none"> - honrar a vida de um bebê através de fotografias; - saber que o seu filho já não está a sofrer; - crença de que voltarão a reunir-se com o seu filho no céu. <p>Ajudar a reenquadrar a esperança em objetivos exequíveis como a maximização do conforto do recém-nascido, abraçar e confortar enquanto passa de uma vida para a outra, alívio do sofrimento.</p> <p>A antecipação de um milagre pode refletir a esperança e o otimismo em vez de cura.</p>

Tabela 1

Resultados Encontrados na Scoping Review.

Estudo/ Referência	Ano/ País	Tipo de estudo	Objetivo	Principais resultados
(Ramer- Chrastek & Thygeson, 2005)	2005 EUA	Não definida (Exemplo de caso)	Descrever um programa de cuidados paliativos perinatais que está atualmente em vigor num programa de cuidados paliativos domiciliário de um hospital pediátrico nos EUA	Manter viva a esperança concentrando-se no que é possível. Transição da esperança de saúde para a esperança de conforto e proximidade, esperança de ter algum tempo para segurar a recém-nascida. Esperança numa bênção ou batismo para a recém-nascida.
(O'Brien, 2014)	2014 Reino Unido	Modelo de reflexão de Gibbs	Refletir sobre as questões que se colocam aos profissionais de saúde quando as expressões de esperança dos pais parecem pôr em causa a sua compreensão de um mau prognóstico para o seu filho.	A esperança como expressão de lealdade inata dos pais com o recém-nascido. As expressões amorosas de esperança não são incompatíveis com a clara compreensão do prognóstico. Redirecionar a esperança de cura para objetivos alcançáveis como a esperança de aproveitar ao máximo o tempo que lhes resta com o recém-nascido. A esperança como uma função do papel parental.
Silveira et al, 2023)	2023 Brasil	Scoping review	Mapear o conhecimento sobre a esperança dos pais em contextos de cuidados paliativos perinatais e neonatais.	A esperança é sustentada pela crença de que a vida do recém-nascido é importante, e ter tempo com o recém-nascido é uma oportunidade para exercer a parentalidade.

Tabela 2

Intervenções Mapeadas Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Intervenções de Enfermagem
<p><u>Implementar cuidados de conforto.</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Providenciar cuidados paliativos.• Avaliar dor.• Gerir a dor.• Gerir sintomas.• Administrar medicação para a dor.• Apoiar morte digna.• Promover parentalidade efetiva.• Promover ligação entre cuidador e criança.• Promover papel de cuidador.
<p><u>Aconselhar sobre esperança.</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Reforçar consecução de objetivos.• Promover esperança.
<p><u>Apoiar crenças</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Apoiar rituais espirituais.• Avaliar crenças espirituais da família.• Promover apoio espiritual.• Providenciar privacidade para comportamento espiritual• Proteger crenças religiosas.

DISCUSSÃO

As intervenções promotoras de esperança são atualmente discutidas numa variedade de contextos de cuidados de enfermagem pediátricos em diferentes populações e com diferentes características (Carvalho et al., 2019). A importância dessas intervenções associa-se ao facto de a esperança desempenhar um papel crucial na adaptação dos pais durante períodos de perda, sofrimento e incerteza. Ela é facilitadora do processo de adaptação e contribui para a melhoria da qualidade de vida, oferecendo aos pais a força

necessária para enfrentar as dificuldades associadas a um diagnóstico ameaçador à vida dos seus filhos (Cutcliffe & Herth 2002b; Silveira et al., 2023).

As intervenções promotoras de esperança são aquelas que sejam capazes de produzir melhoria da crença na própria capacidade de iniciar e manter ações (Nayeri et al., 2020). Devem ser capazes de fortalecer a expectativa de atingir um objetivo positivo, que para a pessoa que espera realisticamente possível e significativo, com vista a facilitar a adaptação a uma situação de perda, sofrimento e incerteza, como é uma situação de fim-de-vida (Dufault & Martocchio, 1985; Cutcliffe & Grant, 2001; Cutcliffe & Herth, 2002b).

No âmbito da nossa análise foram identificadas três categorias de intervenções promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida: (1) implementar cuidados de conforto, (2) aconselhar sobre esperança e (3) apoiar crenças. A primeira categoria abrange intervenções que visam maximizar o conforto físico do recém-nascido com o objetivo de proporcionar uma morte digna. A segunda categoria refere-se às intervenções de enfermagem que buscam ajudar os pais a ressignificar e ajustar a esperança em objetivos atingíveis a curto prazo. A terceira categoria refere-se a intervenções que respeitam convicções religiosas e espirituais.

(1) Implementar cuidados de conforto

O conforto segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, pode ser definido como uma sensação de tranquilidade física e bem-estar corporal (ICN, 2019).

Para Kolcaba (1994), o conforto resulta da satisfação das necessidades dos pacientes em várias dimensões - físicas, psicoespirituais, socioculturais e ambientais, e é um objetivo central do cuidado de enfermagem, essencial para melhorar a qualidade de vida dos clientes e das famílias, e que se traduz num estado de alívio, tranquilidade e transcendência.

A aplicação da Teoria do Conforto de Kolcaba na neonatologia pode ser observada através da satisfação das necessidades do recém-nascido: ao nível físico, através do controlo da dor; ao nível ambiental, conseguido através da redução do ruído e da luminosidade e ao nível sociocultural através do contacto pele com pele. No que respeita aos pais, o conforto emocional é conseguido através do envolvimento dos mesmos no cuidado ao recém-nascido (Kolcaba, 1994). A implementação de intervenções como a redução de procedimentos dolorosos, a diminuição da estimulação, a garantia de

normotermia e o posicionamento, podem ser muito eficazes no controle dos sintomas no fim-de-vida do recém-nascido (Cortezzo & Meyer, 2020).

Implementar cuidados de conforto no final de vida do recém-nascido é uma forma de promover a esperança nos pais. Alguns pais encontram esperança em saber que o seu filho já não está a sofrer mais (Rosenbaum et al., 2011) outros encontram esperança no alívio do sofrimento físico, amor e cuidados que devem ser oferecidos pela enfermeira que cuida do recém-nascido (Amendolia, 2010) e outros através da participação nos cuidados ao seu filho (Amendolia, 2010), como segurar e confortar o filho até ao final da vida (Rosenbaum, et al., 2011), passar mais tempo com o filho, como uma oportunidade para exercer a parentalidade (Silveira et al, 2023).

As intervenções supracitadas estão descritas na literatura como recomendações para os cuidados em fim-de-vida, nas unidades de cuidados intensivos neonatais, e são formas de continuação de cuidados ao recém-nascido e à família mesmo após terem sido suspensas as medidas terapêuticas, e são fortalecedoras do vínculo parental e da memória positiva do tempo compartilhado (Kenner et al., 2015; Kim et al., 2024).

A gestão adequada dos sintomas no fim-de-vida do recém-nascido, pode ser um desafio, no entanto, todos os indivíduos merecem que os seus sintomas sejam mitigados para que possam ter um processo de morte tão pacífico quanto possível. Este aspeto melhora o conforto para o recém-nascido e a experiência de fim-de-vida para os pais, permitindo-lhes concentrarem-se em passar tempo com o recém-nascido, criando memórias significativas, o que pode reduzir o risco de perturbação do luto, e a ter uma experiência positiva durante o tempo limitado que têm com o seu filho (Cortezzo & Meyer, 2020; Clark et al., 2021).

O alívio do sofrimento físico do recém-nascido pode ser atingido quando algumas necessidades básicas como a vinculação, manutenção da temperatura corporal, alívio da fome ou sede, alívio da dor ou desconforto são satisfeitas (Parravicini, 2017). Quando os pais se apercebem que existe menos sofrimento durante o processo de morte do seu filho, sentem menos culpa e um luto menos complicado (Cortezzo & Meyer, 2020).

Esta necessidade está alinhada com as intervenções de enfermagem padronizadas na CIPE como: monitorizar dor; avaliar dor, gerir a dor; gerir sintomas; administrar medicação para a dor e apoiar morte digna.

(2) Aconselhar sobre esperança

Segundo a CIPE, a esperança é uma “emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia” (ICN, 2019).

Uma meta-análise sobre práticas orientadas para a recuperação em saúde mental refere que promover a esperança envolve ajudar a construir autoconfiança, confiança nos outros e a capacidade de reconhecer e abraçar oportunidades futuras (Klevan et al., 2021).

Deste modo, fomentar e manter a esperança dos pais deve ser uma prioridade para quem cuida de recém-nascidos gravemente doentes, e os enfermeiros de unidades de cuidados intensivos neonatais têm a capacidade de inspirar, capacitar, melhorar e promover a esperança no sentido de os ajudarem na recuperação após a perda (Amendolia, 2010).

Os enfermeiros devem ajudar os pais a ressignificar e reenquadrar a esperança de cura ou sobrevivência do recém-nascido em objetivos alcançáveis como a esperança de uma morte pacífica e significativa (Amendolia, 2010), maximização do conforto (Rosenbaum et al., 2011), conforto e proximidade, como ter algum tempo para segurar o filho (Ramer-Chrastek & Thygeson, 2005), passar mais tempo com o seu filho (O’Brien, 2014), criar momentos de despedida significativos (Rosenbaum et al., 2011) e honrar a vida do recém-nascido através de fotografias que contam a sua história e o quanto foi amado, e que a sua vida teve um objetivo (Rosenbaum et al., 2011).

Ajudar os pais a orientarem-se para objetivos alcançáveis está descrito na literatura como facilitador do enfrentamento das situações em fim-de-vida e da resiliência (Szabat, 2020).

As intervenções identificadas estão alinhadas com as intervenções da CIPE no que respeita ao foco Parentalidade: promover parentalidade efetiva; promover ligação entre cuidador e criança; promover papel de cuidador, providenciar cuidados paliativos.

Os pais também consideram que a esperança faz parte do papel parental como uma expressão de amor e lealdade inata para com o seu filho, e que não é incompatível com a compreensão clara do prognóstico do filho. O envolvimento aberto e honesto com as esperanças dos pais, mais do que a tranquilização ou o reforço da informação é essencial para os cuidados prestados aos pais no fim-de-vida do seu filho (O’Brien, 2014).

Um estudo realizado numa unidade de cuidados intensivos pediátricos, destacou que, mesmo perante a iminência de morte do filho, os pais valorizam a manutenção da

esperança que é vista como uma forma de não desistir do filho e de preservar o seu papel parental (Butler et al., 2018).

A literatura revela ainda que a relação entre pais e profissionais de saúde é crucial para proporcionar conforto e preservar a esperança, mesmo quando os pais enfrentam a morte iminente do filho (Butler et al., 2018).

Deste modo, o enfermeiro deve ser capaz de implementar intervenções como: reforçar consecução de objetivos e promover esperança nos pais, intervenções estas padronizadas na CIPE.

(3) Apoiar crenças

Os pais encontram esperança na crença de que um dia se reunirão com o seu filho no céu (Rosenbaum et al., 2011) ou na oportunidade de ir ao encontro de um ritual religioso, como no sacramento do batismo (Ramer-Chrastek & Thygeson, 2005).

As crenças religiosas, culturais e espirituais podem trazer profundo conforto e cura para os pais que se confrontam com a morte do seu filho após uma limitação de cuidados que suportam a vida, devendo existir uma equipa de saúde competente e sensível para atender a estas necessidades (Rosenbaum et al., 2011). Este aspeto é particularmente relevante quando a vida e a morte do filho se encontram tão próximas, como no caso dos recém-nascidos, onde as crenças e as cerimónias se tornam ainda mais profundas, não sendo surpreendente que os pais confiem na fé e na sua espiritualidade para os ajudar a dar sentido ao caminho até ao fim da vida (Kain, 2021).

Um estudo que pretendeu analisar a experiência de esperança dos pais que perderam o filho num acontecimento traumático, demonstrou que para alguns pais, a sua religião dá-lhes a fé e a esperança de se reunirem com o seu filho falecido na outra vida. Os pais encontram esperança através do coping religioso positivo, avivando a esperança de que se reunirão com os seus filhos que faleceram, e isso ajuda-os a lidar com o seu luto. Ao concentrarem-se em Deus e a alimentarem a esperança, os pais demonstram maior resiliência perante os desafios da vida (Mohamed Hussin et al., 2024).

Os enfermeiros devem trabalhar as suas resistências internas para não julgar as crenças dos pais no que respeita a milagres, pois estes podem apenas refletir esperança e otimismo e não a cura (Rosenbaum et al., 2011). Como é referido na literatura, o coping religioso positivo está intimamente ligado a um nível elevado de esperança (Shamsalinia et al., 2015).

As intervenções promotoras de esperança são indispensáveis para humanizar o cuidado em fim-de-vida para os recém-nascidos e para os pais. Apoiar a família no momento da morte de um filho desafia a equipa de saúde a criar oportunidades para que os pais completem o seu processo de ligação, e iniciem o processo de luto. A família pode ser envolvida em atividades que promovam o conforto e consolem o recém-nascido, como abraçar e segurar até à morte, criando as bases para memórias positivas mesmo na unidade de cuidados intensivos neonatais (Workman, 2001). Os profissionais de saúde podem gerir a esperança da família através de relações terapêuticas sensíveis e centradas na dimensão da esperança (Silveira et al., 2023).

Considerando que a esperança é um foco da CIPE, torna-se necessário que os enfermeiros documentem as intervenções promotoras de esperança no processo clínico do recém-nascido, como uma resposta de cuidados holística aos recém-nascidos em fim-de-vida e aos pais.

No entanto, uma prática de enfermagem centrada na esperança continua a ser desafiante pois está sujeita a uma interpretação complexa, ambiguidade e operacionalização abstrata (Guedes et al., 2021).

CONCLUSÃO

Esta revisão de *scoping* permitiu mapear o conhecimento científico sobre as intervenções promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, tendo sido identificadas as categorias de intervenções: implementar cuidados de conforto, aconselhar sobre esperança e apoiar as crenças.

No entanto, a aceitação da promoção de esperança como intervenção de enfermagem no cuidado holístico às famílias em situações de fim-de-vida na perspetiva da neonatologia ainda é um conceito pouco explorado, sendo necessário mais estudos de investigação nesta área.

Identificamos como uma limitação do estudo a inclusão de apenas uma base de dados de literatura cinzenta.

Foi possível responder à questão de revisão inicialmente elaborada, concluindo-se assim que a abordagem metodológica foi adequada.

Dada a importância encontrada em intervenções como segurar o filho ou abraçar o filho como promotoras de esperança incluídas na categoria proporcionar cuidados de conforto, sugere-se a inclusão das intervenções acima referidas na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, uma vez que não existe nenhuma

intervenção com o mesmo significado naquela classificação. Também se sugere a inclusão do termo natural fim-de-vida como termo MeSH tendo em conta a relevância do termo para esta pesquisa nas bases de dados publicados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Amendolia, B. (2010). Hope and parents of the critically ill newborn: a concept analysis. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 10(3). <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dee83b>

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/IBIMES-24-01>

Butler, A.E., Copnell, B. & Hall, H. (2018). Becoming a Team: The Nature of the Parent-Healthcare Provider Relationship when a Child is Dying in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.002>
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596317304840?via%3DiHub>

Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z. & Nunes, E. (2019). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 18(53), 661-675. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/pt_1695-6141-eg-18-53-646.pdf

Carvalho, M.S., Duarte, T., & Charepe, Z. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congénita: reflexão sobre as vivências dos pais. *Cadernos de Saúde*, 14(1). <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10195>
<https://doaj.org/article/89e251bdc3af428181a49a6ba0d10f6a>

Castaneda, A.I.G., Julcarima, M.N.R., Acuña, C.R., Pamus, P.G., Gómez, Z.P.G., Luna, A.J., Rubia, N.H., M.T.M. & Quiroga, A. (2014). *Cuidados al final de la vida en neonatología. Recomendaciones del capítulo de enfermería de SIBEN*. https://www.siben.net/images/htmleditor/files/cuidados_al_final_de_la_vida._final-maquetado-1_correcto.pdf

Clark, O. E., Fortney, C. A., Dunnells, Z. D. O., Gerhardt, C. A., & Baughcum, A. E. (2021). Parent Perceptions of Infant Symptoms and Suffering and Associations With Distress Among Bereaved Parents in the NICU. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.015>

Cortezzo, D., & Meyer, M. (2020). Neonatal End-of-Life Symptom Management. *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.574121>
<https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2020.574121/full>

Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002a). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 11(12), 832-840. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=222765c9-4596-472c-9161-fcdbe158c166%40redis>

Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002b). The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*, 11(14), 977-983. <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/vfz6xk7jyn>

Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379–391.

Filho, J. F. C. & Lima, D. M. A. (2017). Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. *Psicologia Argumento*, 35(88),16-32. <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/18432/pdf>

Granek, L., Barrera, M., Shaheed, J., Nicholas, D., Beaune, L., D'Agostino, N. et al. (2013). Trajectory of parental hope when a child has difficult-to-treat cancer: a prospective qualitative study. *Psychooncology*, 22 (11), 2436–44. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3305>

Guedes, A., Carvalho, M. S., Laranjeira, C., Querido, A., & Charepe, Z. (2021). Hope in palliative care nursing: concept analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(49), 334-345. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.176>
<https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9356/1/Hope%20in%20palliative%20care%20nursing%20-%20concept%20analysis.pdf>

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4th. ed.). Instituto de Apoio à Criança.

https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf

Instituto Nacional de Estatística (2024). *Taxa de mortalidade neonatal (%) por Local de residência da mãe (NUTS - 2024) e Sexo; Anual*. Instituto Nacional de Estatística.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012568&contexto=bd&selTab=tab2

International Council of Nurses (2019). *ICNP Browser: Catalogue Concepts*

[online]. International Classification for Nursing Practice. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Kain, V. J. (2021). Perinatal Palliative Care: Cultural, Spiritual, and Religious Considerations for Parents-What Clinicians Need to Know. *Frontiers in pediatrics*, 9, 597519. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.597519>.

Kenner, C., Press, J. & Ryan, D. (2015). Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: a family-centered integrative approach. *Journal of Perinatology*, 35, 19–23. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.145>
<https://www.nature.com/articles/jp2015145#citeas>

Kim, E.S., Kim, S., Kim, S., Ahn, S.Y., & Lee, H. (2024). Palliative Care for Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 26(1), 14–20. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000985>

Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R., & Kim, H. S. (2021). Part III: Recovery-Oriented practices in community mental health and substance abuse services: A meta-synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), Article 13180. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413180>

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
https://www.researchgate.net/publication/15269336_A_theory_of_holistic_comfort_for_nursing

Lari, L.R., Shimo, A.K.K., Carmona, E.V., Lopes, M.H.B. de M. & Campos, C.J.G. (2018). Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. *Arquichán*, 18(1), 80-94. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.8>

Lehtonen, L., Gimeno, A., Parra-Llorca, A., & Vento, M. (2017). Early neonatal death: A challenge worldwide. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 22(3), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.006>

Mohamed Hussin, N. A., Aho, A. L., & Kylmä, J. (2024). Finding Hope in Finnish Parents Following the Traumatic Death of Their Child. *Omega: Journal of Death & Dying*, 1. <https://doi.org/10.1177/00302228241272553>

Moore, B. S., Carter, B. S., Beaven, B., House, K., & House, J. (2019). Anticipation, Accompaniment, and a Good Death in Perinatal Care. *The Yale journal of biology and medicine*, 92(4), 741–745. <https://bit.ly/47vwB6W>

Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). The Grief of Parents After the Death of a Young Child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 321–338. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>

National Library of Medicine (2024). Medical Subject Headings. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Nayeri, N. D., Goudarzian, A. H., Herth, K., Naghavi, N., Nia, H. S., Yaghoobzadeh, A., Sharif, S. P., & Allen, K. A. (2020). Construct validity of the Herth Hope Index: A systematic review. *International journal of health sciences*, 14(5), 50–57. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7475204/>

O'Brien, R. (2014). Expressions of hope in paediatric intensive care: a reflection on their meaning. *Nursing in Critical Care*, 19(6), 316–321. <https://doi.org/10.1111/nicc.12069>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12069>

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D, et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <http://www.prisma-statement.org/>

Parravicini, E. (2017). Neonatal palliative care. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(2), 135-140. doi: 10.1097/MOP.0000000000000464. <https://oce.ovid.com/article/00008480-201704000-00003/HTML>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Aromataris E, Munn Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pion, A. B., Baenziger, J., Fauchère, J.C., Gubler, D., & Hendriks, M. J. (2021). National divergences in perinatal palliative care guidelines and training in tertiary NICUs. *Front Pediatr*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.673545>. <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2021.673545/full>

Ramer-Chrastek, J. & Thygeson, M. V. (2005). A perinatal hospice for an unborn child with a life-limiting condition. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(6), 274–276. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2005.11.6.18294>
<https://research.ebsco.com/c/c51w7m/viewer/pdf/mbw6nr2inn>

Regulamento n.º 422/2018a da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 133 (12 de julho de 2018). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Rosenbaum, J. L., Smith, J. R., & Zollfrank, R. (2011). Neonatal end-of-life spiritual support care. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 61–69. <https://doi.org/10.1097/jpn.0b013e318209e1d2>

Salamanca-Balen, N., Merluzzi, T. V., & Chen, M. (2021). The effectiveness of hope-fostering interventions in palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 35(4), 710–728. <https://doi.org/10.1177/0269216321994728>.
<https://research.ebsco.com/c/c51w7m/viewer/pdf/cnqdo7jhqn>

Shamsalinia, A., Pourghaznein, T., & Parsa, M. (2015). The relationship between hope and religious coping among patients with type 2 diabetes. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 208–216. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p208>
<https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173054.pdf>

Silveira, A. O., Wernet, M., Franco, L. F., Dias, P. L. M., & Charepe, Z. (2023). Parents' hope in perinatal and neonatal palliative care: a scoping review. *BMC Palliative Care*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01324-z>
<https://research.ebsco.com/c/c51w7m/viewer/pdf/xdrsgzhlsv>

Szabat, M. (2020). Parental experience of hope in pediatric palliative care: Critical reflections on an exemplar of parents of a child with trisomy 18. *Nursing Inquiry*, 27(2), 1–10. <https://doi.org/10.1111/nin.12341>

Together for Short Lives. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care. Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families.* (4th. Ed.). <https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children's-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>

Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467–473. doi:10.7326/M18-0850
<https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/prfppq5bsf>

United Nations International Children's Emergency Fund. (2025, Janeiro 05). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2023 Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. <https://childmortality.org/resources?reportType=report>

Watson, M., Ward, S., Vallath, N., Wells, J. & Campbell, R. (2019). *Oxford Handbook of Palliative Care*. OUP Oxford.

Workman, E. (2001). Guiding parents through the death of their infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 30(6), 569–573.
<https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb00003.x>
<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/73276/j.1552-6909.2001.tb00003.x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A prática baseada na evidencia encontra-se intimamente relacionada com a garantia da qualidade dos cuidados que prestamos. A Lei n.º 156/2015, no seu Artigo 109, referente à excelência do exercício, diz que é dever do enfermeiro garantir a qualidade dos seus cuidados e de assegurar a atualização constante dos seus conhecimentos (Diário da República, 2015).

Tendo por base este pressuposto, e de acordo com o trabalho de investigação que realizamos, pretendemos levar para a prática clínica os conhecimentos que derivaram da pesquisa realizada, com o objetivo de sensibilizar a equipa de enfermagem para o tema e melhorar o cuidado oferecido aos recém-nascidos em fim-de-vida e aos seus pais.

3.1. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM PARA PROMOÇÃO DE ESPERANÇA EM PAIS DE RECÉM-NASCIDOS EM FIM-DE-VIDA

O objetivo desta proposta de intervenção é proporcionar cuidados de enfermagem que promovam a esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, através de intervenções centradas no conforto físico e emocional, aconselhamento sobre esperança, e apoio às crenças dos pais.

Desta forma, torna-se crucial, **implementar cuidados de conforto**, no sentido de maximizar o conforto físico e emocional do recém-nascido e da família, criando um ambiente pacífico que favoreça o processo de morte digna e promova o vínculo familiar.

Nesta categoria de intervenções propomos intervenções orientadas para o RN como sejam:

- Avaliar e monitorizar a dor no recém-nascido através de escalas da dor adaptadas para esta população, nomeadamente escala de EDIN, N-PASS e NIPS;
- Gerir adequadamente a dor e os sintomas do RN em fim-de-vida através da implementação de estratégias farmacológicas, e de estratégias não-farmacológicas como a massagem, posicionamento adequado, sucção não-nutritiva; redução de procedimentos que possam provocar dor desnecessária no RN, tendo por base as recomendações dos cuidados paliativos neonatais.
- Reduzir estímulos ambientais como o ruído e a luminosidade, diminuindo a circulação do número de pessoas junto do RN e dos pais, no sentido de criar um ambiente tranquilo e sereno, proporcionando um espaço mais reservado.

- Implementar cuidados de conforto físico, como o controlo da temperatura corporal e o alívio de fome e sede.
- Promover o contato pele com pele com os pais para proporcionar conforto físico e vinculação do RN.

As intervenções orientadas para os pais incluem:

- Oferecer a oportunidade de envolver os pais ativamente no cuidado do recém-nascido, como trocar a fralda, vestir o RN, segurar o filho, conversar com ele e estar presente durante os cuidados diários.
- Facilitar o tempo necessário para a despedida, incentivando momentos de ligação emocional significativos, como tocar o bebê, dar-lhe carinho e ficarem juntos.
- Proporcionar espaço e tempo para que os pais possam fazer memórias significativas, como tirar fotografias, ou escrever uma carta para o recém-nascido, proporcionar oportunidade para realizar impressões palmar/plantar, oferecer objetos significativos do RN como a mola de clampar cordão umbilical, oferecer roupas vestidas pelo RN.

No que se refere à categoria de intervenções **aconselhar sobre esperança**, as intervenções devem ter como objetivo ajudar os pais a ressignificar as suas expectativas e a manter a esperança em objetivos alcançáveis a curto prazo, mesmo diante da iminência da morte do filho.

A respeito de ressignificar e reenquadrar a esperança o enfermeiro deve:

- Orientar os pais a ajustarem suas expectativas, focando-se em objetivos a curto prazo, como uma morte pacífica do filho, a maximização do conforto do filho e momentos significativos de despedida como por exemplo o contacto pele com pele com o filho.
- Auxiliar os pais a visualizarem um futuro em que eles possam continuar a honrar a memória do filho, por exemplo, por meio de rituais simbólicos, como fotografias, registo de momentos.

De acordo com a intervenção fomentar a resiliência e a esperança o enfermeiro deve:

- Promover momentos de despedida significativa, como expressões de amor e carinho, que reforçam o papel dos pais como cuidadores, ainda que o filho não sobreviva.
- Estimular os pais a aceitarem as emoções relacionadas à perda e a desenvolverem formas de lidar com o luto, como criar memórias duradouras ou compartilhar a história de vida do filho.
- Encorajar os pais a conectarem-se com a rede de apoio familiar, amigos e profissionais de saúde para manter o apoio emocional durante o luto.

A categoria de intervenções **apoiar as crenças**, que tem como objetivo o enfermeiro respeitar e apoiar as crenças religiosas dos pais, reconhecendo que essas crenças podem fornecer esperança e força durante o processo de luto. Assim, o enfermeiro deve proporcionar suporte religioso através de:

- Perguntar aos pais sobre suas crenças e oferecer apoio de acordo com suas necessidades espirituais, como a possibilidade de solicitar visitas de capelães ou de líderes religiosos, se desejado, ou estar presente durante as suas orações.
- Incentivar a realização de rituais religiosos significativos, como batismo ou outros rituais de despedida, de acordo com a fé dos pais, ou o enfermeiro realizar o batismo quando não é possível a vinda do capelão de acordo com a vontade dos pais.

Ao mesmo tempo deve facilitar o coping religioso positivo através de:

- Validar as crenças dos pais, evitando julgamentos sobre as suas percepções de milagres ou curas, e respeitar a forma como eles procuram consolo e esperança nas suas crenças religiosas.
- Ajudar os pais a usarem a fé para encontrar conforto e fortalecer a resiliência durante o processo de luto.

Após a implementação das intervenções por parte dos enfermeiros, é essencial realizar uma avaliação contínua do impacto emocional e físico nos pais e no recém-nascido, que deve ser feita com base em:

- Entrevistas regulares com os pais para avaliar seu bem-estar emocional, compreensão e aceitação da situação.

- Observação do vínculo entre pais e bebê durante o processo de cuidados e despedida.
- Monitorização contínua da dor e conforto do recém-nascido.

Este processo de intervenção tem como foco proporcionar uma experiência de fim-de-vida digna e significativa, tanto para o recém-nascido quanto para os pais, respeitando suas necessidades emocionais, físicas e espirituais.

Esta proposta de intervenção de enfermagem visa garantir que os pais recebam o apoio necessário para passar por um momento tão difícil de forma mais pacífica, respeitosa e fortalecedora, levando em consideração suas necessidades e crenças.

CONCLUSÃO

Com a frequência neste curso de Mestrado, reconhecemos a importância da prestação dos cuidados à criança e sua família pelo EESIP, pois este detém conhecimentos e competências específicos que lhe permitem implementar uma multiplicidade de intervenções diferenciadoras em cada contexto da prática.

Ao longo dos vários estágios pudemos prestar cuidados a recém-nascidos/crianças/jovens e suas famílias, saudáveis ou doentes, em contextos de internamento ou na comunidade que nos permitiram o crescimento pessoal e profissional, assim como adquirirmos competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde Infantil e Pediátrica, tal como mencionado nos Regulamentos de Competências Comuns e Específicas do EESIP da Ordem dos Enfermeiros.

Com a revisão de *scoping* mapeamos o conhecimento sobre as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida. Esta revisão de *scoping* realizada permitiu compreender a intervenção dos enfermeiros como preponderante na promoção de esperança dos pais de recém-nascidos em contexto de fim-de-vida e facilitadora do processo de luto parental.

As intervenções promotoras de esperança são indispensáveis para humanizar o cuidado em fim-de-vida para os recém-nascidos e para os pais, e incluem implementar cuidados de conforto, aconselhar sobre esperança e apoiar as crenças.

Apoiar a família no momento da morte de um filho é desafiante para a equipa de saúde que deve criar oportunidades para que os pais completem o seu processo de ligação, e iniciem o processo de luto. A família deve ser envolvida em atividades que promovam o conforto e consolem o recém-nascido, como abraçar e segurar até à morte, criando as bases para memórias positivas mesmo na unidade de cuidados intensivos neonatais.

No entanto, a aceitação da promoção de esperança como intervenção de enfermagem no cuidado holístico às famílias em situações de fim-de-vida na perspetiva da neonatologia ainda é um conceito escasso e pouco explorado, sugerindo-se mais estudos de investigação nesta área.

Com a realização da revisão de *scoping* onde mapeamos a evidência científica sobre quais as intervenções de enfermagem promotoras de esperança nos pais de recém-nascidos em fim-de-vida, foi-nos possível dar resposta à questão de investigação

anteriormente proposta, concluindo deste modo que a metodologia utilizada foi adequada. Ao mesmo tempo, demos resposta à competência de mestre, e através dos resultados obtidos, propusemos uma intervenção para a prática, oferecendo assim uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados ao recém-nascido e aos pais, tendo como fundamento a prática baseada na evidência.

Identificamos como limitação do estudo a inclusão apenas de uma base de dados de literatura cinzenta.

A frequência neste curso de mestrado em enfermagem de saúde infantil e pediátrica foi uma experiência diferenciadora, permitindo-nos a aquisição de novos conhecimentos na área da saúde infantil e pediátrica, assim como a oportunidade de oferecer os melhores cuidados ao binómio criança-pais.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ainsworth, M.D.S., Blehar, M.C., Waters, E. & Wall, S.N. (2015). *Patterns of attachment: A Psychological Study of the Strange Situation*. (Classic Edition). Routledge Taylor & Francis Group.

Araújo, C.F., Cunha, J.X.P. da, Mendes, L. dos S., & Biondo, C.S. (2021). Acolhimento à família de neonatos internados em Unidade de Terapia Intensiva: uma revisão integrativa da literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 95(34), 1-13. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1014>

Amendolia, B. (2010). Hope and parents of the critically ill newborn: a concept analysis. *Advances in Neonatal Care: Official Journal of the National Association of Neonatal Nurses*, 10(3). <https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dee83b>

Aromataris, E., Lockwood, C., Porritt, K., Pilla, B., & Jordan, Z. (2024). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>

Associação Portuguesa de Massagem Infantil. (2024). Benefícios do Programa da IAIM. Associação Portuguesa de Massagem Infantil. <http://apmi.org.pt/massage-o-seu-bebe/beneficios/>.

Batalha, L. (2010). *Dor em Pediatria. Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel Edições técnicas.

Battashi, G., Said, Z., Alghafri, A., Alyazeedi, O., Alkalbani, A., Francis, F., & Francis, F. (2024). Effectiveness of the Buzzy Bee device on pain perception during invasive pricks among school age children: An interventional study. *Journal of Education and Health Promotion*, 13(1), 290. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_107_24.

Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito. Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto Editora.

Bermeo, R.N.Z. (2020). Ética y bioética en Enfermería. In M. Rubio, & I. Herrera (Eds), *De la ética a la bioética en las ciencias de la salud* (pp. 175-194). Universidad Santiago de Cali. <https://doi.org/10.35985/9789585147744>

Birnie, K. A., Noel, M., Chambers, C. T., Uman, L. S., & Parker, J. A. (2018). Psychological interventions for needle-related procedural pain and distress in children and adolescents. *The Cochrane database of systematic reviews*, 10(10), CD005179. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD005179.pub4>

Butler, A.E., Copnell, B. & Hall, H. (2018). Becoming a Team: The Nature of the Parent-Healthcare Provider Relationship when a Child is Dying in the Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 40, 26–32. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.02.002>

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0882596317304840?via%3Dihub>

Campinha-Bacote, J. (2002). The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: A model of care. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 181-184. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12113146/>

Campos, A., & de Oliveira, D.R. (2017). A relação entre o princípio da autonomia e o princípio da beneficência (e não-maleficência) na bioética médica. *Revista Brasileira de Estudos Políticos*, 115, 13-45.

http://www.bioetica.org.br/library/modulos/varias_bioeticas/arquivos/Autonomia_e_Beneficencia.pdf

Carney, E. F. (2014). CARPEDIEM' continuous renal replacement therapy for infants. *Nature Reviews Nephrology*, 10(8). <https://doi.org/10.1038/nrneph.2014.100>

Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z. & Nunes, E. (2019). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermería Global*, 18(53), 661-675. https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n53/pt_1695-6141-eg-18-53-646.pdf

Carvalho, M.S., Duarte, T., & Charepe, Z. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congénita: reflexão sobre as vivências dos pais. *Cadernos de Saúde*, 14(1). <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10195>
<https://doaj.org/article/89e251bdc3af428181a49a6ba0d10f6a>

Casey, A (1995). Partnership Nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8675858/>

Castaneda, A.I.G., Julcarima, M.N.R., Acuña, C.R., Pamus, P.G., Gómez, Z.P.G., Luna, A.J., Rubia, N.H., M.T.M. & Quiroga, A. (2014). Cuidados al final de la vida en neonatología. *Recomendaciones del capítulo de enfermería de SIBEN*. https://www.siben.net/images/htmleditor/files/cuidados_al_final_de_la_vida_final-maquetado-1_correcto.pdf

Cerqueira, E.A.C., Silva, C.S.G., Carvalho, E.S.S. & Xavier, A.S.G. (2019). Aplicação do Modelo Calgary de Intervenção para adesão de uma família ao tratamento da doença falciforme. *XXIII SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA*, (23).

<https://periodicos.uefs.br/index.php/semic/article/view/6482>

Charepe, Z. (2020). A criança e o jovem com doença crônica ou incapacitante. In A.L. Ramos & M.C. Barbieri-Figueiredo (1st. ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 231-237). Lidel.

Clark, O. E., Fortney, C. A., Dunnells, Z. D. O., Gerhardt, C. A., & Baughcum, A. E. (2021). Parent Perceptions of Infant Symptoms and Suffering and Associations With Distress Among Bereaved Parents in the NICU. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(3), 20–27. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.02.015>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2023). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos em Portugal continental. Biénio 2023-2024*. Comissão Nacional Cuidados Paliativos. https://www.sns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2024/01/PEDCP-2023_2024_signed.pdf

Considine, J., Casey, P., Omonaiye, O., van Gulik, N., Allen, J., & Currey, J. (2024). Importance of specific vital signs in nurses' recognition and response to deteriorating patients: A scoping review. *Journal of Clinical Nursing*. 1-18. <https://doi.org/10.1111/jocn.17099>

Cortezzo, D., & Meyer, M. (2020). Neonatal End-of-Life Symptom Management. *Frontiers in Pediatrics*, 8. <https://doi.org/10.3389/fped.2020.574121>
<https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2020.574121/full>

Cruz, E. J. S. da., Lima, S. S. de., Cavalcante, L. I. C., & Pedroso, J. da S. (2022). Uso da Escala de Avaliação do Desenvolvimento Infantil Bayley III em Crianças Brasileiras: Revisão Sistemática. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 38, e38320. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e38320.pt>

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/9gd55ynqpkjvPL7Yr7DQJyg/?lang=pt>

Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002a). The concept of hope in nursing 1: its origins, background and nature. *British Journal of Nursing*, 11(12), 832-840. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=222765c9-4596-472c-9161-fcdbe158c166%40redis>

Cutcliffe, J. R. & Herth, K. (2002b). The concept of hope in nursing 3: hope and palliative care nursing. *British Journal of Nursing*, 11(14), 977-983. <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/vfz6xk7jyn>

Das, N., Dhital, R., & Chaudhary, S. (2020). Effectiveness of Local Cold Application on Pain among Infants Receiving Immunization in a Selected Immunization Center, Rajbiraj, Nepal. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 5(3),

434-439. https://ijshr.com/IJSHR_Vol.5_Issue.3_July2020/IJSHR0063.pdf

Das, M., Arora, N., Chellani, H., Debata, P., Meena, K., Rasaily, R., Kaur, G., Malik, P., Joshi, S., & Kumari, M. (2021). Perceptions of the parents of deceased children and of healthcare providers about end-of-life communication and breaking bad news at a tertiary care public hospital in India: A qualitative exploratory study. *PLoS ONE*, *16*. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248661>.

Decreto-Lei n.º 161/96 do Ministério Público, Procuradoria-Geral Distrital de Lisboa (4 de Setembro).

https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=1823&tabela=leis&so_miolo=

Decreto-Lei n.º 104/98 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 93/1998, Série I-A de 1998-04-21, páginas 1739 – 1757. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/104-1998-175784>

Decreto-Lei n.º 28/2008 do Ministério da Saúde, Diário da República n.º 38/2008, Série I-A de 2008-08-22, páginas 1182 – 1189. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

Decreto-Lei n.º 159/2015 do Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social, Diário da República n.º 154/2015, Série I de 2015-08-10, páginas 5695 – 5699. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/159-2015-69977689>

Decreto-Lei n.º 65/2018b da Presidência do Conselho de Ministros, Diário da República, Série I, n.º 157 de 2018-08-16, páginas 4147-4182. <https://data.dre.pt/application/conteudo/116068879>

Despacho n.º 10143/2009 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde, Diário da República n.º 74/2009, Série II de 2009-04-16, páginas 15438 – 15440. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10143-2009-2216310>

Despacho n.º 4319/2013 do Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde, Diário da República n.º 59/2013, Série II de 2013-03-25, páginas 10425-10426. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2013/03/059000000/1042510426.pdf>

Direcção-Geral da Saúde (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da Dor*. Lisboa: Ministério da Saúde. https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf

Direcção-Geral da Saúde (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa.

https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/12/Saude_Mental_e_Gravidez_primeira_infancia_Folheto_DGS_2005.pdf

Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa: (Orientação n.º 14/2010). DGS. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Direção-Geral da Saúde (2011). *Maus-tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Acção de Saúde para Crianças e Jovens em Risco*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/DGS_MausTratosCriancasJovensGuiaPraticoAbordagemDiagnosticoIntervencao.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil* (Norma n.º 010/2013). DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Direção-Geral da Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. (Norma n.º 015/2015). DGS. https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Programa_NSE_2015.pdf

Direção-Geral da Saúde (2019a). *Alimentação saudável dos 0 aos 6 anos*. Linhas de orientação para profissionais e educadores. DGS. <https://nutrimento.pt/activeapp/wp-content/uploads/2019/10/Alimentação-Saudável-dos-0-aos-6-anos.-pdf.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2019b). *Abordagem Diagnóstica e Intervenção na Perturbação do Espectro do Autismo em Idade Pediátrica e no Adulto*. (Norma n.º 002/2019). DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/Abordagem-Diagnostica-e-Intervencao-na-Perturbacao-do-Espectro-do-Autismo-em-Idade-Pediatrica-e-no-Adulto_2019.pdf

Direção-Geral da Saúde (2021). *Programa Nacional Promoção da Saúde Oral - 2021-2025*. DGS. <https://ucccb.pt/wp-content/uploads/2021/10/programa-nacional-de-promocao-da-saude-oral-2021-2025.pdf>

Dufault, K. & Martocchio, B. C. (1985). Hope: its spheres and dimensions. *Nursing Clinics of North America*, 20(2), 379–391.

Fabião, A., Andrade Lopes, F., Miguel, C. & Carvalho, S. (2024). Massagem Infantil em Lactentes: efeitos e potenciais vantagens à luz da evidência atual. *Ecos do Minho*, 19(1), 23-28. <https://doaj.org/article/6c8bc8f83c914960bb39a4b9eb4b7818>

Farrell, M. (1992). Partnership in care: paediatric Nursing model. *British Journal of Nursing*, 1(4), 175-176. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1643373/>

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A.L. Ramos & M.C. Barbieri-Figueiredo (1st. ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp.40-51). Lidel.

Ferreira, M.M.C., & Costa, M.G.F.A. (2016). Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health*, 30(9), 51-58. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8434/6020>

Filho, J.F.C. & Lima, D.M.A. (2017). Luto parental e construção identitária: compreendendo o processo após a perda do filho. *Psicologia Argumento*, 35(88),16-32. <https://periodicos.pucpr.br/psicologiaargumento/article/view/18432/pdf>

Fleming, S., Thompson, M., Stevens, R., Heneghan, C., Plüddemann, A., Maconochie, I., Tarassenko, L., & Mant, D. (2011). Normal ranges of heart rate and respiratory rate in children from birth to 18 years of age: a systematic review of observational studies. *Lancet (London, England)*, 377(9770), 1011–1018. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)62226-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)62226-X)

Gaspar, A. M., Branco, C. B., Pedro, C. F., Nunes, D. F., Alves, N. S., & Reis, A. (2020). As estratégias de enfermagem adotadas para ultrapassar as barreiras culturais e linguísticas com pessoas culturalmente diversas – Uma Scoping Review. *Revista Da UI_IPSantarém*, 8(1), 215–222. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19893>

Godino-Iáñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Gómez-Urquiza, J. L., Vargas-Román, K., Membrive-Jiménez, M. J., & Albendín-García, L. (2020). Play Therapy as an Intervention in Hospitalized Children: A Systematic Review. *Healthcare (Basel)*, 8(3), 239. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7551498/>

Granek, L., Barrera, M., Shaheed, J., Nicholas, D., Beaune, L., D'Agostino, N. et al. (2013). Trajectory of parental hope when a child has difficult-to-treat cancer: a prospective qualitative study. *Psychooncology*, 22 (11), 2436–44. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3305>

Guedes, A., Carvalho, M. S., Laranjeira, C., Querido, A., & Charepe, Z. (2021). Hope in palliative care nursing: concept analysis. *International Journal of Palliative Nursing*, 27(49), 334-345. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2021.27.4.176> <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9356/1/Hope%20in%20palliative%20care%20nursing%20-%20concept%20analysis.pdf>

Haidar, N., Al Amri, M., Sendad, N. & Toaimah, F. (2024). Efficacy of Buzzy Device Versus EMLA Cream for Reducing Pain During Needle-Related Procedures in Children: A Randomized Controlled Trial. *Pediatric Emergency Care*, 40 (3),180-186. <https://oec.ovid.com/article/00006565-202403000-00003?sequence=1&clickthrough=y>

Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4th. ed.). Instituto de Apoio à Criança.

https://criancasatoroeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf

Instituto Nacional de Estatística (2024). *Taxa de mortalidade neonatal (%) por Local de residência da mãe (NUTS - 2024) e Sexo; Anual*. Instituto Nacional de Estatística.

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0012568&contexto=bd&selTab=tab2

International Council of Nurses (2019). *ICNP Browser: Catalogue Concepts* [online]. International Classification for Nursing Practice. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Jeffers, S., Lippe, M., Justice, A., Ferry, D., Borowik, K., & Connelly, C. (2022). Nursing Student Perceptions of End-of-Life Communication Competence. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(3), 199 - 205. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000849>.

Jensen, C. S., Lisby, M., Kirkegaard, H., & Loft, M. I. (2022). Signs and symptoms, apart from vital signs, that trigger nurses' concerns about deteriorating conditions in hospitalized paediatric patients: A scoping review. *Nursing open*, 9(1), 57–65. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8685853/>

Kain, V. J. (2021). Perinatal Palliative Care: Cultural, Spiritual, and Religious Considerations for Parents-What Clinicians Need to Know. *Frontiers in pediatrics*, 9, 597519. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.597519>.

Kenney, A., Bedoya, S., Gerhardt, C., Young-Saleme, T., & Wiener, L. (2021). End of life communication among caregivers of children with cancer: A qualitative approach to understanding support desired by families. *Palliative and Supportive Care*, 19(6), 715 - 722. <https://doi.org/10.1017/S1478951521000067>.

Kenner, C., Press, J. & Ryan, D. (2015). Recommendations for palliative and bereavement care in the NICU: a family-centered integrative approach. *Journal of Perinatology*, 35, 19–23. <https://doi.org/10.1038/jp.2015.145>

<https://www.nature.com/articles/jp2015145#citeas>

Khanjari, S., Haghani, H., Khoshghadm, M., & Asayesh, H. (2021). The effect of combined external cold and vibration during immunization on pain and anxiety levels in children. *Journal of Nursing & Midwifery Sciences*, 8(4), 231–237. <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/2anvvpxxmj>

Kim, E.S., Kim, S., Kim, S., Ahn, S.Y., & Lee, H. (2024). Palliative Care for Infants in the Neonatal Intensive Care Unit. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 26(1), 14–20. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000985>

Klevan, T., Sommer, M., Borg, M., Karlsson, B., Sundet, R., & Kim, H. S. (2021). Part III: Recovery-Oriented practices in community mental health and substance abuse services: A meta-synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(24), Article 13180. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413180>

Kolcaba, K. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>

https://www.researchgate.net/publication/15269336_A_theory_of_holistic_comfort_for_nursing

Lari, L.R., Shimo, A.K.K., Carmona, E.V., Lopes, M.H.B. de M. & Campos, C.J.G. (2018). Suporte aos pais que vivenciam a perda do filho neonato: revisão de literatura. *Arquichán*, 18(1), 80-94. <https://doi.org/10.5294/aqui.2018.18.1.8>

Lehtonen, L., Gimeno, A., Parra-Llorca, A., & Vento, M. (2017). Early neonatal death: A challenge worldwide. *Seminars in fetal & neonatal medicine*, 22(3), 153–160. <https://doi.org/10.1016/j.siny.2017.02.006>

Lei n.º 147/99 da Assembleia da República, Diário da República n.º 204/1999, Série I-A de 1999-09-01, páginas 6115 – 6132. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/147-1999-581619>

Lei n.º 156/2015 da Assembleia da República, Diário da República n.º 181/2015, Série I de 2015-09-16, páginas 8059 – 8105. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Leininger, M.M. (1988). Leininger's theory of nursing: cultural care diversity and universality. *Nursing Science Quarterly*, 1(4), 152-160. <http://dx.doi.org/10.1177/089431848800100408>

Leininger, M. M. (2006). Culture care diversity and universality theory and evolution of the ethonursing method. (2nd. ed.). *Culture care diversity and universality. A worldwide nursing theory.* (pp. 1-42). Jones and Bartlett Publishers. https://books.google.pt/books?id=NmY43MysbxIC&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Lin, L., Zhang, Y., Pan, H., Wang, J., Qi, Y. & Ma, Y. (2020). Clinical and genetic characteristics and prenatal diagnosis of patients presented GDD/ID with rare monogenic causes. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 15(1), 1–15. <https://doi.org/10.1186/s13023-020-01599-y>

Linde, K., Lehnig, F., Nagl, M. & Kersting, A. (2020). The association between breastfeeding and attachment: A systematic review. *Midwifery*, 81, 1-16. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613819302839?via%3Dihub>

Lininger, R. A. (2003). Pediatric peripheral i.v. insertion success rates. *Pediatric nursing*, 29(5), 351–354. <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/56oz5jvtcf>

Lopes, N.M.Q. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros* [master's thesis]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20Lopes.pdf>

López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., & Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente [Spanish adaptation of the "Mobile Phone Problem Use Scale" for adolescent population]. *Adicciones*, 24(2), 123-130. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/104/101>

Maravilha, T.L.F., D., Marcelino, M.F.L. & Charepe, Z.B. (2021). Fatores influenciadores da esperança nos pais de crianças com doença crónica. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-8. https://acta-ape.org/wp-content/uploads/articles_xml/1982-0194-ape-34-eAPE001545/1982-0194-ape-34-eAPE001545.pdf

McFarland, M. R. & Wehbe-Alarmah, H. B. (2019). Leininger's theory of culture care diversity and universality: an overview with a historical retrospective and a view toward the future. *Journal of Transcultural Nursing*, 30(6), 540-557. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1043659619867134>

Meleis, A.I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and practice*. New York: Springer Publishing Company; https://taskurun.files.wordpress.com/2011/10/transitions_theory__middle_range_and_situation_specific_theories_in_nursing_research_and_practice.pdf

Melgar, Á. & López-Viota, J. (2022). Hemodiálisis pediátrica. *Protoc diagn ter pediatr. Asociación Española de Pediatría*, 1, 459–76. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/25_hemodialisis_0.pdf

Mendoza, T.X.I. & González, J.S. (2006). Competência cultural. Una forma humanizada de ofrecer cuidados de enfermería. *Index de Enfermeria*, 15(55). https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962006000300010

Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem Comunitária (2023). Tomada de Posição n.º 01/2023 - Referencial em enfermagem de Saúde familiar. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28497/tomada-de-posic-a-o-1-2023_mceec_referencial-em-enfermagem-de-sau-de-familiar.pdf

Mohamed Hussin, N. A., Aho, A. L., & Kylvä, J. (2024). Finding Hope in Finnish Parents Following the Traumatic Death of Their Child. *Omega: Journal of Death & Dying*, 1. <https://doi.org/10.1177/00302228241272553>

Montagnino, B. & Maurício, R. (2004). The Child with a tracheostomy and gastrostomy: parental stress and coping in the home – a pilot study. *Pediatric Nursing*, 30(5), 373-401. <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/gm4pvntdlj>

Monteiro, J. (2021). *A intervenção do enfermeiro na educação parental na doença oncológica pediátrica: uma scoping review* [master's thesis]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.26/35451>

Monteiro, J.A., & Cerqueira, C. (2020). Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. In A.L. Ramos, & M.C. Barbieri-Figueiredo (1st. ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 33-38). Lidel.

Montgomery, K., Hendricks-Ferguson, V., & Hellsten, M. (2020). End-of-Life Communication. In Hinds, P. S. & Linder, L. *Pediatric Oncology Nursing. Defining Care Through Science* (pp. 215-233). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-030-25804-7_12.

Moore, B. S., Carter, B. S., Beaven, B., House, K., & House, J. (2019). Anticipation, Accompaniment, and a Good Death in Perinatal Care. *The Yale journal of biology and medicine*, 92(4), 741–745. <https://bit.ly/47vwB6W>

Morris, S., Fletcher, K., & Goldstein, R. (2019). The Grief of Parents After the Death of a Young Child. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 26(3), 321–338. <https://doi.org/10.1007/s10880-018-9590-7>

Naik, V. M., Mantha, S. S. P., & Rayani, B. K. (2019). Vascular access in children. *Indian journal of anaesthesia*, 63(9), 737–745. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_489_19

National Library of Medicine (2024). Medical Subject Headings. National Library of Medicine. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>

Nayeri, N. D., Goudarzian, A. H., Herth, K., Naghavi, N., Nia, H. S., Yaghoobzadeh, A., Sharif, S. P., & Allen, K. A. (2020). Construct validity of the Herth Hope Index: A systematic review. *International journal of health sciences*, 14(5), 50–57. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7475204/>

O'Brien, R. (2014). Expressions of hope in paediatric intensive care: a reflection on their meaning. *Nursing in Critical Care*, 19(6), 316–321. <https://doi.org/10.1111/nicc.12069>
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/nicc.12069>

Ordem dos Enfermeiros (2011a). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. I Série, 3(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011b). Regulamentos dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamentao_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2011c). Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Cadernos OE. I Série, 3(2). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_VolII.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Cadernos OE. Série, 1(6). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). Dia das doenças raras. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-paginas-antigas/dia-mundial-das-doencas->

raras/

Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2024, Novembro 03). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. Adoptada por aclamação no dia 19 de Outubro de 2005 pela 33ª sessão da Conferência Geral da UNESCO. Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura. https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por

Pádua, A., Silva, J., & Contreiras, S. (2020). A Criança e o Jovem vítimas de maus-tratos. In A.L. Ramos, & M.C. Barbieri-Figueiredo (1st. ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 273-281). Lidel.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D, et al. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(71). <http://www.prisma-statement.org/>

Panayiotou, A., Hwang, K., Williams, S., Chong, T. W. H., LoGiudice, D., Haralambous, B., Lin, X., Zucchi, E., Mascitti, M. M., Goh, A. M. Y., You, E., & Batchelor, F. (2020). The perceptions of translation apps for everyday health care in healthcare workers and older people: A multi-method study. *Journal of Clinical Nursing (John Wiley & Sons, Inc.)*, 29(17/18), 3516–3526. <https://doi.org/10.1111/jocn.15390>

Parravicini, E. (2017). Neonatal palliative care. *Current Opinion in Pediatrics*, 29(2), 135-140. doi: 10.1097/MOP.0000000000000464. <https://oce.ovid.com/article/00008480-201704000-00003/HTML>

Passone, C. G. B., Grisi, S. J., Farhat, S. C., Manna, T. D., Pastorino, A. C., Alveno, R. A., Miranda, C. V. S., Waetge, A. R., Cordon, M. N., Odone-Filho, V., Tannuri, U., Carvalho, W. B., Carneiro-Sampaio, M., & Silva, C.A. (2020). Complexity of pediatric chronic disease: cross-sectional study with 16,237 patients followed by multiple medical specialties. *Revista Paulista De Pediatria*, 38. e2018101 <https://doi.org/10.1590/1984-0462/2020/38/2018101>

Peters, M. D. J., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A. C., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>

Pion, A. B., Baenziger, J., Fauchère, J.C., Gubler, D., & Hendriks, M. J. (2021). National divergences in perinatal palliative care guidelines and training in tertiary NICUs. *Front Pediatr*, 9. <https://doi.org/10.3389/fped.2021.673545>. <https://www.frontiersin.org/journals/pediatrics/articles/10.3389/fped.2021.673545/full>

Queirós, I., Moreira, T., Pissarra, R., Soares, H. & Guimarães, H. (2023). Non-pharmacological management of neonatal pain: a systematic review. *Minerva Pediatrics*, 75(2), 282–295. Doi: 10.23736/s2724-5276.22.06871-9
<https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/5dfeoc3ubb>

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S. & Nunes, E. (2022). Intervenções de enfermagem promotoras da vinculação ao recém-nascido hospitalizado: revisão scoping. *Enfermería Global*, 66, 609-623.
<https://revistas.um.es/eglobal/article/view/479291/321741>

Raja, S.N., Carr, D.B., Cohen, M., Finnerup, N.B., Flor, H., Gibson, S., Keefe F.J., Mogil, J.S., Ringkamp, M., Sluka, K.A., Song, X.J., Stevens, B., Sullivan, M.D., Tutelman, P.R., Ushida, T. & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976-1982.
<https://journals.lww.com/pain/pages/articleviewer.aspx?year=2020&issue=09000&article=00006&type=Fulltext>

Ramer-Chrastek, J. & Thygeson, M. V. (2005). A perinatal hospice for an unborn child with a life-limiting condition. *International Journal of Palliative Nursing*, 11(6), 274–276. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2005.11.6.18294>
<https://research.ebsco.com/c/c5lw7m/viewer/pdf/mbw6nr2inn>

Ramos, A.L. & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). Instrumentos de avaliação a utilizar em crianças, jovens e família. In A.L. Ramos, & M.C. Barbieri-Figueiredo (1st. ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 312-321). Lidel.

Ramos, A.L. & Barbieri-Figueiredo, M.C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. (1st. ed). Lidel.

Regulamento n.º 422/2018a da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 133 (12 de julho de 2018).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II série, n.º 26 (6 de fevereiro de 2019).
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rosenberg, K. (2021). Postpartum Nurse Home Visits Offer Long-Lasting Benefits. *The American Journal of Nursing*, 121(10), 52. DOI: 10.1097/01.NAJ.0000794264.86475.7b

Rosenbaum, J. L., Smith, J. R., & Zollfrank, R. (2011). Neonatal end-of-life spiritual support care. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 25(1), 61–69. <https://doi.org/10.1097/jpn.0b013e318209e1d2>

Salamanca-Balen, N., Merluzzi, T. V., & Chen, M. (2021). The effectiveness of hope-fostering interventions in palliative care: A systematic review and meta-analysis. *Palliative Medicine*, 35(4), 710–728. <https://doi.org/10.1177/0269216321994728>.
<https://research.ebsco.com/c/c51w7m/viewer/pdf/cnqdo7jhqn>

Sanders, J. (2014). Cuidados centrados na família em situações de doença e hospitalização. Wong, *Enfermagem da criança e do adolescente*. (9th. Ed.). Lusociência.

Santos, T., de Matos, M. G., Marques, A., Simões, C., Leal, I., & Machado, M. D. (2016). Adolescent's subjective perceptions of chronic disease and related psychosocial factors: highlights from an outpatient context study. *BMC pediatrics*, 16(1), 211. <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/lv5fmihxzj>

Sequeira, C. (2016). *Comunicação Clínica e Relação de Ajuda*. (1st. Ed.). Lidel.

Setty, S. G., Batra, M., & Hedstrom, A. B. (2020). The Silverman Andersen respiratory severity score can be simplified and still predicts increased neonatal respiratory support. *Acta paediatrica (Oslo, Norway: 1992)*, 109(6), 1273–1275. <https://doi.org/10.1111/apa.15142>

Silva dos Santos, S., Barbosa da Silva Alves, A., Cesar Oliveira, J., Gomes, A., & dos Santos Maia, L. F. (2017). A Ludoterapia Como Ferramenta Na Assistência Humanizada De Enfermagem. *RECIEN: Revista Científica de Enfermagem*, 7(21), 30–40. <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/yvhdejston>

Shahid, S., Florez, I.D., Mbuagbaw, L. (2019). Efficacy and Safety of EMLA Cream for Pain Control Due to Venipuncture in Infants: A Meta-analysis. *Pediatrics*, 143(1). <https://doi.org/10.1542/peds.2018-1173>
<https://publications.aap.org/pediatrics/article/143/1/e20181173/76856/Efficacy-and-Safety-of-EMLA-Cream-for-Pain-Control>

Shamsalinia, A., Pourghaznein, T., & Parsa, M. (2015). The relationship between hope and religious coping among patients with type 2 diabetes. *Global Journal of Health Science*, 8(1), 208–216. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n1p208>

Silva, P.A., Esteves, M. L. & Castro, F. V. (2013). Vinculação mãe bebê. *International Journal of Developmental and Educational Psychology: INFAD. Revista de Psicología*, 1(2), 729-736. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349852173054.pdf>

Silveira, A. O., Wernet, M., Franco, L. F., Dias, P. L. M., & Charepe, Z. (2023). Parents' hope in perinatal and neonatal palliative care: a scoping review. *BMC Palliative Care*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01324-z>
<https://research.ebsco.com/c/c51w7m/viewer/pdf/xdrsgzhlsv>

Sociedade Portuguesa de Pediatria (2024, Junho 20). Doenças crónicas ou complexas. Criança e família. <https://criancaefamilia.spp.pt/doencas-cronicas-ou-complexas/>.

Souza, J. M., & Veríssimo, M.L.O.R. (2015). Desenvolvimento infantil: análise de um novo conceito. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 23(6), 1097-1104. doi 10.1590/0104-1169.0462.2654. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0462.2654>

Subhi, R., Smith, K., & Duke, T. (2009). When should oxygen be given to children at high altitude? A systematic review to define altitude-specific hypoxaemia. *Archives of disease in childhood*, 94(1), 6–10. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.138362>

Szabat, M. (2020). Parental experience of hope in pediatric palliative care: Critical reflections on an exemplar of parents of a child with trisomy 18. *Nursing Inquiry*, 27(2), 1–10. <https://doi.org/10.1111/nin.12341>

Tavares, P. (2011). *Acolher brincando: a brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Lusociência.

Tavares, P. P. (2020). Apreciação em Enfermagem da Criança e do Jovem: No contexto do Internamento. In A.L. Ramos, & M.C. Barbieri-Figueiredo (1st. ed), *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp.95-103). Lidel.

Together for Short Lives. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care. Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families*. (4th. Ed.). <https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children's-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>

Tricco, A.C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K.K., Colquhoun, H., Levac, D., et al. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med*, 169(7), 467–473. doi:10.7326/M18-0850 <https://research.ebsco.com/c/hecr4r/viewer/pdf/prfppq5bsf>

United Nations International Children's Emergency Fund (2024a, Fevereiro 04). Declaração Universal dos Direitos Humanos. Adotada e proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas (resolução 217 A III) em 10 de dezembro 1948. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

United Nations International Children`s Emergency Fund (2024b, Fevereiro 04). Convenção sobre os Direitos da Criança. Adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal em 21 de Setembro de 1990.

https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

United Nations International Children`s Emergency Fund. (2025, Janeiro 05). Levels & Trends in Child Mortality. Report 2023 Estimates developed by the United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. <https://childmortality.org/resources?reportType=report>

Varkey, B. (2021). Principles of Clinical Ethics and Their Application to Practice. *Med Princ Pract*, 30(1), 17–28. <https://doi.org/10.1159/000509119>
<https://karger.com/mpp/article/30/1/17/204816/Principles-of-Clinical-Ethics-and-Their>

Vaz, C., Rosário, E., & Silva, I. (2011). Pareceres – reflectir o agir. Análise complexa de um caso. *Percursos*, 21, 1-43. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n21.pdf

Vicente, S., Veríssimo, M., & Diniz, E. (2017). Infant massage improves attitudes toward childbearing, maternal satisfaction and pleasure in parenting. *Infant Behavior and Development*, 49, 114-119. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2017.08.006>.

Watson, M., Ward, S., Vallath, N., Wells, J. & Campbell, R. (2019). *Oxford Handbook of Palliative Care*. OUP Oxford. <https://books.google.com.br/books?hl=pt-PT&lr=&id=nlpIAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP13&dq=Oxford+Handbook+of+Palliative+Care&ots=sRIA6PqLxk&sig=5T4TChvEIK8PBkuSMbTTLcQXWmU#v=onepage&q=Oxford%20Handbook%20of%20Palliative%20Care&f=false>

Workman E. (2001). Guiding parents through the death of their infant. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 30(6), 569–573. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2001.tb00003.x>
<https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/73276/j.1552-6909.2001.tb00003.x.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

World Health Organization (2022). Recomendações da OMS sobre cuidados maternos e neonatais para uma experiência pós-natal positiva. <https://shorturl.at/dyJOS>

Wright, L.M. & Leahey, M. (2013). *Nurses and Families: A guide to family assessment and intervencion* (5th. ed.). F. A. Davis Company. https://www.academia.edu/37173925/Nurses_and_Families_A_Guide_to_Family_Assessment_and_Intervention_5th_edition

Zaplatnikov, A., Girina, A., Lepiseva, I., Svintsitskaya, V., Leshik, M., & Fursova, A. (2023). Post-vaccination hyperthermia in children: a current view of the old problem. *Russian Journal of Woman and Child Health*, 6(2),192-198.
<https://doaj.org/article/4b3b1172fb1b4390a3f810ab7005fed2>

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Dinamização da sala de recepção de crianças para cirurgia através de um Póster e de uma Caixa dos Desejos

REDUZIR A ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO

Estratégias não-farmacológicas



O **jogo terapêutico** consiste num simulador para as crianças manipularem, tendo contato com a rotina operatória (colocação da pulseira de identificação, avaliação dos sinais vitais, colheita de sangue, entre outros).

- Através de programas de preparação pré-cirúrgica como: role play com bonecos;
- Técnicas de relaxamento ou teatro com a participação da criança/adolescente simulando a situação de hospitalização;
- Informações narradas, vídeos informativos e visita hospitalar.



Crianças até aos 3 anos



- Pais calmos e que saibam gerir a sua ansiedade, transmitem confiança e segurança aos filhos;
- Faça-se acompanhar por um brinquedo, um peluche ou objeto preferido da criança para ela ter consigo durante a hospitalização.

Crianças dos 4 até aos 11 anos

- Explique de forma simples e neutra a ida ao hospital;
- Leve uma fotografia ou brinquedo preferido para que o seu filho se sinta sempre seguro, mesmo no momento da separação;
- Incentive o seu filho a colocar questões e angústias ao médico e/ou enfermeiro que o irá acompanhar.



Adolescente dos 12 até aos 17 anos



- Faça com que o adolescente acompanhe as decisões médicas desde o início;
- Incentive-o a colocar dúvidas e medos aos profissionais de saúde;
- Deixe-o levar auscultadores, livros, jogos, telemóvel, consola de jogos que o façam distrair e gerir a sua própria ansiedade;
- Dialogue com o adolescente e faça-o sentir integrado no processo de tomada de decisão durante todo o processo de hospitalização.





APÊNDICE 2

Sessão de promoção da saúde para pais sobre Suporte Básico de Vida Pediátrico

A person wearing blue scrubs is shown from the waist down, performing CPR on a baby mannequin. The mannequin is lying on its back, and the person's hands are positioned on its chest. The background is a plain, light-colored wall.

Suporte de Básico de Vida Pediátrico

Ana Mónica Canelas

Enfermeira no Serviço de Neonatologia do Centro Materno Infantil do Norte
Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Julho de 2024

Paragem Cardiorrespiratória (PCR) na criança

- A **principal causa** de PCR na idade pediátrica é a **hipóxia** resultando da deterioração progressiva da função respiratória e posteriormente, circulatória.
- A prioridade na reanimação pediátrica é a **permeabilização da via aérea e a oxigenação**.
- As causas primárias PCR de **origem cardíaca são raras**.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Os princípios gerais são os mesmos do adulto, existindo, no entanto, algumas diferenças que importa realçar

As recomendações para o adulto podem ser utilizadas para qualquer jovem que aparenta ter estrutura de adulto.

Definição da idade

- **Recém-Nascido**
 - Nascimento até aos 28 dias de vida
- **Lactente**
 - Dos 29 dias de vida até um ano de idade
- **Criança**
 - Entre um ano e 18 anos de idade.

O algoritmo de SBV pediátrico aplica-se a todas as crianças, com exceção do recém-nascido (RN) imediatamente após o nascimento.

Cadeia de sobrevivência Pediátrica



1. **Reconhecimento precoce da gravidade da situação e pedido de ajuda:** para prevenir a PCR
2. **Suporte Básico de Vida:** para otimizar a oxigenação
3. **Ligar 112:** para pedir ajuda diferenciada
4. **Desfibrilhar:** para administração de um choque elétrico que trata um ritmo cardíaco irregular e fatal
5. **Suporte Avançado de Vida (SAV), desfibrilhação e cuidados pós-reanimação:** para restaurar a qualidade de vida (estabilizar).

Suporte Básico de Vida Pediátrico

- a principal causa de PCR na idade pediátrica é a **hipóxia**;
- a prioridade é otimizar a **oxigenação** (com as **5 insuflações** iniciais e **compressões torácicas**).

1 Reanimador: fundamental que o **SBV** seja iniciado de imediato e efetuado **durante um minuto**, até conseguir ligar 112.

2 Reanimadores: um deverá ligar de imediato 112 ou procurar ajuda, enquanto o outro inicia SBV

Suporte Básico de Vida Pediátrico

Conjunto de **procedimentos simples** com o objetivo de fornecer **oxigênio ao cérebro e ao coração**, sem recurso a dispositivos avançados, até à chegada das equipas de emergência, que garantem o Suporte Avançado de Vida.

Deve ser executado com a vítima em **decúbito dorsal, no chão ou num plano duro**.

Seguindo uma ordem de ações cujo sucesso da próxima depende da eficácia da anterior.

Suporte Básico de Vida Pediátrico

1. Avaliar as condições de segurança

Assegurar as **condições de segurança para o reanimador**, para a **vítima** e para **terceiros**.

- o reanimador deve minimizar a sua exposição a perigos, estando desperto e protegendo-se de fatores e riscos ambientais (ex. choque elétrico, derrocadas, explosão, tráfego), toxicológicos (ex. exposição a gás, fumo, tóxicos); e infecciosos (ex. **tuberculose**, hepatite, SARS-COV2).

Procurar pistas sobre **o que** potencialmente **possa ter causado a emergência** (trauma, engasgamento, criança com patologia cardíaca)

2. Avaliar a reatividade da criança

- Avaliar se a criança responde: “**Estás bem, sentes-te bem?**”, enquanto a estimula batendo suavemente nos ombros.
 - **Lactentes (até 1 ano)** devem ser estimulados mexendo nas mãos e/ou nos pés, ao mesmo tempo que são chamados em voz alta.

Se a criança responder: deixá-la na posição em que está, ou na que ela pretender adotar e ligar 112, reavaliando-a frequentemente.

Se a criança não responder deve prosseguir com a avaliação (se existirem dois reanimadores, o outro **liga 112**).

3. Permeabilizar a Via Aérea

Na criança **inconsciente** = Permeabilizar a via aérea

Coloque uma mão na região frontal (testa) e dois dedos da outra mão no mento (queixo);

Faça a extensão da cabeça, inclinando-a cuidadosamente para trás, sem pressionar os tecidos moles abaixo do mento (pode causar obstrução da via aérea);

No **lactente**, coloque a cabeça em posição neutra (face paralela ao plano onde está deitado), elevando ligeiramente os ombros/costas do bebê (ex: toalha).



4. Avaliar a ventilação

VOS (Ver, Ouvir e Sentir) durante 10 segundos, mantendo a permeabilização da via aérea

1. **VER** - se existem movimentos torácicos;
2. **OUVIR** - se existem ruídos de saída de ar pela boca ou nariz da criança;
3. **SENTIR** - na sua face se há saída de ar pela boca ou nariz da criança.



4. Avaliar a ventilação

Criança respira normalmente e não há evidência de trauma, coloque-a em **posição de recuperação e ligue 112**

Via aérea permeável com ligeira extensão da cabeça



Mão a suportar a cabeça e boca desobstruída

O joelho mantém a posição estável

Criança não respira normalmente mantenha a **permeabilização da via aérea** e realize **5 insuflações iniciais**



5. Realizar 5 insuflações iniciais

Cada insuflação durante **1 segundo**.

Se dificuldade em conseguir as insuflações:

- Considerar obstrução da via aérea (remover obstrução só se visível);
- Reposicionar da cabeça;
- **Se incapaz de ventilar, continuar com compressões torácicas.**

Se **gasping** considerar a vítima em PCR.

Se algum movimento respiratório, reavaliar - VOS



Técnica Boca- Boca

6. Realizar 15 compressões torácicas

Avaliar sinais de circulação
(tosse, movimentos corporais, gemido/choro, sinais de respiração)

Tentar palpar pulsos centrais:

- **Lactentes:** braquial ou femoral
- **Criança e adolescente:** Pulso carotídeo ou femoral

6. Realizar 15 compressões torácicas

Após as 5 insuflações iniciais, na ausência de sinais de vida, iniciam-se as **15 compressões torácicas**.

Metade inferior do esterno, com uma frequência de **100 a 120/minuto** e uma profundidade de 1/3 do diâmetro ântero-posterior do tórax.

- Lactentes – 4 cm
- Criança – 5 cm



Técnica do abraço



Técnica dos 2 dedos



7. Realizar 2 Insuflações

Técnica boca a boca-nariz (lactentes)

Manter a permeabilidade da via aérea, assegurando que a cabeça está em posição neutra. Após encher o “peito de ar”, adapta a sua boca à volta da boca e do nariz do lactente e insufla

Técnica boca a boca

Adaptar a sua boca sobre a boca da criança, garantindo uma boa selagem. Com os dedos da mão que faz a extensão da cabeça deve selar as narinas da criança para evitar a fuga do ar insuflado.

IMPORTANTE:

Caso uma ou ambas as insuflações sejam ineficazes avance de imediato para as compressões torácicas

8. Quando ligar 112?

1 Reanimador:

1. Confirma vítima inconsciente;
2. Verifica ausência de sinais de vida;
3. Faz 5 insuflações;
4. **Liga 112;**
5. Iniciar SBV (se possível durante a chamada para o 112, usando a função alta voz).

Se não tiver telemóvel disponível:

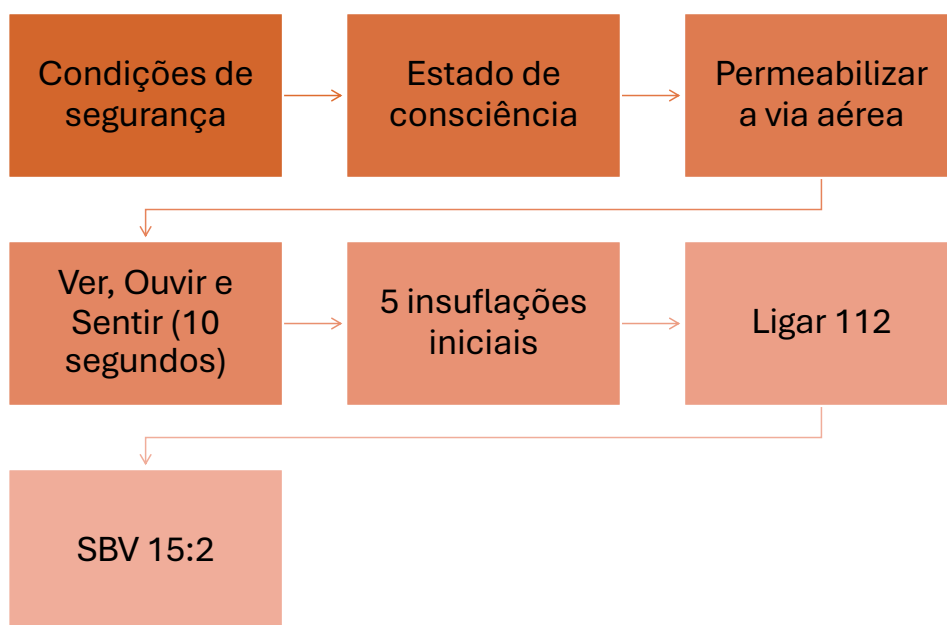
1. Após as 5 insuflações realizar 1 min de SBV;
2. **Ir pedir ajuda** e, se possível, levar a vítima pediátrica procurando minimizar as pausas no SBV.

9. Manter SBV

Manter **15 compressões: 2 insuflações**, ou compressões contínuas) até:

1. **Chegar ajuda** diferenciada e ser substituído;
2. A **vítima retomar sinais de vida** (tosse, movimentos e respiração normal);
3. **Ficar exausto**.

Algoritmo SBV Pediátrico



OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NA IDADE PEDIÁTRICA (OVA)

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NA IDADE PEDIÁTRICA

Nas crianças é uma situação **frequente**.

Tosse, estridor e engasgamento de forma súbita e sem existirem outros sinais de doença.

durante a alimentação ou quando as crianças estão a brincar com objetos de pequenas dimensões.

A tosse espontânea é provável que seja mais eficaz e mais segura do que qualquer manobra que um reanimador execute.

Se a **tosse é ausente ou ineficaz** há necessidade de **intervenções ativas** para resolver OVA

OBSTRUÇÃO DA VIA AÉREA NA IDADE PEDIÁTRICA

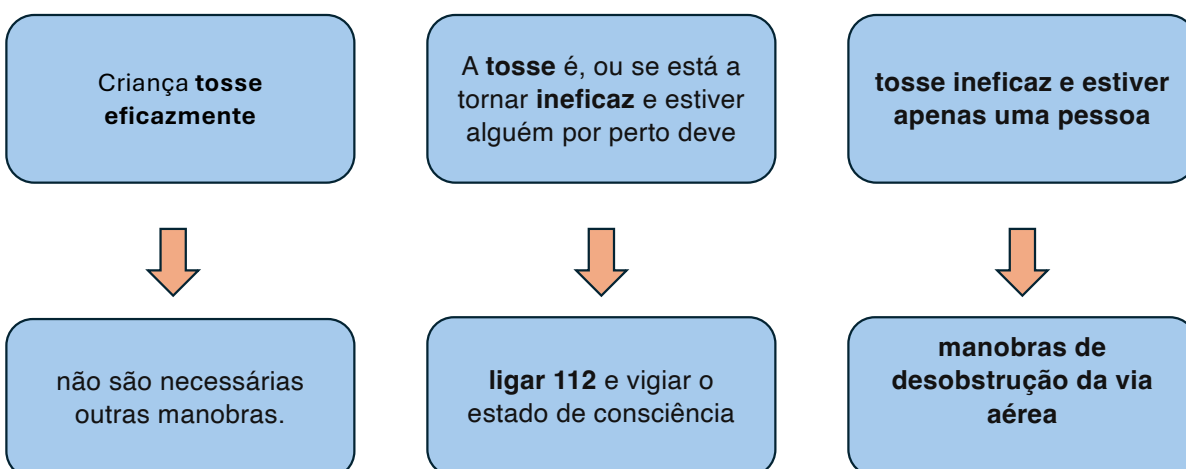
Ligeira

- Criança reativa, capaz de falar, tossir e respirar;
- Eventual ruído respiratório na inspiração;
- **Mantém reflexo da tosse eficaz**

Grave

- Criança incapaz de falar;
- **Tosse fraca/ineficaz** ou **ausente**;
- Respiração em “esforço” com ruído agudo à inspiração ou ausência total de ruído;
- Incapacidade de movimentar o ar;
- **Cianose** (coloração azulada da pele, especialmente da face e nas extremidades, devida a deficiente oxigenação do sangue);
- **Criança com as mãos no pescoço** (sinal universal de asfixia).

Abordagem da criança com suspeita de OVA



Sequência de atuação na obstrução da via aérea do lactente **consciente**

Pancadas interescapulares e compressões torácicas

aplique até 5 pancadas, secas, nas costas, entre as duas omoplatas, com a base da mão.



até 5 compressões torácicas com 2 dedos.



Impossibilidade de deslocar o objeto e remover corpo estranho, e o **lactente continue consciente,**

Sequência de atuação na obstrução da via aérea do criança, **consciente**

Pancadas interescapulares e compressões abdominais

Apoiar a criança numa posição inclinada para a frente, e aplicar até 5 pancadas interescapulares.



Compressões abdominais até 5 tentativas (manobra de Heimlich)



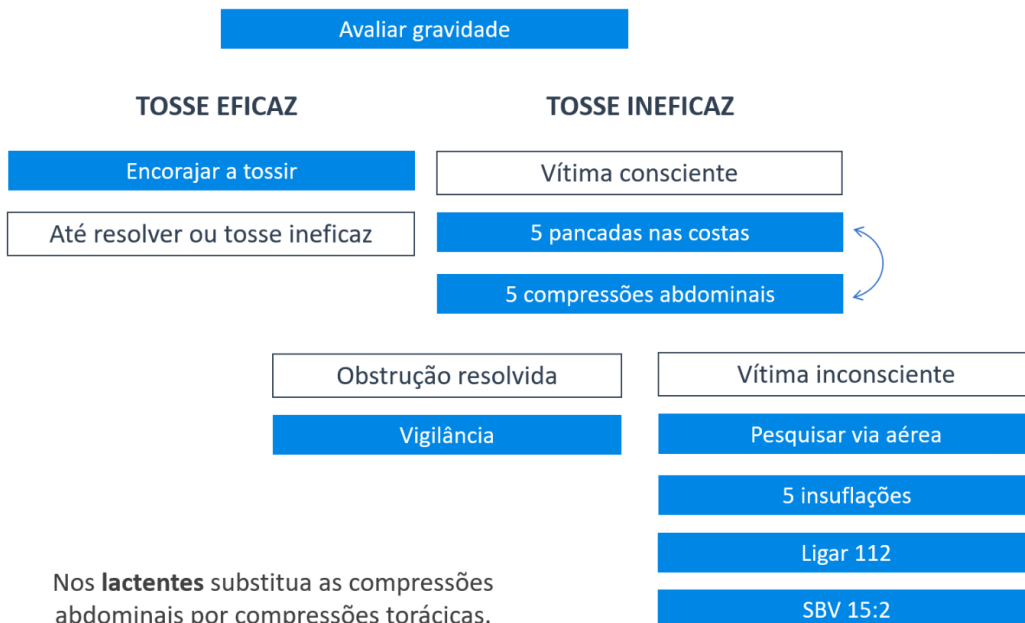
Se a obstrução se mantém após as pancadas interescapulares e **criança consciente**

Sequência de atuação na obstrução da via aérea do lactente/criança, **inconsciente**

Iniciar o algoritmo SBV com 5 insuflações, ligar 112 com função de alta voz e depois alternar as 15 compressões com as 2 insuflações.

Se obstrução for resolvida e a **criança inconsciente**, deve ser permeabilizada a via aérea e reavaliada a respiração (VOS). Se continuar sem respirar normalmente fazer novamente 5 insuflações e reiniciar o algoritmo de SBV.

Se a criança recuperar consciência e a sua respiração se tornar eficaz, **deverá ser colocada na posição de recuperação**, avaliar VOS e estado de consciência.



Referências Bibliográficas

Instituto Nacional de Emergência Médica (2024, Junho, 24). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*. <https://www.prociv.azores.gov.pt/fotos/documentos/1667216937.pdf>

Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G. B., Lauritsen, T., & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation*, 161, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>



Suporte de
Básico de
Vida
Pediátrico

OBRIGADA

APÊNDICE 3

Sessão de promoção da saúde para adolescentes sobre Nomofobia

As dependências comportamentais nos adolescentes: uso excessivo de smartphones

Ana Mónica Canelas
Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
na Escola Superior de Saúde de Santa Maria
Julho de 2024



As dependências comportamentais nos adolescentes: uso excessivo de smartphones

- Os smartphones tornaram-se gradualmente uma **ferramenta indispensável na vida das pessoas** devido às suas características de satisfação instantânea, acessibilidade e integração de funções (Ding et al., 2022).
- Existe um **número crescente de crianças e adolescentes a possuir ou ter acesso a um smartphone**, o que leva ao início cada vez mais cedo de muitas perturbações comportamentais (uso excessivo de jogos, Internet e smartphones).



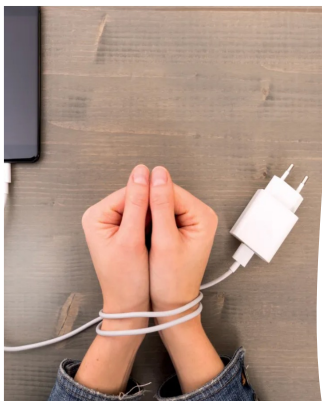
As dependências comportamentais nos adolescentes: uso excessivo de smartphones

- As dependências comportamentais são um **conceito relativamente novo em psiquiatria** e foram acrescentadas em 2010 à classificação oficial dos diagnósticos psiquiátricos (Derevensky et al., 2019).



Nomofobia – O que é?

- **"no-mobile-phone-phobia"** é a dependência ou vício do telemóvel e está também relacionada com o uso problemático da Internet e com o aumento do tempo despendido em atividades online (López et al., 2023).
- É uma **perturbação do século XXI**, fruto da sociedade digital e virtual contemporânea, não sendo ainda considerada uma doença mental no DSM-V (López et al., 2023)
- **Estado compulsivo** no qual as funções fisiológicas, psicológicas e/ou sociais de um indivíduo são prejudicadas devido ao uso descontrolado de smartphones (Ding et al., 2022).



Nomofobia – O que é?

- É o **medo patológico** de ficar desligado da tecnologia (López et al., 2023).
- É um **problema social** que afeta o crescimento saudável dos adolescentes (Ding et al., 2022).
- Principais **sinais e sintomas** pela falta de contacto com o telemóvel:
 - ansiedade,
 - nervosismo,
 - desconforto
 - angústia (López et al., 2023).



Principais características das dependências

- O indivíduo **não consegue resistir a impulsos**, motivações ou tentações que, se forem excessivamente utilizados, podem resultar em consequências prejudiciais (Derevensky et al., 2019).
- **6 elementos centrais** encontrados entre os indivíduos que sofrem de uma dependência comportamental:
 - Saliência;
 - Modificação do humor;
 - Tolerância;
 - Sintomas de abstinência quando se reduz ou cessa a atividade;
 - Conflito;
 - Recaída.



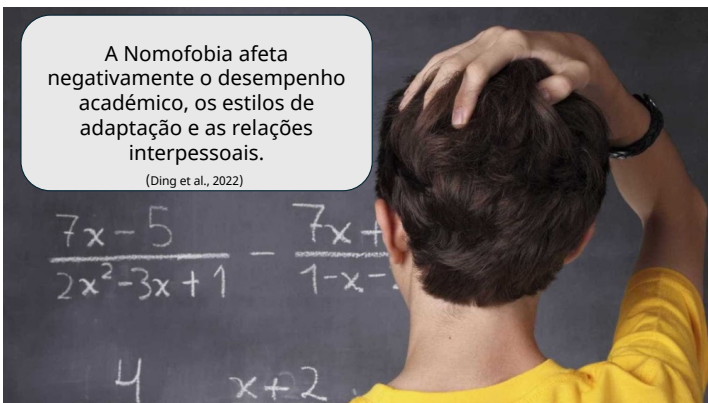
Nomofobia – Fatores preditivos

- baixa autoestima;
- insuficiente autocontrole;
- baixo nível de apoio social.

Nomofobia – Consequências negativas

- Na **saúde mental, física** e para o estilo de vida das crianças;
- Incluem:
 - dores de cabeça;
 - náuseas;
 - problemas oftalmológicos;
 - consequências psicológicas;
 - fadiga;
 - incapacidade de se concentrar;
 - diminuição da acuidade visual;
 - afetação das posturas corporais;
 - hábitos alimentares pouco saudáveis.

(Nayak & Pai, 2022)



A Nomofobia afeta negativamente o desempenho acadêmico, os estilos de adaptação e as relações interpessoais.

(Ding et al., 2022)

Escala de Uso Problemático de Telefone Celular (MPPUSA)

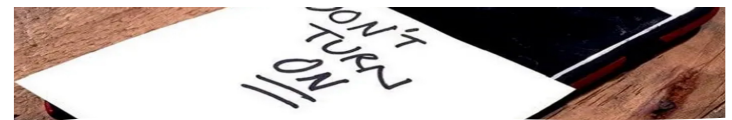
Avaliar a possível **dependência de smartphones entre crianças e adolescentes.**

Escala de Likert (1 "não de todo" a 5 "sempre").

Maior pontuação, maior adição.

(Lopez-Fernandez et al., 2012)

Item n°	Enunciado em espanhol da MPPUSA (adaptado de MPPUS de Bianchi y Peltzer, 2002)	Nota Teórica
1	Quanto mais tempo uso o celular, mais me sinto bem.	0,05
2	Quando não tenho o celular, sinto-me inquieto.	0,05
3	Quando não tenho o celular, sinto-me irritado.	0,05
4	Quando não tenho o celular, sinto-me ansioso.	0,05
5	Quando não tenho o celular, sinto-me triste.	0,05
6	Quando não tenho o celular, sinto-me frustrado.	0,05
7	Quando não tenho o celular, sinto-me desanimado.	0,05
8	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
9	Quando não tenho o celular, sinto-me perdido.	0,05
10	Quando não tenho o celular, sinto-me incapaz.	0,05
11	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
12	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
13	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
14	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
15	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
16	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
17	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
18	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
19	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
20	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
21	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
22	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
23	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
24	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
25	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
26	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05
27	Quando não tenho o celular, sinto-me inseguro.	0,05



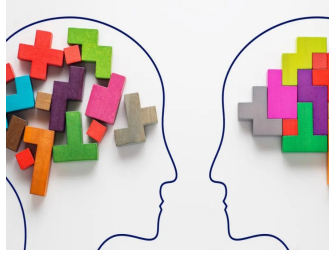
As medidas necessárias para minimizar o problema

- Os pais desempenham um papel essencial na prevenção e modificação das dependências comportamentais dos seus filhos (Derevensky et al., 2019)
- Capacitação para educadores e tutores para **distinguir, entre os fatores preditivos para o uso excessivo de smartphones**, sua prevenção e gestão (Nayak & Pai, 2022).
- **Limitar o tempo de ecrã e o uso de smartphones a 3-4 h por dia** entre os adolescentes (Nayak & Pai, 2022).

- **Regular o tempo** das crianças para usar os **gadgets** para uso produtivo do tempo e ter interações sociais com o meio envolvente (Nayak & Pai, 2022).
- Aprender a exercitar e controlar a gestão do tempo, **estabelecendo prioridades** na utilização destes gadgets (Nayak & Pai, 2022).
- Algumas escolas exigem que as crianças coloquem os seus **smartphones no cacifo** no início do dia escolar e os recuperem apenas no final do dia (Derevensky et al., 2019).
- **Impedir a utilização excessiva.**

Tratamento das perturbações comportamentais

- Terapia cognitiva/comportamental;
- Entrevista motivacional;
- Terapia familiar;
- Fóruns e grupos de apoio online.



(Derevensky et al., 2019)

Para Reflexão...



PENSADOR

Cuidado! O mesmo celular que te desperta pela manhã, pode te manter distraído o restante do dia.

João Bosco Filho

Referências Bibliográficas

Derevensky, J. L., Hayman, V. & Gilbeau, L. (2019). Behavioral Addictions: Excessive Gambling, Gaming, Internet, and Smartphone Use Among Children and Adolescents. *Pediatric Clinics of North America*, 66(6), 1163-1182. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2019.08.008>

Ding, Y., Wan, X., Lu, G., Huang, H., Liang, Y., Yu, J., & Chen, C. (2022). The associations between smartphone addiction and self-esteem, self-control, and social support among Chinese adolescents: A meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 13, 1029323. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1029323>

López, S., González, S., Chivite, C. M., Ramírez-Durán, M. D. V., Jódar, R., & Sánchez-Martínez, M. (2023). Diseño y validación de una escala para medir la nomofobia en niños de 9 a 13 años [Design and validation of a scale to measure nomophobia among children 9-13 years old]. *Atención primaria*, 55(1), 102528. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102528>

López-Fernández, O., Honrubia-Serrano, M. L., & Freixa-Blanxart, M. (2012). Adaptación española del "Mobile Phone Problem Use Scale" para población adolescente [Spanish adaptation of the "Mobile Phone Problem Use Scale" for adolescent population]. *Adicciones*, 24(2), 123130. <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/104/101>

Nayak, S. G., & Pai, M. S. (2022). Smartphone de-addiction among children and adolescents: An hour of need. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing : official publication of the Association of Child and Adolescent Psychiatric Nurses, Inc*, 35(2), 196-198. <https://doi.org/10.1111/jcap.12363> <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jcap.12363>

OBRIGADA



ANEXOS

ANEXO 1

Certificado de Orador convidado no III Congresso Científico: Transição para a
Enfermagem

C.

ORADOR

A Escola Superior de Saúde de Santa Maria certifica que, **Mónica Canelas**, participou na qualidade de **Orador Convidado** no evento “**III Congresso Científico: Transição para Enfermagem**”, dinamizado entre os dias 26 e 28 de junho 2024.

Porto, 1 de julho de 2024



Conselho de Direção



CERTIFICADO

ANEXO 2

Certificado de lecionação como Professora Convidada no Mestrado em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediátrica sobre o tema: Apoio no luto em neonatologia



DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos se declara que **Ana Monica Antunes Campos Canelas**, Titular do Cartão de Cidadão n.º 12147405, lecionou como Professora Convidada, neste Estabelecimento de Ensino, a aula com o tema "Apoio no luto em neonatologia" ao Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, no dia 18 de outubro de 2024, com um total de 2h.

Por ser verdade e me ter sido pedida, passo a presente declaração que assino sob o carimbo em uso neste Estabelecimento de Ensino.

Porto, Escola Superior de Saúde de Santa Maria, 10 de janeiro de 2025.

A Vogal do Conselho de Direção,

(Prof. Doutora Goreti Filipa dos Santos Marques)

Assinado por: **GORETI FILIPA DOS SANTOS MARQUES**
Num. de Identificação: 11561541
Data: 2025.01.10 14:56:33+00'00'



ANEXO 3

Certificado de primeiro prémio de Comunicação Oral no CMIN SUMMIT 23 – Saúde
Global: Prevenir e Agir



CMIN SUMMIT '23 28 > 30 Junho
ICBAS

**SAÚDE GLOBAL:
PREVENIR E AGIR**

GLOBAL HEALTH:
PREVENT AND ACT



CERTIFICADO

MELHOR COMUNICAÇÃO ORAL

Certifica-se que a Comunicação Oral:

**CUIDADOS CULTURALMENTE COMPETENTES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NO NASCIMENTO E MORTE DE UM RECÉM-
NASCIDO HINDU**

Com os autores:

Ana Mónica Canelas; Goreti Marques; Inês Pessegueiro; Rita

Fernandes; Sandra Sousa

Recebeu o prémio de melhor Comunicação Oral de Enfermagem no CMIN SUMMIT'23, que decorreu entre 28 e 30 de junho de 2023, no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Porto, 29 de junho de 2023


Professor Doutor Carlos Afonso

Direção do CMIN



ANEXO 4

Certificado de Participação no 6º Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos



**CUIDADOS PALIATIVOS
PEDIÁTRICOS | CHUC**

6º Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos

Certifica-se que Ana Canelas
frequentou o 6º Curso Básico de Cuidados Paliativos Pediátricos do
Hospital Pediátrico da ULS Coimbra, entre os dias 1 e 3 de fevereiro de
2024, com a duração total de 21 horas.

Cândida Cancelinha
(Coordenadora do Curso)

Curso certificado pela Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE
COIMBRA

asic

