

**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

**Parceria de Cuidados em Neonatologia**

**Angelina Raquel Marques Camacho**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São  
José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria,  
para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**Funchal,**

**2023**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA**

**Parceria de Cuidados em Neonatologia**

**Angelina Raquel Marques Camacho**

**Orientadora Prof.<sup>a</sup> Doutora Maria de Lourdes de Magalhães Oliveira**

**Coorientadora Prof.<sup>a</sup> Doutora Nisa Souto**

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria, para obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica**

**Funchal,**

**2023**

*Aqueles que passam por nós não vão sós. Deixam um  
pouco de si, levam um pouco de nós.*

*Antoine de Saint-Exupéry*

## AGRADECIMENTOS

A realização e concretização deste importante marco na minha vida foi possível graças a todas as pessoas envolvidas, que representaram para mim um porto de abrigo, alavancas de motivação e, muitas vezes, me encorajaram em manter o foco. Terminada esta etapa, reconheço todo o apoio que me foi oferecido ao longo desta caminhada, desde os mais próximos aos mais desconhecidos, que com palavras e atitudes foram motivando diariamente para que desse o meu melhor, e trabalhasse arduamente para alcançar esta realização pessoal e profissional.

Enquanto primeira e grande referência neste mundo da enfermagem, um agradecimento especial à Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, por todos estes anos e diferentes cursos de formação, licenciatura, pós-graduação, mestrado e especialização. A pessoa e profissional que sou hoje, deve-se muito aos valores que me foram transmitidos ao longo dos anos por todos os docentes que deixaram o seu contributo.

Um grande agradecimento às minhas orientadoras, à professora Doutora Maria de Lourdes de Magalhães Oliveira, e em especial à professora Doutora Nisa Souto, por todo o aconselhamento, acompanhamento e apoio personalizado que senti ao longo deste árduo percurso.

Nas diferentes práticas clínicas, locais escolhidos por mim, tive oportunidade de conhecer e aprender junto de profissionais especialmente marcantes, pelo seu brilho profissional e pessoal. Em todos os contextos senti-me acarinhada e bem recebida, senti-me vosso par, nos muitos momentos delicados de prestação de cuidados de enfermagem especializados.

Aos meus enfermeiros tutores, pelas oportunidades de aprendizagem e dedicação, nas horas tardias a lutar contra o cansaço e trabalho e, mesmo assim, continuaram a abraçar a responsabilidade de me orientar e dar resposta quando solicitava, neste construir de identidade enquanto enfermeira especialista. Foram exemplos de força, brio profissional, determinação e referências para toda a vida. Um enorme agradecimento em especial, à minha tutora enfermeira Márcia Sousa. Além de modelo exemplar de enfermeira pediátrica, foi e será sempre para mim, um exemplo especial de ser humano, digno, humilde, imparcial, dedicada à criança e família, com carinho sempre disponível a oferecer, por mais difíceis que fossem as circunstâncias.

Acredito que crescemos uns com os outros, e não é ao acaso que não existem apenas exemplos perfeitos. Somos seres relacionais e em evolução. Sinto-me grata por todos os que contribuíram para este processo de desenvolvimento profissional e pessoal. Aprendemos uns com os outros, com os exemplos a seguir, e também com os exemplos que nos fazem suscitar o reconhecimento e necessidade de, juntos, tentarmos fazer melhor em prol do bem-estar das crianças e famílias!

Às minhas colegas do curso de mestrado, em especial às colegas dos grupos de trabalho, pela partilha de experiência, companheirismo e bons momentos!

Aos meus colegas de trabalho! Por todo o apoio, momentos de lazer e disponibilidade em contribuir para o meu percurso profissional.

E porque não só eu vivi este desafio na pele, um agradecimento maior à minha família, muito em especial ao Freddy, por todo o apoio e companheirismo imprescindível e único nos momentos mais desafiantes! Aos meus amigos mais próximos, por serem uma lufada de ar fresco, com bons momentos de lazer e partilha. Foram essenciais para recuperar forças e esperança, num percurso com pontos altos mas também com muitos obstáculos, mas que fui capaz de superar, com todo o amor e carinho que me ofereciam!

Não há agradecimento suficiente pelo que têm representado para mim. Saibam, que sinto-me verdadeiramente abençoada por vos ter, em alma e coração, todos os dias da minha vida.

## RESUMO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria, elaborei o Relatório de Mestrado para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O relatório demonstra o percurso realizado sob uma filosofia de cuidados centrados na família, e culminou na aquisição das competências de mestre, nas comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Este relato revela a minha dedicação especial na neonatologia. As vivências dos recém-nascidos e pais são influenciadas pela prestação de cuidados do enfermeiro. O enfermeiro especialista detém um papel preponderante, com o potencial de motivar para a competência parental e desenvolvimento do recém-nascido.

Ao longo das práticas clínicas, acoplado às experiências vividas junto das crianças e famílias, foi realizado um estudo contínuo sob uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, alicerçado na evidência científica. Como parte integrante, realizei um estudo de revisão integrativa da literatura: “Parceria de Cuidados entre pais e enfermeiros, em unidades de neonatologia: uma revisão integrativa da literatura”.

A revisão integrativa da literatura teve como objetivo identificar os componentes inerentes à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, em unidades de neonatologia, e foram categorizados em três domínios: enfermagem, instituição e pais. Os resultados mostraram predominância sobre o domínio dos enfermeiros, na postura em relação aos pais e a si próprios, na capacidade de gestão, desenvolvimento pessoal e interpessoal. Agrupados os conhecimentos, apresentei uma proposta de intervenção para a prática.

A parceria de cuidados entre pais e enfermeiros em neonatologia continua a ser um desafio para os profissionais. Conhecer os seus componentes permite potenciar o sucesso de uma relação benéfica para todos os intervenientes, em especial o neonato.

**Palavras-chave:** Enfermagem pediátrica; cuidados centrados na família; parceria de cuidados; neonatologia; pais.

## **ABSTRACT**

Within the completion of the Masters in Pediatric and Children's Health Nursing, at São José de Cluny School of Nursing, partnering with Santa Maria's Health Superior School, I've built a Master's Report for obtention of Master's degree in Pediatric and Children's Health Nursing.

This report demonstrates my course throughout a family centered care philosophy, which resulted in the acquisition of master's competence, common specialized nursing and specific specialized nursing competence in Pediatric and Children's Health. This statement shows my special dedication to neonatology. Newborns and parents experiences are highly influenced by nursing care. Therefore, the specialized nurse holds a great role, with the potential to motivate for parental competence and development of the newborn.

Throughout the clinical practice, along with the experiences with children and family, a continuous study was conducted in a descriptive, analytic and reflexive methodology, over the most recent research evidence. Integrated in the process, I conducted an integrative literature review: "Partnership in care between parents and nurses, in neonatal units: an integrative literature review".

The integrative literature review aimed to identify the inherent components to a partnership in care, in neonatology, and were categorized in three domains: nursing, institution and parents. The results showed that the main domain are nurses, over their posture about parents, and about themselves, in their management abilities, personal and interpersonal development. Finally, with all the knowledge obtained, I presented an intervention proposal for clinical practice.

Partnership in care between parents and nurses in neonatology remains a challenge for professionals. Knowing their components allows the success of a mutual relationship for all intervenient, specially the neonate.

**Key words:** pediatric nursing; family centered care; partnership in care; neonatology; parents.

## LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS E SIGLAS

- APED – Associação Portuguesa para o Estudo da Dor
- CCF – Cuidados Centrados na Família
- CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- EE - Enfermeiro Especialista
- EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
- IAC – Instituto de Apoio à Criança
- INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica
- ISBAR – *Introduction, Situation, Background, Assessment & Recommendation*
- MI – Massagem Infantil
- OE - Ordem dos Enfermeiros
- PAI – Processo Assistencial Integrado
- PRISMA - *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses*
- RIL – Revisão Integrativa da Literatura
- RN – Recém-Nascido
- SMSL – Síndrome da Morte Súbita do Lactente
- SUP – Serviço de Urgência Pediátrico
- TIP – Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
- TOF – Tetralogia de *Fallot*
- UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
- UN – Unidade de Neonatologia
- UNICEF - *United Nations International Children's Emergency Fund*

## ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>13</b>
<b>1. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS.....</b>	<b>17</b>
<b>1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....</b>	<b>18</b>
1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal.....	18
1.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	24
1.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados.....	30
1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	34
<b>1.2. Competências Especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....</b>	<b>39</b>
1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.....	40
1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	44
1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	51
<b>1.3. Competências de Mestre.....</b>	<b>56</b>
<b>2. ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....</b>	<b>58</b>
<b>3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA.....</b>	<b>83</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>84</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>i</b>
<b>APÊNDICE A – Processo Assistencial da Febre.....</b>	<b>ii</b>
<b>APÊNDICE B1 - Sessão de educação sobre Cólicas.....</b>	<b>iv</b>
<b>APÊNDICE B2 – Folheto Cólicas.....</b>	<b>vi</b>
<b>APÊNDICE C - Sessão de educação sobre Prevenção de acidentes.....</b>	<b>viii</b>
<b>APÊNDICE D1 – Sessão de educação sobre Alimentação no 1º ano de vida.....</b>	<b>xiv</b>
.....	<b>xiv</b>

<b>APÊNDICE D2 – Folheto sobre Alimentação no 1º ano de vida.....</b>	<b>xix</b>
<b>APÊNDICE E – Folheto informativo sobre Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica .....</b>	<b>xxi</b>
<b>APÊNDICE F – Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura .....</b>	<b>xxiii</b>
<b>APÊNDICE G – Domínios e seus componentes inerentes à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros .....</b>	<b>xxix</b>



## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório, intitulado *Competências Especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Parceria de Cuidados em Neonatologia*, enquadra-se na unidade curricular Módulo IV Relatório, inserida no segundo semestre do segundo ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC), em parceria com a Escola Superior de Saúde Santa Maria. A sua elaboração visa a obtenção do grau de mestre, em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, e contou com a orientação da professora Doutora Maria de Lourdes de Magalhães Oliveira e coorientação da professora Doutora Nisa Souto.

Assim, neste relatório sobre o percurso de desenvolvimento das competências especializadas ao longo dos ensinamentos clínicos na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, será descrita a aquisição das competências de mestre, das competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE), e das competências especializadas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), sustentado num dos grandes pilares da enfermagem pediátrica, a parceria de cuidados entre os pais e os enfermeiros.

Os ensinamentos clínicos, fundamentais para o desenvolvimento das competências especializadas, realizaram-se entre o período de novembro de 2022 a maio de 2023. No âmbito dos cuidados especializados I, o módulo I (estágio de pediatria em unidades de internamento medicina/hemato-oncologia) e módulo II (estágio de pediatria em unidades de cirurgia), foram realizados num serviço de pediatria de um hospital central. O módulo III teve lugar numa Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), de um hospital central de referência em cuidados pediátricos. Em continuidade, os cuidados especializados II, módulo I (estágio de pediatria em urgências pediátricas/cuidados intensivos pediátricos) foi realizado em hospitais centrais. Por sua vez, o módulo II (estágio de saúde infantil na comunidade) aconteceu num Centro de Saúde, e o módulo III (centros de desenvolvimento e unidades de apoio à criança) num Centro de Desenvolvimento da Criança.

A profissão de Enfermagem assume um papel preeminente nos cuidados de saúde prestados à população mundial. A sua prestação estende-se desde a promoção da saúde, à prevenção e tratamento da doença ao longo de todo o ciclo vital. O enfermeiro é o profissional de saúde responsável pela prestação de cuidados de enfermagem humanizados, individualizados à pessoa saudável ou doente, com a missão de contribuir para o seu melhor estado de saúde, numa abordagem holística (Potter et al., 2018).

Evolutivamente, os cuidados de Enfermagem têm ganho uma importância crescente, advinda da evolução e exigência técnico-científica, com repercussões na maior diferenciação e especialização, nas diferentes áreas de atuação (Ribeiro et al., 2017).

A criança é um ser humano dependente de outros, habitualmente os seus pais, para satisfazer as suas necessidades fundamentais de crescimento e de desenvolvimento. A evolução histórica, descrita pela *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF) (2019), e complementada pelo Regulamento nº 422/2018, salientam a importância de reconhecer este Ser, enquanto detentor de especificidades únicas e de um particular processo de desenvolvimento, indissociável da sua família e/ou pessoas significativas.

Merecendo uma atenção tão específica quanto a sua especificidade, às crianças é oferecida a possibilidade de receber cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O EEESIP, citando o Regulamento nº 422/2018, exerce a sua função com base numa:

(...) prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente (p. 19192).

Sendo parte integrante há quatro anos de uma equipa tão especializada quanto é a equipa de enfermagem de um serviço de medicina intensiva neonatal, surge o devido reconhecimento da importância da formação contínua, especialização, desenvolvimento de conhecimentos e competências que assegurem o meu sentido da necessidade de dar resposta, ao mais alto nível de qualidade, às necessidades dos neonatos e crianças nas suas diferentes fases de desenvolvimento.

Os pais/família são o principal recurso da criança, a sua referência para a vida, o seu pilar. Os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos, garantem a promoção da sua saúde e adequado desenvolvimento, e cuidam com um vínculo afetivo único entre si, em situação de saúde ou doença (Waddington et al., 2021).

O EEESIP, sustentado no seu Regulamento nº 422/2018, presta cuidados com base num modelo centrado na criança e família, binómio reconhecido como o privilegiado dos seus cuidados de enfermagem. Neste sentido, o EEESIP em toda a sua especialização, é o profissional que melhor responde às necessidades técnicas e humanas da criança. No entanto, considerando que os pais são os que estabelecem um vínculo afetivo e emocional para com a criança, o seu cuidado será mais rico em amor e afeto. Quando a necessidade de

hospitalização termina, são os pais que ficam encarregues da continuidade dos cuidados no domicílio.

Os neonatos internados numa UN acarretam muitas vezes necessidades especiais que se prolongam no tempo, pelo que é indissociável o envolvimento dos pais nos cuidados aos seus filhos. Não obstante o reconhecimento pela importância de envolver os pais nos cuidados, constatou-se nos vários locais de internamento uma discrepância entre este conhecimento e a sua aplicabilidade na prática clínica. Esta realidade encontra-se descrita na literatura, nomeadamente, Franck e O'Brien (2019) referem que existe uma discrepância entre a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF) e a sua aplicabilidade nas UN. Com o intuito de uma maior operacionalização, têm surgido novas abordagens ao cuidar, numa tentativa de efetivar a parceria de cuidados, de como é exemplo o modelo de cuidados integrados com a família.

Sendo a parceria de cuidados com os pais um dos focos do EEESIP, considero ser de extrema relevância e adequabilidade o estudo desta temática no meu desenvolvimento de competências especializadas enquanto futura EE, procurando aprofundar o tema e contribuir para a sua aplicação na prática clínica junto das crianças e os seus pais/pessoa significativa.

Com o presente relatório final pretendo descrever o processo de desenvolvimento das competências comuns do EE, específicas do EEESIP e as competências de mestre, no decorrer das experiências pelos vários ensinamentos clínicos. Assim, será apresentado um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre o tema por mim elegido para estudo, a parceria de cuidados, e finalizarei com uma proposta de intervenção para a prática clínica. Especificamente, foram delineados os seguintes objetivos:

1. Relatar a prestação de cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de internamento hospitalar, na comunidade e em centros de desenvolvimento;
2. Demonstrar conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final;
3. Evidenciar capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura;
4. Revelar rigor científico e respeito pela ética durante a execução do presente trabalho.

A metodologia utilizada para a elaboração do relatório baseou-se no método descritivo-analítico, sustentado no pensamento crítico, na experiência profissional, discussão com os orientadores durante este percurso, e com outros EEESIP. Foi alicerçado em referenciais da disciplina de Enfermagem, com maior incidência neste escrito a respeito do modelo da Parceria de Cuidados (Casey, 1995), e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, nas competências comuns

do EE, e específicas do EEESIP, na literatura científica recolhida em livros, revistas, e em bases de dados fidedignas, através da plataforma online EBSCOHost.

O relatório encontra-se estruturado em três capítulos. Um primeiro capítulo dedica-se à descrição do percurso de aquisição das competências, as comuns do EE, seguido das competências especializadas do EEESIP e, ainda, das competências de mestre. De seguida, no capítulo dois, é apresentado o estudo de RIL, construída em consenso com a temática em estudo, a parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, em UN. No terceiro capítulo, será apresentada uma proposta de intervenção para a prática clínica, baseada no tema em estudo. Posteriormente, a conclusão, seguida das referências bibliográficas utilizadas neste relatório e, para finalizar, os apêndices.

De acordo com as normas emanadas pela ESESJC, o relatório segue o guia para elaboração de trabalhos escritos em vigor, que segue as orientações da 7ª edição das normas *American Psychological Association* (2019), e o acordo ortográfico em vigor.

## **1. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS**

O presente capítulo pretende ser conclusivo, na sua descrição do desenvolvimento e aquisição das competências comuns ao EE, específicas do EEESIP, e das competências de mestre, de acordo os regulamentos em vigor. É de salientar que, não obstante a estrutura deste capítulo, o processo de aquisição das competências comuns do EE é paralela ao processo inerente às competências de mestre.

O conceito de competência, segundo Amaral e Figueiredo (2020), é caracterizado pelo saber agir responsável, eficaz e com reconhecimento em determinada situação, num determinado contexto profissional e sujeito a um sistema de avaliação. Ter competência implica selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, considerando as aprendizagens pessoais, a formação educacional e a experiência profissional. Os autores referidos anteriormente, sustentados em Benner (2001) acrescentam que, a aquisição e evolução do desenvolvimento das competências do enfermeiro tem por base as suas experiências vividas, e na forma como estas lhe foram ensinadas.

O desenvolvimento de competências, de acordo com Martins (2017) é um processo dinâmico, evolutivo e complexo, que requer do profissional o desenvolvimento de um conjunto de intervenções técnicas, mas também que essa tecnicidade seja detentora de conhecimento e capacidade de recolha e análise de informação, para a tomada de decisão.

Ressalvo que, todos os ensinamentos clínicos e as situações vivenciadas com crianças e famílias contribuíram e permitiram o desenvolvimento e aquisição das competências comuns, de especialista e de mestre. Não obstante, farei destaque a algumas situações em maior pormenor, de forma a melhor elucidar a aquisição das várias competências.

## **1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O EE é um profissional de enfermagem de grande relevo nos cuidados de saúde, pelo seu rigor técnico e científico, diferenciado e especializado, que se tem mostrado uma realidade cada vez mais abrangente nestes profissionais de saúde. Esta exigência é cada vez maior, perante o crescente requisito pela qualidade dos cuidados especializados de saúde prestados pelo enfermeiro (Ribeiro et al., 2017). Assim, o EE é o profissional “a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (p. 4744), sendo este conjunto de competências comuns aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento nº 140/2019).

Ao EE, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), ao abrigo do Regulamento nº 140/2019, são-lhe reconhecidas competências especializadas em quatro domínios: o da responsabilidade profissional, ética e legal, o da melhoria contínua da qualidade, o da gestão dos cuidados, e o do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, que passo a descrever.

### **1.1.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal**

No domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o EE desenvolve esta competência ao longo da sua prática profissional, na sua área de especialidade, de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional, e garantindo práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e responsabilidades profissionais. Estes, encontram-se consagrados na Lei nº 156/2015, no Estatuto da OE, e servem de referencial para a prática profissional. Enfermagem, é a profissão que se dirige às pessoas na área da saúde, e tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao longo do ciclo vital, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-as a atingir a sua capacidade funcional máxima tão rapidamente quanto possível. Assim, os enfermeiros têm o dever de responder competentemente às necessidades de saúde do Ser Humano, às promessas feitas e compromissos assumidos, lembrando o juramento de Nightingale. Os padrões éticos profissionais assentam no conceito moral básico de que é a preocupação com o bem-estar das outras pessoas. A Ética, surge da reflexão sobre o agir humano, fundamentalmente íntimo e do domínio da consciência de cada um. Não obstante, a educação, a experiência e o conhecimento, que condicionam a pessoa no seu saber e agir, ao indivíduo cabe sempre a

sua intenção, de que é característica a opção ética, ou seja, está sempre nas nossas mãos (OE, 2015a).

O alvo de cuidados do enfermeiro são as pessoas, individuais e/ou coletivas, pelo que a nossa profissão acarreta grande responsabilidade na sua prática diária, de forma a garantir o bem-estar e proteção de todo o ser humano. Assim, e segundo a OE pela Lei nº 156/2015, surge a Deontologia de Enfermagem, publicada e aprovada em decreto-lei inicialmente em 1998, como contributo no respeito pelos valores e princípios éticos que fundamentam o agir profissional do enfermeiro. Este instrumento é valioso e essencial, na procura do melhor agir profissional na prática diária, servindo de orientação e fundamento às decisões e atos dos enfermeiros.

Apesar de todo o ensino e conhecimento, vários são os momentos no decorrer da nossa experiência profissional que nos deparam com dilemas e questões éticas. São momentos que nos interpelam e que nos fazem refletir sobre o conhecimento, crenças, valores e pormenores, de cada criança e família. As decisões de enfermagem são baseadas num processo complexo de consciencialização, de fundamento científico, com base no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE) e no Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, valorizando sempre o respeito pela vida, dignidade e direitos humanos (OE, 2015a).

Importa correlacionar os saberes entre a Lei nº 156/2015, o CDE, que nos remete para princípios orientadores de respeito pelos direitos humanos na relação com os destinatários dos nossos cuidados, com a Lei nº 95/2019, que consagra a Lei de Bases da Saúde. Esta última, complementa estas sabedorias no âmbito do direito à proteção da saúde, enquanto direito de todas as pessoas gozarem do seu melhor estado de saúde físico, mental e social, com condições para tal, enquanto responsabilidade conjunta das pessoas, sociedade e Estado, ao longo do seu ciclo vital, na promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde. É dever da sociedade contribuir para a proteção da saúde em todas as políticas e setores, sendo o Estado responsável por promover e garantir o direito à proteção da saúde através do Sistema Nacional de Saúde, dos Serviços Regionais de Saúde e de outras instituições públicas, centrais, regionais e locais. Todas as pessoas têm direito à proteção da saúde, com respeito pelos princípios da igualdade, não discriminação, confidencialidade e privacidade, de forma digna, e de acordo com a melhor evidência científica disponível, de acordo com as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Assim, tendo em conta o explanado, e sendo o enfermeiro um profissional de saúde com grande representação do

sistema de saúde, é enaltecedor a responsabilidade subjacente no cumprimento dos nossos deveres profissionais, que vão ao encontro dos direitos das pessoas.

Quando nos encontramos em ambientes mais controlados, como é o exemplo das consultas de enfermagem, parece menos complexo fazer justiça aos direitos dos utentes na sua privacidade e confidencialidade. No entanto, quando transitamos para um contexto de serviço de urgência, um internamento com várias camas na mesma enfermaria, ou cuidados intensivos, num contexto de sala aberta, por vezes torna-se um desafio garantir a privacidade de cada utente. O ser humano é um ser inserido no mundo cultural. A cultura, por vezes, desafia-nos a estes princípios, e cabe ao enfermeiro procurar o melhor momento, o contexto e o espaço, para estabelecer uma conversa sem que o utente possa sentir-se exposto aos olhares alheios, e sentir que a sua privacidade não seja respeitada.

Nos diversos ensinamentos clínicos, a barreira mais frequentemente utilizada para a individualização do espaço, era o biombo. Quando os biombo não eram suficientes, seja para uma conversa delicada, para a prestação de cuidados de higiene ou procedimentos invasivos, como por exemplo a colocação de um cateter urinário, houve sempre a preocupação de procurar uma sala mais privada para o efeito. Se necessário, recorria-se a uma sala destinada a outro tipo de utentes, desde que estivesse disponível, para se prestar cuidados que exigissem maior privacidade ao utente e família, fossem esses invasivos em procedimentos, ou em conversas mais pessoais com os pais e a equipa de saúde, sempre na procura de garantir a dignidade humana. Independentemente do contexto de aprendizagem, procurei sempre adequar o contexto às necessidades das famílias, fosse pela deslocação no espaço, pela sua individualização com o recurso ao biombo ou com a adequação do tom de voz ao ambiente.

Nos diversos contextos de ensino clínico, envolvi-me ativamente nas passagens de turno e constatei que estes momentos foram sempre numa sala privatizada para o efeito, habitualmente no gabinete de enfermagem, com exceção em um dos ensinamentos clínicos, que ocorria no corredor. Num dos contextos em particular, as salas individualizadas dispunham de um computador e secretária à entrada da sala, por trás de uma parede de vidro que permitia ao enfermeiro manter vigilância constante da criança, enquanto realizava os seus trabalhos eletrónicos. A passagem de turno acontecia, no turno da manhã, em dois momentos distintos. O primeiro no gabinete da enfermeira chefe, onde todos os enfermeiros do turno da manhã ouviam um breve relato de cada criança. O segundo momento, ocorria entre o enfermeiro do turno anterior e o que estava a iniciar o próximo. A segunda passagem de turno acontecia junto da unidade de trabalho do enfermeiro, no corredor, na mesa de trabalho à entrada de

cada sala. No entanto, apesar do contexto, era assegurado que não houvesse outros familiares a transitar naquele instante, ou, se houvesse, era adequado sempre o tom de voz para garantir a confidencialidade do utente e família.

Houve um momento onde senti maior necessidade de proteger a confidencialidade de um utente. Tratou-se de um lactente transferido de um hospital distrital pela equipa do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP). Encontrávamo-nos numa enfermaria, com várias crianças e respetivas mães ou pais, em que a passagem de informação se iniciou naquele espaço, entre todos os presentes. Apesar do ocorrido, rapidamente toda a equipa refletiu e concordou, por unanimidade, que a transmissão de dados ocorresse à posteriori e noutra local, o qual foi bem aceite pela equipa de saúde local. Posteriormente, os médicos e enfermeiros de ambas as equipas, num local mais privado, procederam à passagem de informação a respeito do lactente e família. A confidencialidade da informação do utente é um direito de todos, e este exemplo ilustra o cumprimento do dever do enfermeiro de o respeitar. No Artigo 106º da Lei nº 156/2015, onde se declara, a respeito do dever deontológico do enfermeiro, do dever de sigilo, na alínea b) “partilhar a informação pertinente só com aqueles que estão implicados no plano terapêutico, usando como critérios orientadores o bem-estar, a segurança física, emocional e social do indivíduo e família, assim como os seus direitos”.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, confrontei-me com situações em que foi diagnosticada morte cerebral. Reunidas as condições para a doação de órgãos, enquanto elemento integrante da equipa multidisciplinar, trabalhei conjuntamente com o objetivo de manter a viabilidade dos órgãos ainda aptos a transplante. Realizados os contactos legais para o efeito, a equipa de saúde obteve informação sobre os locais para onde seriam encaminhados os órgãos. No entanto, o anonimato foi obrigatoriamente mantido entre a equipa envolvida apenas nos cuidados, como previsto no Artigo 4º na Lei nº 12/93, onde se encontra claro o procedimento que proíbe a revelação da identidade do dador ou do recetor de órgão ou tecido. De salientar, e de acordo com a Legislação Portuguesa todos somos considerados dadores, não havendo limite de idade, desde que não expressemos oposição à dádiva no Registo Nacional de Não Dadores (Serviço Nacional de Saúde, 2020).

Importa reforçar que, no caso das crianças com diagnóstico de morte cerebral e que requereram cuidados para manter a viabilidade orgânica para futura transplantação, procurei sempre prestar cuidados de excelência na qualidade da sua dignidade, atendendo ao bem-estar, conforto e privacidade, junto da sua família. Desta forma, e ao abrigo do Artigo 110º da Lei nº 156/2015, a respeito da humanização dos cuidados, procurei cumprir com o dever

de ser responsável pela humanização dos cuidados de enfermagem, dando atenção à pessoa como uma totalidade única, inserida numa família.

O direito ao consentimento informado encontra-se disposto na Resolução da Assembleia da República nº 1/2001, no capítulo 2º, salientando a importância de se obter o consentimento explícito do utente para atos médicos, de enfermagem, ou por outro profissional de saúde. Existem exceções, sendo elas os momentos que requerem intervenções consideradas *lifesaving*. Nesses contextos, é assumido um consentimento presumido com base no princípio da beneficência da saúde daquele ser humano. A Norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS) orienta para que, quando a pessoa se encontra inconsciente, ou não representada legalmente, se existir risco para a sua saúde e vida, não se adie um ato imprescindível para a obtenção do consentimento escrito. Estas situações estão salvaguardadas ao abrigo do princípio da beneficência, o qual é assumido por toda a equipa de saúde, a responsabilidade de fornecer toda a informação à pessoa ou representante legal, assim que este esteja disponível para o efeito.

A propósito do consentimento informado, tive oportunidade de colaborar em cuidados emergentes prestados a uma criança de 24 meses que sofreu uma súbita alteração na sua estabilidade hemodinâmica. Esta agudização coincidiu com a ausência da sua representante legal. Tratava-se de uma criança vinda de um país africano de língua oficial portuguesa, que estava sob guarda de uma família de acolhimento portuguesa. Face à emergência de atuação perante a sua agudização, a equipa de saúde não hesitou em realizar exames complementares de diagnóstico. Foi diagnosticada uma hemorragia cerebral difusa, com necessidade de intervenção cirúrgica emergente para descompressão craniana, sob risco de mortalidade ou morbidade grave associada. Tratou-se de um procedimento *lifesaving* naquele contexto específico. Tudo foi realizado para que, naquele momento, com os recursos necessários, o neurologista procedesse à descompressão craniana, com posterior colocação de um cateter de pressão intracraniana. Felizmente, a criança estabilizou a sua condição. Aquando da chegada da representante legal, que se referia a si própria como uma “mãe” para aquela criança, foi recebida por dois enfermeiros (eu e a minha orientadora) e pelo médico responsável numa sala privada, de modo a esclarecer os acontecimentos das últimas horas. Esta receção teve como objetivo preparar a mãe para a atual condição da criança, em coma induzido, sob ventilação mecânica e com dreno craniano. Após expressão de sentimentos e muita labilidade emocional, compreendeu a intervenção emergente e agradeceu pela rápida resposta e profissionalismo com que a situação foi lidada. Perante esta situação, considero que a equipa multidisciplinar agiu em conformidade, e ao abrigo do Artigo 3º segundo a

Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019), onde refere que “todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social (...) terão primordialmente em conta o interesse superior da criança” (p. 8), indo ao encontro do Artigo 6º “1. reconhecem à criança o direito inerente à vida” e “(...) asseguram na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança” (p. 10). Sempre que possível, em todos os contextos de prática clínica, fosse para intervenções menos invasivas, como uma mudança de fralda, ou mais invasivas, como a colocação de cateter, procurei sempre informar a criança e pais, sobre o plano de cuidados e solicitar o consentimento por parte dos mesmos, antes do procedimento. É dever do enfermeiro, segundo a Lei nº 156/2015, Artigo 105º, informar o indivíduo e família sobre os cuidados de enfermagem, assim como respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado. Quando tal não é possível, e segundo Queirós (2001), o enfermeiro tem como recurso os princípios da beneficência e não maleficência enquanto equilíbrio na sua prática profissional. Particularmente, no caso referido anteriormente, na ausência da mãe, senti-me sempre segura de que, ao respeito o dever deontológico (Artigo 103º da Lei nº 156/2015) e sobre os princípios da beneficência, prestando todos os cuidados e ações ao meu alcance para promover o bem maior da criança, e sobre o princípio da não maleficência, não incorrendo qualquer dano prejudicial sobre maior risco de vida sobre a criança, e respeitando a sua dignidade, colaborei em equipa na prestação dos melhores cuidados segundo as necessidades individuais da criança. Importa, ainda, complementar com o Artigo 100º da Lei nº 156/2015, onde se explicita que, o enfermeiro deve assumir a responsabilidade por todos os atos que pratica ou delega.

Em todos os momentos ao longo deste percurso de práticas clínicas, procurei trabalhar na minha experiência e maturidade profissional de forma que, enquanto membro integrante da equipa de saúde, e enfermeira na minha individualidade, me sentisse confortável com o meu desempenho e decisões conscientes, informadas e sustentadas nos princípios éticos e deontológicos da profissão. Procurei adotar uma postura consciente, da qual as minhas ações se repercutissem na dignidade da profissão de enfermagem. Aprofundado o estudo do CDE, considero ter construído uma nova visão sobre o mesmo, numa perspetiva mais especializada. Assim, e de acordo com o Artigo 111º da Lei nº 156/2015, procurei cumprir com o meu dever apoiada nas alíneas seguintes: manter ao longo do desempenho das minhas funções, um padrão de conduta pessoal que dignificasse a profissão, ser solidária com os outros colegas, e proceder com correção e urbanidade, abstendo-me de críticas pessoais ou depreciações a qualquer outro profissional.

### 1.1.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

Relativamente a esta competência, o EE demonstra a garantia de um papel dinamizador do seu desenvolvimento e suporte das estratégias institucionais na área da governação clínica, desenvolvendo práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua, e garantindo um ambiente terapêutico e seguro. Os cuidados de saúde têm acompanhado obrigatoriamente o avanço tecnológico e a maior oferta de cuidados especializados. Com cuidados de saúde cada vez mais complexos, as equipas de saúde encontram-se na posição de oferecer cuidados de maior complexidade e qualidade.

Em Portugal, a qualidade dos cuidados de saúde é uma prioridade consagrada em Diário da República, no Despacho nº 5613/2015, expressa na estratégia nacional para a qualidade na saúde 2015-2020. Neste despacho, a qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um ótimo nível profissional, considerando os recursos disponíveis, adequando os cuidados às necessidades e expectativas, e obtendo como produto final a satisfação do utente. Os cuidados de saúde seguros e de qualidade são uma obrigação ética, que contribuem significativamente para a redução de riscos, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da equidade e o respeito pelas pessoas que procuram os cuidados (Ribeiro et al., 2017).

Em complemento, surge no Despacho nº 9390/2021, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, um dos guias orientadores mais prevalentes para a garantia da qualidade dos cuidados de saúde em Portugal. Neste Despacho, encontra-se claro que, a segurança dos utentes é da responsabilidade das equipas de saúde. O enfermeiro, inserido na equipa de saúde, assume também o seu dever de garantir a qualidade dos seus cuidados, assim como assume o dever de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos (Artigo 109º, Lei nº 156/2015).

A qualidade dos cuidados é uma preocupação das diferentes entidades há vários anos. Enquanto futura EE reconheço que a melhoria contínua da qualidade envolve uma autoavaliação da prática clínica, para que também seja possível rever normas e procedimentos, de forma a implementar uma melhoria nos cuidados oferecidos. A OE, em 2001, definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro procura os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, sendo subjacente o respeito pelo indivíduo na sua plenitude, a empatia, a parceria, o envolvimento, e o empenho do enfermeiro em minimizar o impacto negativo no utente. A OE tem definido seis categorias de enunciados descritivos, que se direcionam a respeito da satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de

complicações, ao bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem. Uma das conclusões que se ressalta neste documento emanado pela OE (2001), é o facto de que, a qualidade na prestação de cuidados em saúde é importante, mas não unicamente dependente do enfermeiro. A qualidade dos cuidados em saúde é o resultado de um trabalho conjunto de toda a equipa multidisciplinar.

Enquanto futura EEESIP, faço aqui referência ao Regulamento n.º 351/2015, relativo aos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, um referencial para a prática especializada que serve de apoio aos processos de melhoria contínua da qualidade. Segundo este regulamento, em Portugal enfrenta-se uma taxa de natalidade progressivamente menor, resultando num país cada vez mais envelhecido. Com cada vez menos crianças, torna-se ainda mais importante zelar pelo seu melhor estado de saúde. Infelizmente, existe ainda um significativo número de crianças que são abandonadas ou negligenciadas, assim como uma taxa importante de acidentes fatais ou potencialmente incapacitantes que afetam as crianças portuguesas. Além destas áreas de atuação, o avanço tecnológico parece ter um efeito preponderante no desenvolvimento das crianças, pelo que a necessidade de intervenção precoce e implementação dos cuidados em centros de desenvolvimento tem vindo a ser uma realidade cada vez maior. A incidência no número de crianças com asma, doenças alérgicas, doenças oncológicas e diabetes tem vindo a aumentar nos últimos anos, assim como o sedentarismo, os desequilíbrios nutricionais, os comportamentos aditivos, perturbações emocionais e de risco (Regulamento n.º 351/2015).

Considerando a informação referida anteriormente, é muito vasta e necessária a área de intervenção da enfermagem especializada em saúde da criança e do jovem, para dar resposta às necessidades das crianças, promover a sua saúde, prevenir acidentes e complicações, e promover o seu bem-estar e autocuidado. Assim, no Regulamento n.º 351/2015, estão bem claros os principais focos de intervenção do EEESIP:

a promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

Este referencial serviu de orientação ao longo das minhas práticas clínicas, em que procurei refletir e nortear o pensamento, indo ao encontro destes focos de intervenção, nas diferentes valências.

Ao longo das práticas clínicas, procurei analisar e fazer uma avaliação própria da qualidade das práticas clínicas que observava e desenvolvia. Procurei conhecer protocolos

de atuação e projetos de melhoria da qualidade nos diferentes serviços, e pude constatar que em todos, com maior ou menor disponibilidade em tempo útil para os projetos, os enfermeiros procuravam manter-se atualizados segundo a evidência científica mais recente, tentando ajustar protocolos que servissem de orientação.

Um dos exemplos que, para mim foi também novidade, aconteceu na UCI a respeito do uso de torneiras de três vias nos cateteres venosos de acesso central. Na minha prática diária, em contexto também de cuidados intensivos, é recorrente a utilização de torneiras de três vias nas vias de acesso do cateter central, frequentemente mais do que uma torneira, ou até, frequentemente, as conhecidas rampas com cinco torneiras. Na UCI, constatei que, tanto quanto possível, a equipa não utilizava torneiras de três vias, a não ser em situações de extrema necessidade na ausência de outras vias de acesso venoso. Optavam por, sempre com técnica asséptica, gerir os horários de medicação de forma a não precisarem de novas torneiras. Quando administravam medicação, tentavam sempre utilizar a mesma via, em que para cada medicação, utilizavam um novo prolongamento de forma que, quando terminasse, era retirado e fechada a via da única torneira com tampa. Qualquer torneira que tivesse uma via não utilizada num turno, era retirada e deixado uma válvula bidirecional (*bionector*) no seu lugar.

A alteração de procedimento naquele contexto, segundo a minha orientadora, baseava-se num dos achados mais recentes da literatura, que associava o aumento dos níveis de infeção nosocomial ao uso de torneiras de três vias, o que motivou uma pesquisa em bases de dados indexadas. Dessa pesquisa, ressalto a conclusão de um dos estudos sobre o impacto dos diferentes conectores em acessos venosos (Rosenthal, 2020), em que a maior percentagem de resultados adversos foram associados ao uso das torneiras de três vias, quando comparado ao uso de válvulas bidirecionais (*bionector*). Não obstante, o autor ressalta a importância das boas práticas com uma boa desinfeção destes materiais aquando da sua utilização, enquanto medida essencial na prevenção da infeção associada à utilização de acessos venosos centrais. Tendo conhecido e contribuído para esta prática, e relacionando com a evidência científica, procedi a uma reflexão crítica e reflexiva sobre o meu local de trabalho, onde é prática habitual recorrer ao uso das torneiras de três vias, e onde igualmente se verificam infeções nosocomiais nos utentes. Assim, tendo partilhado esta prática com a equipa de enfermagem e médica na qual estou incluída, ficou acordado que, de futuro, colabore com uma proposta de alteração de protocolos procedimentais nesta vertente, numa perspetiva de melhoria da qualidade dos nossos cuidados de saúde.

No que concerne ao sistema de auditoria interno da qualidade, verifiquei que em todos os ensinos clínicos tinha sido instaurado este processo a vários níveis. No internamento de pediatria, constatei haver uma preocupação frequente a respeito da atualização e adequabilidade dos planos de cuidados às crianças. Uma das enfermeiras tinha como função complementar e realizar a auditoria aos planos e pude ver que era, de facto, uma atenção pormenorizada e constante de atualizar o plano de cuidados de enfermagem às necessidades individuais da criança.

Houve outro contexto de ensino clínico que, em contraste, trabalhavam o plano de cuidados de enfermagem alocado a cada área de atenção por utente, num aplicativo informativo *B-simple*, com a plataforma *B-ICU-Care*. Dispunham desta plataforma, desenhada especificamente para o contexto de cuidados intensivos, em que os enfermeiros desenvolviam o plano de cuidados não por diagnóstico de enfermagem, mas por foco de atenção (por exemplo, via aérea invasiva/não invasiva, sonda nasogástrica, acesso venoso central, etc.) e construíaam todas as intervenções associado a esse foco. Estando mais habituada a elaborar o plano de cuidados de enfermagem por diagnóstico, este foi para mim uma adaptação necessária. Não obstante, senti que todas as necessidades da criança eram atendidas. O planeamento das intervenções era realizado diariamente, analisado ou alterado, segundo a sua necessidade e adequabilidade.

Em alguns contextos, pude constatar que a existência de protocolos assistenciais nos serviços era uma das medidas de suporte aos enfermeiros inseridos nas equipas de saúde. A necessidade de formação a acompanhar a evolução tecnológica nos cuidados de saúde é crescente. Os próprios enfermeiros apontam esta necessidade de formação, que vai ao encontro do estipulado no Regulamento nº 140/2019 e na Lei nº 156/2015 sobre a excelência do exercício, Artigo 109º que sustenta o dever deontológico do enfermeiro na procura, em todo o ato profissional, de analisar regularmente o trabalho efetuado, detetando situações que careçam de mudança de atitude, e de manter uma atualização contínua dos seus conhecimentos tecnológicos e sobre as ciências humanas, garantindo, assim, a qualidade dos cuidados. Pela minha experiência profissional, reforço que a existência de protocolos para cada procedimento e tratamento é uma mais valia para garantir a uniformização, segurança e qualidade dos cuidados prestados. O ambiente de trabalho, por exemplo em cuidados intensivos, é complexo e exige dos enfermeiros vastos conhecimentos e capacidade de adaptação aos aparelhos de suporte. Como defendido por Devlin et al. (2018), a construção, validação e utilização de protocolos e guias orientadores melhoram os resultados obtidos na prática clínica em cuidados intensivos.

O erro na preparação da medicação, segundo Azevedo et al. (2020), é um evento evitável que pode resultar no uso inadequado de medicação, podendo provocar dano no utente. O maior risco é por vezes associado aos momentos de emergência. O enfermeiro trabalha diariamente com medicação e é prática diária haver uma preocupação constante na minimização do erro, instituindo uma cultura de segurança. Uma das estratégias que observei na prática clínica na UCI, a respeito da segurança dos cuidados na preparação e administração de medicação, foi a identificação de drogas de emergência com etiquetas já preparadas com cores. Segundo a equipa, uma estratégia que adotaram para a minimização do erro de administração de terapêutica em contexto de emergência. Os enfermeiros não necessitam de identificar as seringas com a sua caligrafia, mas sim com etiquetas já preparadas. Para as aminas, por exemplo, tinham etiquetas a vermelho e em letras grandes e negrito. Disponham de etiquetas prontas para uma variedade de medicação (adrenalina, atropina, noradrenalina, amiodarona, rocurónio, diazepam, midazolam, propofol, cetamina, etc.). Além destas etiquetas para medicação, existiam ainda etiquetas com as identificações para os acessos: cateter venoso central e cateter arterial. Sem dúvida, considerei que esta estratégia foi muito bem aplicada pois, em momentos de emergência, em que vários elementos estão envolvidos, a identificação rápida e fácil da medicação, contribui para uma maior segurança e qualidade nos cuidados prestados.

Outro dos cuidados que observei e já fazia parte da minha prática diária, foi a dupla confirmação por outro colega aquando dos cálculos de medicação. Pude constatar que, efetivamente, a disponibilidade das etiquetas com o nome das medicações, é uma estratégia que se relaciona com o Artigo 104º da Lei nº 156/2015. Este artigo refere que o enfermeiro assume o dever de, entre outros, responsabilizar-se pelo atendimento do indivíduo em tempo útil, contribuindo para que não existam atrasos no diagnóstico ou respetivo tratamento, em especial aquando da preparação de medicação de emergência durante momentos de instabilidade hemodinâmica.

Ainda a respeito do Despacho nº 9390/2021, relativo ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, é salientada a importância da prevenção das úlceras por pressão. Nos diversos locais de prática clínica, a maior prevalência que observei de úlcera por pressão foi sem dúvida na UCI. Segundo Vocci et al. (2023), uma úlcera por pressão é dor, sofrimento e risco de infeção, e por isso indica uma deterioração da qualidade de vida do utente, que pode culminar na sua morte.

No internamento de pediatra, haviam disponíveis alguns colchões de pressão alterna, que eram geridos mediante as necessidades. Esta medida preventiva está em

consonância com as sugestões do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes no Despacho nº 9390/2021, que refere como estratégia eficaz na prevenção destas feridas, o uso de colchões de pressão alterna, camas articuladas, assim como um sistema de notificação das mesmas que permite a adequada análise reflexiva. Outra medida preventiva instituída era a aplicação de instrumentos de avaliação da pele a todos os utentes de acordo com a periodicidade recomendada.

A respeito da importância do uso de instrumentos de avaliação sobre o risco de desenvolvimento de úlceras por pressão, reflito que, segundo Vocci et al. (2023), a utilização regular deste tipo de escalas, é uma estratégia que permite avaliar o risco de úlcera por pressão e instituir medidas para a sua prevenção. A escala de *Braden Q*, é a escala pediátrica mais utilizada, apesar de os seus parâmetros terem sido adaptados da versão adulta. Existe, ainda, a escala *Glamorgan*, também construída para avaliar o risco de úlceras por pressão, mas em RN, crianças e adolescentes hospitalizados em cuidados intensivos, sendo inclusivamente adequado aos RN prematuros. Estas são duas das escalas validadas e com evidência científica que corrobora a sua fiabilidade e aplicação útil na avaliação do risco de desenvolver úlceras por pressão em crianças em cuidados intensivos.

Numa perspetiva reflexiva, é importante reforçar que, embora nem todos os contextos de ensino clínico tivessem ao dispor os recursos materiais suficientes a todas as crianças e necessidades, em equipa eram tomadas as medidas preventivas adequadas ao contexto e recursos. A pouca disponibilização, por exemplo, de camas de pressão alterna, refletia-se na adoção da estratégia de alternância de decúbitos com maior frequência, uma medida integrada na gestão diária dos utentes. O recurso a pequenos rolos de lençol, ou lençóis com enchimento de algodão, foram outras das medidas adotadas, aliado à aplicação de massagem nas zonas de maior risco de pressão, com creme hidratante.

Ao longo da prática diária, adotei medidas para garantir um ambiente seguro para a prestação de cuidados para os utentes, tais como prevenção de erros na administração terapêutica, os cuidados assépticos, a identificação correta dos utentes e medidas de prevenção de quedas, segundo a literatura apresentada e o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes no Despacho nº 9390/2021. Importa ressaltar a importância da utilização dos referenciais teóricos disponíveis, aqui referidos, que sem dúvida oferecem-nos o potencial de servir de guia para a nossa prática diária, promovendo e capacitando a nossa própria reflexão sobre os cuidados prestados, as tomadas de decisão, e um olhar pormenorizado à nossa autonomia enquanto enfermeiros.

### 1.1.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

Na sua prática clínica diária, o EE otimiza a resposta da equipa e da articulação na equipa de saúde, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, culminando na garantia da qualidade dos cuidados. A gestão em saúde é uma área de intervenção do enfermeiro. A OE (2015a) e o Regulamento nº 76/2018 complementam-se sobre esta área, alegando que, o enfermeiro é autónomo nas suas ações, de acordo com as suas qualificações profissionais, ao nível da prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria, e na investigação em enfermagem. A gestão pelos enfermeiros é essencial à qualidade e segurança do exercício profissional, sendo uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde.

Enquanto futura EE, procurei ao longo da minha prática clínica gerir os cuidados de enfermagem, colaborando na otimização da resposta da equipa de saúde. Pois, é da responsabilidade do EE gerir os cuidados, otimizar as respostas de enfermagem, otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão, e supervisionar as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade.

O ensino clínico de intensivos foi numa UCI que encontrava-se num hospital com uma equipa de TIP alocada, pelo que era recorrente surgir uma nova entrada proveniente de outra unidade hospitalar. Todas as novas situações de emergência eram comunicadas à enfermeira chefe de equipa para decidir em que unidade alocar a nova criança, de acordo com a sua presumível necessidade e, distribuição da equipa. A preocupação maior era situar a criança, menos estável, na unidade mais próxima da sala de trabalho de Enfermagem. No entanto, verifiquei igualmente que, outro critério de decisão era tentar equilibrar a experiência de cada enfermeiro e o seu nível de especialização, com as diferentes necessidades de cada criança.

Em todos os locais de aprendizagem prática, pude constatar que eram seguidas as orientações emanadas no Regulamento nº 743/2019 a respeito da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem. Nomeadamente, na UCI mantinham dois EEESIP por cada três enfermeiros, com a garantia de pelos menos dois EEESIP nas 24 horas. Nos restantes locais de prática clínica, internamento de pediatria, cirurgia pediátrica, Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), centro de saúde e centro de desenvolvimento da criança, as recomendações do regulamento eram igualmente cumpridas. Estas recomendações são congruentes com o Instituto de Apoio à Criança (IAC) (2017), na Carta da Criança Hospitalizada, referindo que, “O hospital deve oferecer às crianças um ambiente que

corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança”.

Com especial foco no internamento de pediatria, e segundo uma filosofia de CCF, procurei ao máximo trabalhar com a família para o maior interesse no bem-estar da criança. Otimizar o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão é desafiante, em especial em situações mais delicadas quando envolve toda uma equipa multidisciplinar para definir um plano de tratamentos curativo ou paliativo. Ao EE, é atribuída a responsabilidade de otimizar o processo de cuidados com a melhoria constante e diária, da informação de forma a sustentar uma tomada de decisão consciente, adequada, segundo o bem-estar do utente e da família.

Enquanto futura EE, a adequabilidade dos recursos às necessidades de cuidados é uma competência indissociável da gestão diária dos cuidados, onde se procura garantir a qualidade dos mesmos. Ao longo dos ensinamentos clínicos tive oportunidade de praticar esta gestão, em especial na UCI, em que senti uma tal carga de trabalho que, num turno de 12 horas, os momentos de descanso eram escassos. Enquanto algumas das crianças eram fisicamente pequenas, em que, junto com a minha orientadora, conseguia garantir, por exemplo, a alternância de decúbito a cada quatro horas para prevenção de úlceras por pressão, noutras crianças algumas das tarefas requeriam mais do que dois elementos para garantir a segurança, fosse pelo peso da criança, ou por toda a monitorização e tratamentos invasivos que exigissem maior atenção.

Nos contextos em que me foi possível, procurei otimizar o trabalho em equipa, adequando os recursos disponíveis às necessidades de cuidados. Saliento uma das situações que exigiu uma particular gestão de cuidados. Tratava-se de uma jovem de 12 anos, com septicémia, em coma, com ventilação invasiva, cateter arterial, dois cateteres venosos centrais, sob hemodiafiltração, e em anasarca. Pelo surgimento de dezenas de flitenas, houve a necessidade urgente de se trocar o lençol já completamente molhado. Aquele contexto específico era relativo à sua preparação para a transferência ao bloco operatório para realização de fasciectomias bilateral dos membros inferiores. Dois elementos não eram suficientes para a realização desta transferência, pelo que se agruparam os cuidados para o momento mais adequado entre a hora de transferência e a disponibilização da restante equipa, que incluiu enfermeiros, assistentes operacionais e, para maior segurança da criança mediante os tratamentos invasivos contínuos, com a presença da pediatra. Em momentos como este, foi-me necessário coordenar a equipa na prestação de cuidados a esta criança, sobre a qual eu estava responsável junto com a orientadora. Implicou que eu reconhecesse os distintos papéis, atribuísse funções a todos os membros da equipa, delegando tarefas e em

simultâneo os supervisionando. Adaptei a minha própria liderança nesses momentos aos elementos envolvidos, procurando sempre manter um ambiente de conforto e segurança para a criança em especial, e fomentando um ambiente positivo e favorável ao trabalho em equipa.

Na equipa de TIP, enquanto meio do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), constatei que dentro do possível, procuravam ao máximo formar elementos da UCI para a equipa de TIP, que fossem EEESIP. O método de trabalho seguia semelhante ao trabalho na UCI, segundo os focos de atenção de enfermagem identificados no momento. As equipas eram constituídas pelo enfermeiro, pelo médico e pelo tripulante de ambulância de socorro, sendo este simultaneamente o condutor da ambulância. A realização do transporte era decidido pelo médico da TIP, assim como o destino da criança, sendo frequente o encaminhamento para o hospital em que estávamos alocados, enquanto centro de referência.

O transporte inter-hospitalar é um contexto que exige pensamento crítico e sistematizado da nossa avaliação e atuação, nunca em algum momento descurando a segurança. O transporte de uma criança pela TIP é normalmente indicativo de instabilidade hemodinâmica, ou, em alguns casos, a necessidade de transferência para outro hospital com outras valências mais adequadas à necessidade. Seja, por exemplo, um recém-nascido (RN) com necessidade de intervenção cirúrgica e que o hospital onde nasceu não tenha essa especialidade. Não obstante, o transporte destas crianças, frequentemente em estado crítico, carrega vários riscos para si, e para os profissionais, pelas condições inerentes ao ambiente que potencialmente influenciam a segurança do transporte. As complicações associadas são variadas. Segundo Pavão (2021), podem existir eventos adversos decorrentes do transporte tais como, síndrome de dificuldade respiratória, dessincronização do modo ventilatório, pneumotórax, entubação seletiva ou inclusive extubação, arritmias, alterações do estado de consciência, perda de acessos venosos ou até de drenagens, entre muitos mais.

Neste contexto, fora do conforto habitual do local de trabalho, o EE vê as suas capacidades enaltecidas pela necessidade de maior adaptação e responsabilidade, é essencial também a gestão na priorização dos cuidados pelo enfermeiro no cuidado ao utente em situação crítica durante o transporte extra-hospitalar. Assim, o EE, também neste contexto, requer o uso das suas habilidades de gestão nos cuidados à vítima crítica durante o transporte, otimizando os cuidados prestados e trabalhando em equipa com o médico na tomada de decisão segundo as necessidades da criança e os recursos disponíveis.

Com alguma experiência no transporte extra-hospitalar, em ambulâncias de socorro tipo B, esta experiência no INEM na equipa de TIP foi um complemento pela especificidade do contexto. Tive oportunidade de realizar um transporte de um lactente com dificuldade

respiratória com necessidade de ventilação não invasiva, que decorreu sem intercorrências. Uma das necessidades de adequação dos recursos durante este transporte, foi a respeito da forma de administração de oxigénio. Este lactente estava a realizar alto fluxo por cânulas nasais, mas com indicação e necessidade para ventilação não invasiva, porém, a ambulância não dispunha destes recursos. As ofertas cingiam-se a oxigenoterapia por óculos nasais, máscara simples, máscara de alta concentração, ou entubação oro traqueal. Assim, em equipa, ponderou-se e negociou-se a melhor oferta ao bem-estar deste lactente segundo os recursos disponíveis e mais adequados à sua situação. Pelo lactente não evidenciar um esforço respiratório extremo, optou-se pela oxigenoterapia por máscara de alta concentração, com otimização da posição da cervical, com elevação da cabeceira, e garantindo o conforto nos restantes focos de atenção ao seu bem-estar. Não obstante, prevendo um possível agravamento, atendendo às quase duas horas de transporte até à unidade hospitalar, prontificou-se todo o material necessário para a entubação oro traqueal se, em algum momento, se evidenciasse um aumento do esforço respiratório pelo lactente. A equipa concluiu que, seria preferível realizar uma ventilação invasiva eletiva a permitir-se um estado de instabilidade hemodinâmica por falência respiratória do lactente. Além da prestação direta de cuidados ao lactente, este transporte extra-hospitalar envolveu um prévio planeamento em conjunto com a enfermeira orientadora, sobre a decisão para a utilização da incubadora ou maca de transporte, adequado ao tamanho da criança, a verificação segundo o *check-list* dos recursos disponíveis nas malas e na sala sanitária da ambulância, assim como gestão da medicação segundo o que se prevê ser necessidade da criança durante o transporte.

Não só o planeamento e transporte são importantes, mas também a comunicação entre as equipas. Sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde, a Direção-Geral da Saúde (DGS) na sua Norma nº 001/2017, salienta que esta comunicação deve ser “oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”. Uma das estratégias que facilita a passagem de informação entre serviços de forma efetiva é o uso da mnemónica ISBAR (*Introduction, Situation, Background, Assessment e Recommendation*), sendo recomendada enquanto estratégia para a segurança do utente nestes contextos.

Na TIP a transmissão da informação era registada em papel próprio para o efeito. Importa salientar aqui a alínea d) do Artigo 104º da Lei nº 156/2015, que remete para o dever do enfermeiro em “assegurar a continuidade dos cuidados, registando com rigor as observações e as intervenções realizadas”. Assim, para a criança que transferimos para a UCI, optei por recorrer à mnemónica ISBAR, como ferramenta que me transmite segurança

numa comunicação verbal efetiva e sem falhas, assim como registei em folha própria todas as observações, intervenções de enfermagem e respostas fisiológicas da criança. Essa mesma folha foi entregue à equipa na UCI para a continuidade dos cuidados. Ressalvo ainda que, em todos os turnos, assegurei a continuidade dos cuidados através dos registos eletrónicos e passagens de turno.

#### 1.1.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Ao EE é atribuída a competência de desenvolver o autoconhecimento e assertividade, baseando a sua praxis clínica especializada na evidência científica, e reconhecendo que estas competências interferem no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. O profissional de enfermagem especializado é capaz de ter uma consciência sobre si numa perspetiva profissional e pessoal, e adaptar-se individualmente na oferta da melhor resposta enquanto enfermeiro inserido numa organização.

Trabalhar com as crianças envolve, inevitavelmente, trabalhar em parceria com os pais. Esta relação requer que sejamos confiantes na informação a transmitir mas, também, que estejamos preparados para situações que podem exigir de nós uma valência mais específica. Um dos contextos que senti exigir grande investimento no meu autoconhecimento e preparação foi a respeito de lidar com o processo de luto. Tanto na UCI como no internamento de pediatria, acompanhei crianças que sofreram um episódio agudo de doença na sua vida, de tal forma incapacitante, que vieram a falecer dentro de dias ou poucas semanas após o diagnóstico.

Da minha experiência profissional, a comunicação com os pais de uma criança que sofre um evento agudo de doença deve ser extraordinariamente sensibilizada, com base numa relação de compaixão e empatia. A literatura científica suporta esta necessidade, demonstrando com base nas opiniões de pais que passaram por um processo de luto que, as vivências dos pais e família, durante o tempo de hospitalização da criança, podem ter um impacto significativo e duradouro nas suas memórias e na forma como vivem o luto (Butler et al., 2019). Segundo os mesmos autores, várias são as recomendações para facilitar o processo de luto às famílias no contexto institucional. Enquanto futura EE, saliento uma recomendação que, segundo os resultados de um estudo de Chong et al. (2022) tem um especial impacto no processo de luto das famílias e diz respeito exclusivamente aos profissionais de saúde da equipa: a comunicação clara, honesta e com base em empatia. Os pais consideram que o estabelecimento de uma comunicação clara e honesta com os

profissionais de saúde, é um fator facilitador do processo de luto. Em contrapartida, relatam que, quando existiram atrasos no diagnóstico, medidas terapêuticas fúteis sobre a condição da criança ou esperanças irrealistas por parte da equipa de saúde, a ansiedade e frustração era maior, e resultava em sentimentos de desilusão e desconfiança no sistema de saúde e na própria equipa de saúde. Ora, enquanto futura EE e membro integrante da equipa de saúde, sendo parte do grupo profissional que mais tempo passa junto dos pais, senti o dever ético de dar resposta às necessidades no contexto de trabalho. Assim, procurei otimizar o meu autoconhecimento, identificando os fatores que pudessem interferir no meu relacionamento com a pessoa, neste caso criança e pais, e equipa multidisciplinar. Reconhecendo a minha própria dificuldade em lidar com os pais nos contextos de morte do seu filho, procurei sustentar a minha prática clínica e atender às diferentes necessidades de conforto da criança e família, mesmo nas situações de maior *stress*, tendo por base a teoria do conforto de Kolcaba (Dowd, 2004). Além dos referenciais teóricos, apoiei-me na literatura científica mais recente, de forma a adotar estratégias que, cientificamente comprovadas, ajudassem a facilitar o processo de luto dos pais e, em simultâneo, sentir maior confiança e capacidade de lidar efetivamente com as famílias, dando respostas adequadas às suas necessidades. A leitura da obra de Kübler-Ross (1996) também auxiliou neste processo. Esta autora identificou cinco fases do luto, não necessariamente sequenciais, nem obrigatórias, designadamente: Negação, Raiva, Negociação, Depressão e Aceitação. Explorar cada uma destas fases ajudou na compreensão das minhas emoções e sentimentos, e conduziu ao desenvolvimento de estratégias enquanto pessoa e profissional.

A necessidade pela procura de informação é algo que surge, inevitavelmente, na minha prática diária enquanto enfermeira integrante de um serviço de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, e enquanto mestranda nos diversos locais de ensino clínico. A saúde infantil e pediátrica é muito vasta, pelo que quase diariamente os contextos de doença ou necessidades de promoção da saúde são novos ou, requerem uma atualização ou procura por maior conhecimento de forma a dar resposta às necessidades das crianças e famílias. Assim, procurei ao longo da prática clínica, atualizar o meu conhecimento, baseando-me em fontes de informação fidedignas, fossem livros científicos ou artigos científicos disponíveis na plataforma EBSCOHost, salvaguardando a seleção de informação segura e baseada na evidência científica, permitindo a consolidação de uma prática informada pela evidência científica (Melnyk, 2017).

O enfermeiro, ao abrigo do Artigo 100º na Lei nº 156/2015, tem o dever deontológico de “responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos atos que pratica ou

delega”. O EE, segundo o Regulamento nº 140/2019, “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo de investigação”. Como salientado anteriormente, a formação contínua em Enfermagem é um fator determinante na melhoria contínua dos cuidados e promove o desenvolvimento pessoal e profissional do enfermeiro, indo ao encontro do seu dever deontológico para com a profissão. Com base nestes factos, o EE é considerado uma referência para a equipa de saúde, enquanto detentor de conhecimentos mais especializados e atualizados. Enquanto futura EE, realizando o meu percurso académico de desenvolvimento profissional, em cada campo de aprendizagem procurei oportunidades de aprendizagem e, simultaneamente, contribuir com algum conhecimento oportuno ao contexto de trabalho.

Nos diferentes locais de prática clínica, procurei basear a minha praxis clínica na evidência científica mais recente e fidedigna. Nas práticas clínicas não houve oportunidade de desenvolver uma ação de formação no contexto de trabalho aos enfermeiros, no entanto, foram realizadas sessões de educação aos pais, no ensino clínico na comunidade. Ainda, tive oportunidade de realizar um panfleto a respeito do Processo Assistencial Integrado (PAI) da febre (DGS, 2018), que foi revisto pela enfermeira orientadora e aceite pela enfermeira gestora.

A DGS (2015), com o objetivo de oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade aos cidadãos com patologias e problemas de saúde mais frequentes e com potencial de maior ganho, publicou diversos PAI enquanto estratégia nacional para a qualidade na saúde, que devem ser progressivamente implementados nos diferentes níveis de cuidados do serviço nacional de saúde. Assim, o centro de saúde, encontrava-se numa fase de construção do panfleto sobre o PAI da Febre para divulgação entre os enfermeiros e utentes, pelo que contribuí construindo este panfleto (APÊNDICE A) baseado na Norma n.º 014/2018 “Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta duração em Idade Pediátrica” da DGS. O mesmo panfleto foi posteriormente apresentado em sessão de formação pela minha enfermeira orientadora à equipa de saúde, e distribuído pelos gabinetes aos enfermeiros. Desta forma, considero ter sido capaz de contribuir no sentido de facilitar a aprendizagem no contexto de trabalho, favorecendo o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros inseridos na equipa de saúde.

No contexto de centro de saúde, foram realizadas sessões de educação sobre temáticas identificadas em conjunto com a enfermeira orientadora, tendo por base o maior interesse e necessidade dos pais. Para essas sessões de educação, construí apresentações e

panfletos informativos para os pais, com as seguintes temáticas: cólicas (APÊNDICE B1, B2), prevenção de acidentes (APÊNDICE C) e alimentação no 1º ano de vida (APÊNDICE D1, D2). Ainda, colaborei com a equipa de saúde infantil na construção de outro panfleto informativo, a ser disponibilizado nos gabinetes de enfermagem e para os utentes deste centro de saúde, para promover a consulta de enfermagem saúde infantil e juvenil (APÊNDICE E).

As sessões de educação foram elaboradas por mim, validadas pela enfermeira orientadora, e realizadas ao grupo de pais inscritos nas sessões de massagem infantil (MI) realizadas no centro de saúde. Assim, reconheço a importância da colaboração dos profissionais de saúde em contribuir para o aumento da literacia em saúde dos pais, e reconheço, ao abrigo do Artigo 18º da Convenção sobre os Direitos das Crianças (UNICEF, 2019), que os pais têm a principal responsabilidade comum de educar a criança, e que o Estado deve ajudá-los a exercer esta responsabilidade, tendo em vista um crescimento e desenvolvimento saudável. Ainda, considero ter contribuído para a salvaguarda do Artigo 24º, da mesma referência, que assegura que a criança tem o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos.

Nas sessões de educação, procurei dinamizar ao máximo a incorporação dos novos conhecimentos, com o desafio da barreira cultural pois existiam três mães de outras nacionalidades (venezuelana, senegalesa e chinesa), visando os ganhos em saúde dos cidadãos. Procurei junto do meu grupo alvo, fazer um levantamento das necessidades de informação para que, futuramente, as enfermeiras do centro de saúde pudessem dar continuidade às sessões de formação. Os temas apresentados basearam-se na mais recente literatura e evidência científica disponível. Inclusive, procurei incorporar temas, como por exemplo, na sessão sobre a alimentação no 1º ano de vida, o tema *baby led weaning* (DGS, 2019) que, segundo a minha orientadora, era cada vez mais frequente surgirem dúvidas sobre este método de introdução alimentar em contexto de consulta. No último encontro com as mães, realizei um questionário com o objetivo de avaliar o impacto das sessões, tendo os resultados sido muito positivos. As sessões foram realizadas utilizando as tecnologias de informação, com projeção da apresentação em *powerpoint* e com distribuição dos panfletos informativos para que pudessem levar consigo a informação com registo escrito. Assim, considero ter desenvolvido uma prática mais especializada num cuidado seguro e competente, pela aquisição de novos conhecimentos e maior competência sobre os temas trabalhados.

A respeito do cuidado transcultural, saliento a teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Leininger, 2002), enquanto referencial teórico na base dos cuidados de enfermagem culturais a crianças e famílias. O modelo do Sol Nascente, retrata os principais fatores da teoria que influenciam o cuidado cultural. Segundo McFarland e Wehbe-Alamah (2019), Leininger defende que, os enfermeiros, representando um grande grupo dos profissionais de saúde, têm o poder de contribuir significativamente na prevenção de processos legais e na prestação de um cuidado de enfermagem de qualidade. Defendem igualmente que o mais crucial é escutar com mente aberta, procurar aprender com eles, e não impor as nossas ideias sobre o outro. Esta teoria contribuiu para a prática de enfermagem com três possíveis modos de ação e decisão para um cuidado transcultural: a manutenção do cuidado cultural, a negociação do cuidado cultural e a reestruturação do cuidado cultural. Tive necessidade de desenvolver uma competência transcultural em quase todos os ensinamentos clínicos, com famílias de origem alemã, senegalesa, chinesa, venezuelana e de etnia cigana. Ressalvo aqui uma das principais diferenças com a qual me confrontei ao nível dos cuidados de saúde infantil, durante a sessão de educação no centro de saúde a respeito da alimentação durante o primeiro ano de vida. Uma mãe, de origem senegalesa, acompanhada do seu lactente de oito meses, refere com orgulho, que o seu filho está totalmente envolvido na dieta familiar e come de tudo. Sabemos que, em Portugal, de acordo com as orientações emanadas pela DGS (2019), é recomendado que a criança seja inserida na dieta da família após o primeiro ano de vida. Contudo, a mesma fonte ressalta que, embora devam ser respeitadas as recomendações das comissões de nutrição da *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition* (2017), é igualmente importante respeitar as tradições culturais do agregado familiar. Aliado a esta orientação, e seguindo uma prática baseada no referencial teórico de Leininger, foi, para mim, importante prestar um cuidado transcultural, de manutenção. Ou seja, salvaguardando o desenvolvimento saudável do lactente e tipo de alimentação oferecida, procurei ter uma intervenção facilitadora na manutenção e preservação das suas crenças e valores culturais que são benéficas ao lactente e família na sua saúde.

Ao longo deste percurso académico, em particular nas práticas clínicas, considero ter desenvolvido uma prática profissional consciente e responsável, tendo por base os princípios deontológicos de enfermagem, e fazendo jus ao meu compromisso de honra enquanto enfermeira, respeitando os interesses e direitos das famílias e promovendo a qualidade de vida. Procurei colaborar nos projetos institucionais a respeito da melhoria contínua da qualidade, operacionalizando os diferentes projetos instaurados nos serviços.

Considero ter sido capaz de garantir um ambiente terapêutico seguro, gerindo e articulando os cuidados de enfermagem enquanto membro integrante da equipa de saúde. Continuamente, desenvolvi o autoconhecimento e assertividade ao longo de todas as experiências que me surgiram, oferecendo cuidados de enfermagem especializados e baseados na evidência científica mais recente e fidedigna.

## **1.2. Competências Especializadas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

O EEESIP, enquanto enfermeiro especializado, tem uma responsabilidade aumentada das suas funções nesta vasta área que é a saúde infantil e pediátrica. Enquanto futura EEESIP, procurei ao longo dos ensinamentos clínicos utilizar o modelo conceptual centrado na criança e família, perspetivando o principal beneficiário dos meus cuidados: o binómio criança/família. Assim, tive oportunidade de intervir junto das crianças desde o nascimento até aos 18 anos.

Ao longo deste percurso, CCF, ao abrigo do Regulamento nº 422/2018 que decreta que, o EEESIP:

trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (p. 19192).

Reconhecendo a importância da parceria de cuidados com a família/pessoa significativa, optei por trabalhar esta temática com a construção de um estudo de RIL. Ainda, procurei em todas as oportunidades prestar cuidados de enfermagem de nível avançado, com segurança, competência, em prol da satisfação da criança e da sua família, sustentada numa base de CCF, e tentando promover uma parceria de cuidados efetiva. Ao longo dos ensinamentos clínicos, identifiquei-me com a necessidade de dar resposta em toda a sua complexidade, a cada criança e família nas diversas áreas, com conhecimento e capacidade para antecipar e responder aos contextos de emergência, mas também para avaliar a família e responder às suas necessidades, perante os processos de adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar.

De acordo com o Regulamento nº 422/2018, são três as competências específicas atribuídas ao EEESIP: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p. 19192). É de salientar que, em todos os ensinamentos clínicos, procurei desenvolver

a aquisição das competências específicas no decorrer das situações em que tive oportunidade de intervenção.

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

A aquisição da competência “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento nº 422/2018) passa pelo cuidado especializado da criança considerando a sua natural dependência e progressiva autonomia, inserida no binómio com a sua família. Enquanto futura EEESIP, procurei estabelecer com a família/pessoa significativa uma parceria de cuidados promotora da máxima otimização da saúde da criança, com as devidas necessidades de gestão do seu regime habitual e da parentalidade efetiva.

Neste domínio de competência, procurei implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade em gerir o regime e progressiva reinserção social da criança/jovem. A aquisição desta competência requer do enfermeiro uma capacidade de negociação de participação da criança/jovem e família, com o objetivo de se desenvolver uma independência e bem-estar (Regulamento nº 422/2018). Em concordância, Cerqueira e Barbieri-Figueiredo (2020), ressaltam a dependência da criança de um elemento que seja por si responsável. A criança é um ser com vulnerabilidade acrescida e necessita, para o seu bem-estar, de caminhar junto à sua família, os responsáveis principais em promover o seu desenvolvimento em pleno. Estes autores, sustentados em Casey (1995), baseiam-se na teoria de parceria de cuidados de Casey e Mobbs, datada de 1988, que contribui com a filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos, reconhecendo a importância da intervenção centrada na família, com um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança. Por mais que o enfermeiro preste cuidados especializados à criança, cabe aos pais garantirem a continuidade desses cuidados no domicílio, pelo que se torna essencial a capacitação parental, para um desenvolvimento adequado e promotor da saúde de cada criança. Esta parceria é caracterizada por ser um processo dinâmico, com participação ativa e de acordo com o objetivo comum: o bem-estar da criança. É uma partilha de poder e de conhecimentos, centrados na criança, com uma participação ativa de todos os parceiros envolvidos, sustentados numa relação efetiva.

Prestar cuidados de enfermagem a uma criança envolve cuidar dos pais/família (Regulamento nº 422/2018). A OE (2015b) destaca esta necessidade ao referir que, para se assegurar o correto desenvolvimento da criança hospitalizada, o enfermeiro deve incluir os pais nos cuidados a prestar à criança. Assim, o enfermeiro tem uma abordagem que vai ao

encontro do Modelo de Parceira de Cuidados de Anne Casey (Casey, 1995; Cerqueira & Barbieri-Figueiredo, 2020). O Guia Orientador de Boa Prática sobre a adaptação à parentalidade durante a hospitalização, orienta para que o enfermeiro seja capaz de avaliar a capacidade dos progenitores em adaptar a sua parentalidade à nova situação familiar (OE, 2015b). Para que esta parceria de cuidados ocorra, o EEESIP deve identificar as necessidades individuais da criança e dos pais, assim como, as capacidades parentais, preparando-os para manter ou desenvolver novas competências no seu papel de pai/mãe. Assim, podemos concluir que a parentalidade tem uma relação direta com os cuidados à criança e com a promoção de um desenvolvimento adequado e saudável.

Ressalvo uma das situações que experienciei no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), enquanto futura EEESIP, senti com maior apreço a assistência dada à criança e mãe, na maximização da saúde da criança. Tratou-se de um lactente com um mês de vida, cuja mãe recorreu aos cuidados de saúde por dispneia. O lactente apresentava discreta obstrução nasal, raros acessos de tosse produtiva e rinorreia, sem necessidade de oxigenoterapia suplementar, e com uma ligeira noção de diminuição de apetite. À chegada, foi realizada irrigação nasal com soro fisiológico e aspiradas secreções em pouca quantidade da nasofaringe. Após 12 horas de observação com monitorização de oximetria de pulso, sem alterações respiratórias, e análises clínicas sem indicação de infeção ou quaisquer outras alterações, o pediatra deu indicação para alta. Perante esta indicação, a mãe demonstrou grande labilidade emocional, pedindo que ficasse pelo menos em observação até ao dia seguinte, pois tinha receio de não ser capaz de cuidar do seu filho doente. Após conversa com a mãe, tentando conhecer a família, sensibilizando para a necessidade e importância de expressar os seus sentimentos, apercebi-me de vários fatores importantes, que contribuíram para uma maior compreensão da situação. O lactente tinha cinco semanas de vida, porém nas primeiras quatro semanas esteve ao cuidado da avó materna, devido ao reinternamento da mãe associado a complicações pós-cesariana. A mãe referia sentir-se insegura no seu papel de mãe. Expressou dificuldades em preparar o leite em pó, não conhecendo exatamente as quantidades. Dizia acordar o lactente exatamente três horas após a refeição anterior para o alimentar, mesmo que estivesse a dormir, e relatava períodos de choro e diminuição da quantidade ingerida em algumas das refeições. Não sabia como proceder à limpeza das vias aéreas superiores, ou a importância de o fazer. O lactente encontrava-se hemodinamicamente estável, pelo que a intervenção centrou-se na capacitação parental desta mãe. Perante o diagnóstico de enfermagem de parentalidade comprometida, segundo a Internacional Council of Nurses (2023), foram delineadas intervenções no âmbito da capacitação parental,

de modo a facilitar o processo de transição. Foram realizados ensinamentos sobre vários assuntos, nomeadamente a preparação e armazenamento do leite, a importância de respeitar o sono do lactente, a posição recomendada para o lactente dormir, pois a mãe optava pelo posicionamento em decúbito lateral, sob crença de ser mais confortável. Neste âmbito, a mãe foi sensibilizada sobre as medidas de prevenção do Síndrome da Morte Súbita do Lactente (SMSL). Segundo Julien (2021), a posição dorsal para dormir está comprovada como a mais segura na prevenção do SMSL, comparativamente à posição ventral ou lateral. Outra recomendação foi a respeito de manter o lactente com os pés a tocar na base da cama, de modo a reduzir o risco de ficar com a cabeça coberta por lençol ou cobertor e ocorrer asfixia. Em relação às infeções das vias respiratórias, foram realizados ensinamentos sobre como detetar sinais de dificuldade respiratória no lactente e como agir, assim como, a realização da lavagem nasal e a aspiração de secreções nasais, quando necessário. Segundo Martinez-Serrano et al. (2021), a irrigação das narinas com soro fisiológico isotónico é prescrito como um tratamento sintomático seguro adequado às crianças, em detrimento de outro tipo de tratamento que possa acarretar efeitos secundários como, por exemplo, o recurso a antibióticos, a anti-inflamatórios e a anti-histamínicos. A irrigação nasal é uma intervenção mecânica que permite a limpeza da mucosa nasal por arraste, melhorando a depuração mucociliar e favorecendo a eliminação de resíduos que favoreçam a inflamação. No caso da bronquiolite, devido ao habitual aumento de secreções nasais, é recomendada a aspiração das fossas nasais quando se verifica ruído respiratório com dificuldade respiratória ou alterações em cumprir com o seu padrão alimentar habitual. A mãe demonstrou-se extremamente receptiva aos ensinamentos realizados, e muito grata pela informação recebida. Expressou uma significativa diminuição da sua ansiedade e uma sensação de maior confiança enquanto mãe, de tal forma que, referiu sentir-se mais segura em receber a alta.

A situação relatada no SUP foi, para mim, uma situação a refletir sobre a importância dos cuidados centrados na família, e da parceria de cuidados com os pais, para a maximização da saúde das crianças e jovens. Foi uma situação relevante em que considero ter desenvolvido uma comunicação adequada junto do lactente e da sua mãe, em que procurei utilizar estratégias motivadoras e encorajadoras junto desta, na assunção do seu papel de mãe na saúde do filho. Procurei ao máximo proporcionar conhecimento e aprendizagem das capacidades individuais ao lactente, o que considero ter facilitado o desenvolvimento de competências desta mãe para a gestão do processo de saúde/doença. Exemplifiquei e incentivei à realização das técnicas pela mãe, com a minha supervisão e orientação, para que possibilitasse o esclarecimento de dúvidas e ganho de competência com segurança. A

realização destas intervenções só foi possível com a procura sistemática de oportunidades para trabalhar com a família e o lactente, para a adoção de comportamentos potenciadores da saúde. Utilizar a informação existente permitiu-me avaliar a estrutura e o contexto deste sistema familiar, identificando os pilares de apoio desta mãe. Ainda, encaminhei esta família para os recursos comunitários de suporte, nomeadamente o centro de saúde. Enfatizei a importância de recorrer aos cuidados primários sempre que necessitasse, e com maior frequência enquanto local de apoio no desenvolvimento das suas competências parentais, incentivando à inclusão do seu marido de igual forma, visando a maximização da saúde deste lactente e família.

Ao longo dos ensinamentos clínicos, procurei diagnosticar precocemente e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco que pudessem afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. Os vários ensinamentos clínicos possibilitaram a aquisição e desenvolvimento destes saberes. Ressalvo um dos exemplos que vivenciei em contexto de centro de saúde, a respeito de uma lactente de quatro meses que, segundo os pais, apresentava períodos frequentes de choro e irritabilidade, com alternância de períodos de obstipação, em que os pais expressavam grande dificuldade em gerir. Esta lactente era alimentada por biberão com leite adaptado para lactentes. À observação, observei que o abdómen estava ligeiramente distendido e timpanizado, mas depressível à palpação. Após ter solicitado o consentimento aos pais, ensinei e apliquei massagem abdominal com uso de creme hidratante que tinham consigo, na ausência de óleo vegetal, o que resultou na eliminação de flatos em grande quantidade, e fezes. Procurando conhecer melhor a família, pedi que a mãe me descrevesse como preparava e oferecia o biberão à lactente. Pude detetar algumas práticas a serem melhoradas, nomeadamente, a agitação do biberão na vertical, e o posicionamento em que oferecia o biberão à lactente que, potenciava a deglutição de ar, pois a tetina não ficava completa de leite durante a refeição. Identificados estes fatores, facilitei a aquisição de conhecimentos aos pais a respeito da prevenção e tratamento durante os períodos de cólicas, sustentado nas orientações por Demirel et al. (2018). Com base nestes autores, ofereci orientações aos pais para o posicionamento do biberão na horizontal com o lactente inclinado durante a alimentação, e a promover a eructação durante e após refeição. Ainda, informei e convidei-os para as sessões gratuitas de MI oferecidas no centro de saúde, incentivei ao uso de música “ruído branco”, informei sobre posicionamento “tigre na árvore” e sensibilizei sobre a importância da disposição mental e emocional de quem procura acalmar o lactente, salientando que, por vezes, é importante reconhecer a necessidade de pedir apoio a outro elemento familiar nestes momentos. A respeito da MI, importa aludir,

que os seus benefícios ascendem a vários níveis. Como suportado por Cooke (2015), verificam-se vantagens no lactente a respeito do crescimento, padrão de sono, períodos de choro e de *stress*, episódios de doença, desenvolvimento psicomotor e social, assim como o fortalecimento da vinculação entre o lactente e sua mãe/pai, com o grande potencial de diminuir o *stress* materno.

É do escopo de ação do EEESIP a intervenção nos vários contextos de saúde infantil e juvenil, nomeadamente no âmbito da saúde escolar. A Norma nº 008/2010 da DGS considera o Programa Nacional de Saúde Escolar e a sua implementação nos agrupamentos de centros de saúde. A saúde escolar é, assim, de indiscutível importância no âmbito dos cuidados de saúde primários. Tem um papel relevante na promoção da saúde, prevenção, resolução ou encaminhamento, e o EEESIP tem aqui a sua intervenção especializada enquanto recurso insubstituível junto das crianças e jovens nas suas diferentes fases de desenvolvimento e necessidades. O ensino clínico em centro de saúde ocorreu na Região Autónoma da Madeira onde, de momento, o programa de saúde escolar está em fase de projeto. Por falta de recursos humanos, não tem sido exequível a intervenção nas escolas. Não obstante, a sua intervenção é uma necessidade urgente de se desenvolver na RAM, de acordo com as conclusões de Pires (2022), no âmbito da sua investigação realizada em contexto de saúde escolar num dos concelhos da região.

A assistência à criança e jovem com a família na maximização da sua saúde envolve uma panóplia de competências por parte do enfermeiro especialista, que considero ter procurado de forma sistemática, desenvolver e aperfeiçoar com cada nova experiência ao longo dos ensinos clínicos. Considero ser imprescindível que, para se implementar e gerir um plano de saúde junto das crianças e pais, diagnosticar e intervir nas doenças comuns e situações de risco, o enfermeiro deve, primeiramente, conhecer a família e as crianças, conhecer as suas necessidades de forma a direcionar a sua intervenção individualizada a este binómio.

### 1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Ao longo dos ensinos clínicos, com maior destaque pela experiência na UCI e neonatologia, através da prestação direta de cuidados a casos clínicos complexos, houve oportunidade de adquirir, desenvolver e aprimorar várias aptidões que vão ao encontro das competências específicas do EEESIP. Houve oportunidade de prestar cuidados a crianças/jovens em situação de especial complexidade com doenças de baixa prevalência que requerem cuidados especializados e direcionados. Foi exequível, a mobilização de

conhecimentos para a rápida identificação e antecipação de focos de instabilidade hemodinâmica e uma resposta antecipatória, aprimorar os cuidados em suporte avançado de vida pediátrico e as monitorizações afetas a este ambiente de cuidados. Muitos dos cuidados especializados que foram aperfeiçoados, envolveram cuidados de enfermagem na manutenção da via aérea sob ventilação mecânica invasiva e não invasiva, com manutenção do tubo endotraqueal, posicionamentos, aspiração de secreções, manutenção de múltiplas drenagens, a manutenção da medicação inotrópica, com gestão dos ritmos de perfusão de acordo com a resposta hemodinâmica, através de uma adequada deteção e alerta à equipa médica perante resposta ineficaz da criança, a gestão em SOS dos fármacos na gestão da sedação, dor e bem-estar da criança, e providenciar e gerir tratamentos de suporte especializados, como foi caso da hipotermia induzida e hemodiafiltração contínua.

Segundo Bae (2021), as unidades de cuidados intensivos requerem um elevado número de enfermeiros comparativamente com outros serviços de prestação de cuidados. O cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, baseiam-se nas exigências que afetam a estreita monitorização e observação dos utentes, assim como, as necessidades exigentes do manuseamento do equipamento de suporte avançado de vida. Os utentes que se encontram em estado crítico dependem dessa qualidade de cuidados e segurança no uso desses equipamentos, mas acima de tudo, de um profissional de saúde competente na realização e manutenção dos tratamentos adequados. Assim, o autor referido anteriormente, ressalta que o trabalho numa UCI requer uma grande concentração e vigilância por parte do enfermeiro que presta cuidados e, sem dúvida, quanto maior a sustentação na evidência científica, maior a mobilização de conhecimentos e conseqüente segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e família. Trata-se de uma relação muito estreita entre o corpo de enfermagem e os resultados em saúde dos utentes em UCI, como é exemplo as condições de úlceras por pressão, quedas e infeções nosocomiais.

Não obstante a aquisição de competências, é imprescindível refletir sobre a maior dificuldade sentida neste trabalho evolutivo, que envolveu a aplicação de conhecimentos e capacidades facilitadoras no processo de luto, direcionado à família. Esta dificuldade deveu-se, em parte, à falta de experiência e conseqüente insegurança sobre as atitudes mais adequadas a tomar, mas também pela falta de sintonia entre os restantes enfermeiros durante o ensino clínico sobre esta necessidade. As principais experiências com o processo de luto familiar foram nos ensinamentos clínicos na UCI e neonatologia, contextos cuja relevância de se incluir na equipa multidisciplinar o apoio psicológico está previsto na Portaria nº 8/2014,

descrito no Artigo 10º, alínea 4, ressaltando a sua importância para as famílias de forma direta ou protocolada.

Dar resposta às necessidades hemodinâmicas da criança durante a sua instabilidade ocupa quase a totalidade do tempo do enfermeiro durante o turno de trabalho. Quando inserido numa equipa reduzida, os pais acabam por usufruir de pouco tempo da nossa disponibilidade para providenciar apoio na preparação para o luto, seja para possibilitar momentos de despedida, ou mesmo de suporte no acompanhamento do internamento da criança. Aliado a este facto, considero que seja ainda mais relevante o trabalho em equipa multidisciplinar no apoio às famílias, entre os diferentes profissionais, nomeadamente o psicólogo e/ou o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica. Apesar da falta de condições em tempo útil, procurei sistematicamente nos vários momentos de contacto com os pais, aplicar conhecimentos e cuidados facilitadores da dignificação da morte perante a criança e família. Tive presente na minha prática clínica o Artigo nº 108 na Lei nº 156/2015, respeitando e fazendo respeitar as manifestações de perda expressas pela família, e respeitando e fazendo respeitar o corpo após a morte. Baseando-me na literatura científica acerca dos momentos de luto e estratégias que possam facilitar este processo, sustentada por Butler et al. (2019), tentei promover momentos de aproximação dos pais com a criança, mediante a sua receptividade e aceitação, nomeadamente incentivá-los a se sentarem junto à cabeceira da criança e lerem as histórias que fossem habituais, trazer um peluche significativo, permitir a visita de familiares próximos ou pessoa significativa para se despedir da criança e ser um suporte para os pais. Considero, que apesar da minha insegurança inicial nesta competência, fui capaz de aplicar os conhecimentos adequados ao contexto e às limitações de serviço, e sustentados na evidência científica que possibilitaram momentos de dignificação da morte, à criança e junto com os pais.

Outra competência desenvolvida relaciona-se com a gestão da dor. A gestão diferenciada da dor e bem-estar da criança/jovem representa, cada vez mais, uma vasta oferta à disposição do profissional de enfermagem na otimização das respostas da criança. Aydin et al. (2017) corroboram a atribuição desta competência enquanto EEESIP, complementando com uma das conclusões a que chegaram no seu estudo a respeito do recurso às diferentes estratégias pelos enfermeiros no controlo da dor na criança. Os autores relatam existir uma relação positiva entre o maior nível de experiência dos enfermeiros e a maior tendência para recorrer ao uso dos métodos não farmacológicos durante os procedimentos potencialmente dolorosos. Fazendo referência à OE (2013), ao Guia Orientador de Boa Prática, salientam-se as diferentes estratégias: comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais,

físicas ou periféricas, suporte emocional e ambientais. Os recursos são vários, e não existe uma medida que seja claramente a mais eficaz. Ao EEESIP é exigida uma mobilização de conhecimentos e adaptação ao nível de desenvolvimento e necessidade de cada criança na seleção da estratégia mais adequada para controlo da dor. Quer estas intervenções sejam farmacológicas ou não farmacológicas, a sua associação resulta no aumento da probabilidade de sucesso na prevenção da dor.

Um dos procedimentos mais comuns na infância associado aos cuidados de enfermagem e à dor, é a vacinação. Induz grande sofrimento e ansiedade nas crianças, pais e enfermeiros. É essencial a sensibilização, a formação e transmissão de conhecimentos sobre a diminuição da dor e ansiedade das crianças, numa perspetiva do CCF (Taddio et al., 2018). A Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (APED, 2021) propõe várias recomendações para um adequado controlo da dor durante a vacinação na idade pediátrica. Um dos primeiros domínios é a recomendação de não aspiração do espaço muscular aquando da injeção, pois confere dor acrescida e não existem vasos de grande calibre que imponham risco real para a criança, refletindo-se numa maior rapidez do procedimento. Relativamente à posição corporal da criança durante a vacinação, é aconselhável que crianças até aos dois anos de idade sejam amamentadas antes, durante e após o procedimento, pois é um cuidado maternal que reduz a ansiedade da criança, aumenta o seu conforto e segurança, e potencialmente a distrai, aliado à produção de hormonas que induzem estes sentimentos. Para as crianças que não são amamentadas, recomenda-se associar então o contacto pele com pele (método canguru). Até aos três anos a criança pode sentar-se ao colo do pai ou mãe, promovendo maior proximidade, maior segurança e conforto à criança e cuidador, que oferece de imediato o embalo e aconchego. Após os três anos, recomenda-se a posição sentada. Em alguns casos, durante a vacinação, promovi posições alternativas, nomeadamente uma criança de cinco anos ficou sentada num carrinho de brincar, e outra ficou sentada num peluche grande, de acordo com a sua vontade. De salientar que o gabinete de consulta de saúde infantil, sustentado na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017), oferece um ambiente que corresponde às necessidades físicas, educativas e afetivas à criança. Estas estratégias revelaram ser bem-sucedidas na prevenção da dor e terem maior aceitação por parte da criança e dos pais. Outro domínio de pensamento segundo a APED (2021), é relativo à intervenção farmacológica, dando ênfase à aplicação de anestésico tópico, na forma de creme, gel ou adesivo. A intervenção psicológica é outro elemento importantíssimo para o sucesso da prevenção e gestão da dor, sendo aconselhado a implementação de técnicas de distração adequadas ao desenvolvimento infantil de cada

criança, antes, durante e após o procedimento, com o objetivo de a distrair do foco doloroso. As estratégias podem ser várias: os pais, irmãos, brinquedos, vídeos interativos, música, livros, bolas de sabão, tecnologia de realidade virtual, ou até associação de crioterapia e vibração no local de administração. Finalmente, outra recomendação desta mesma referência, é a presença dos pais das crianças até aos 10 anos, uma vez que o comportamento dos pais durante o procedimento tem o potencial de influenciar fortemente o nível de ansiedade da criança. Assim, é igualmente importante educar os pais sobre a sua postura e atitudes facilitadoras durante a vacinação, potenciando a melhor aceitação por parte da criança. Quando a educação e orientação dos pais é realizada previamente, os adultos tendem a vir mais calmos e com a criança bem preparada, o que resulta num procedimento menos doloroso e ansioso para a criança.

Durante a minha prática clínica, procurei sistematicamente adaptar a melhor estratégia ao desenvolvimento e necessidade de cada criança. Nos neonatais, recorri maioritariamente às técnicas adequadas de posicionamento, aliado com a oferta de sacarose (Boles, 2017) e suporte físico dos pais, por exemplo o método canguru (Aydin et al., 2017). Noutras crianças com cinco ou 10 anos, por exemplo em centro de saúde, e segundo APED (2021), foi mais eficaz a técnica de distração, com jogos de vídeo, ou vídeos sobre temáticas a seu gosto, como por exemplo de animais de estimação ou de bebés a brincar, e respeitando os seus desejos sobre qual o momento mais adequado para aplicar a vacina. A disponibilização de recursos é cada vez maior, como é exemplo a utilização de métodos de aplicação de calor/frio, vibração ou tecnologia de realidade virtual.

Todos os contextos de ensino clínico que envolveram procedimentos potencialmente dolorosos, foram aplicadas estratégias preventivas farmacológicas associadas com não farmacológicas, individualizadas aos pais e à fase do ciclo vital de cada criança, procurando promover o bem-estar deste binómio. Ressalvo, por exemplo, uma criança com um ano de idade, com diagnóstico médico de Tetralogia de *Falot* (TOF) que, aquando da necessidade de colocação de um cateter venoso periférico e, perante a grande agitação da criança, recomendei e promovi o envolvimento da mãe na gestão da dor oferecendo amamentação durante o procedimento, sustentando a minha prática numa abordagem de parceria de cuidados (Harrison et al., 2016). Era uma família originária de um dos países africanos de língua oficial portuguesa, cuja amamentação fazia parte da alimentação e hábito cultural daquela criança e família. A mobilização de conhecimentos e estratégias reflete-se na melhor otimização de resposta às necessidades individuais de cada criança. Neste caso em particular, a amamentação durante a colocação do cateter revelou ser

um sucesso, pois a criança manteve-se mais tranquila, permissiva à nossa aproximação e, ainda com a aplicação de creme anestésico, permitiu que colocássemos o cateter enquanto tinha o conforto da amamentação, colo e apoio da sua mãe. O seu estado de alerta, mas tranquila, permitiu que o procedimento decorresse sem alterações no seu estado hemodinâmico.

Enquanto futura EEESIP, e de acordo com o Regulamento nº 422/2018, procurei dar resposta às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. Saliento uma das situações que experienciei, no contexto da UCI, com uma criança de 18 meses, proveniente de um dos países africanos de língua oficial portuguesa, com diagnóstico de patologia cardíaca congénita, TOF tipo cianótica. Segundo Forman et al. (2019), a TOF representa 7-10% de toda a categoria de defeitos cardíacos congénitos, sendo esta anomalia a causa mais comum do quadro de cianose grave, tendo uma prevalência de igual forma entre o sexo feminino e o masculino. Estas anomalias podem estar presentes de diferentes formas, resultando em vários níveis de gravidade de uma TOF. Relacionando com o caso clínico, esta criança sofria episódios de crises hipercianóticas diariamente, uma das consequências da TOF. Esta vivência foi para mim, uma novidade, pelo que senti necessidade de procurar na evidência científica o suporte adequado para a minha prática clínica. Nas crises hipercianóticas o tratamento passa por promover o aumento do fluxo sanguíneo pulmonar. Este aumento de fluxo é facilitado através da flexão dos membros inferiores, aproximando os joelhos ao peito (posição de cócoras), da administração de oxigénio, bólus de fluido cristalóide para reverter a hipovolémia, morfina para acalmar os centros respiratórios e diminuir o tónus adrenérgico, e bólus de bicarbonato de sódio para prevenir/corrigir acidose respiratória. O conjunto destas atitudes terapêuticas normalmente permitia o aumento do fluxo sanguíneo pulmonar e adequar o fluxo sanguíneo sistémico, corrigindo a hipoxia (Forman et al., 2019). Não tendo experiência com este tipo de patologia, procurei na literatura científica a evidência necessária e adequada para providenciar os cuidados de enfermagem apropriados nas doenças raras que surgiram ao longo dos ensinamentos clínicos.

A Organização Mundial da Saúde (2013), no seu plano estratégico para a medicina tradicional 2014-2023, reconhece a medicina tradicional, ou medicina complementar, tanto na manutenção como no complemento ao estado de saúde, salientando a sua importância, e como é frequentemente subestimada nos cuidados de saúde. A procura pelas terapias complementares tem aumentado ao longo dos anos, pelo que a necessidade de desenvolver uma abordagem coesa e integrativa nos cuidados de saúde é atualmente reconhecida nos contextos de saúde. A OE tem vindo a emitir pareceres favoráveis a diversas terapias

complementares, como é exemplo a reflexologia (Parecer CJ 97/2018), técnicas de Reiki e drenagem linfática (Parecer CJ 115/2012) e MI (Parecer nº 16/2019), reconhecendo o enfermeiro como profissional com dever de responsabilizar-se pelas decisões que toma e atos que pratica (Artigo 100º, Lei nº 156/2015), na sua obrigação de exercer a profissão com os conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, dignidade humana e bem-estar da população alvo dos seus cuidados (Artigo 97º, Lei nº 156/2015). De ressaltar a articulação, do Artigo 97º do CDE, com a Convenção sobre os Direitos das Crianças (UNICEF, 2019), no que concerne à proclamação de que a infância, na sua especificidade, tem direito a uma ajuda e assistência especiais. No que concerne as terapias complementares, destaco a MI. Durante o ensino clínico em centro de saúde, tive oportunidade de colaborar de perto com a minha orientadora nas sessões de educação aos pais sobre a massagem aos lactentes.

A MI, é um cuidado de enfermagem integrado nas intervenções autónomas do enfermeiro, sendo a sua implementação, integrante das competências do EEESIP (Parecer nº 16/2019). O mesmo Parecer emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, considera que os projetos de MI devem ser incluídos nos cursos para a parentalidade, ao invés de uma atividade isolada, e ministrados pelo EEESIP, encaixando-se no perfil de competências deste especialista. A MI é um conjunto de técnicas que oferecem vantagens para o lactente a nível fisiológico, permitindo, entre outras, uma estimulação dos sistemas circulatório, digestivo, hormonal, imunitário, linfático, nervoso, respiratório, vestibular, permite melhoria das capacidades de aprendizagem, desenvolvimento muscular e tónico, e permitindo uma vinculação com quem oferece a massagem, habitualmente, os pais (Pados & McGlothen-Bell, 2019). Reconhecendo a sua importância, procurei aplicar esta técnica, enquanto terapia de enfermagem, na minha prática clínica e ao longo dos ensinamentos clínicos, sustentada na evidência científica. Pude realizá-la a vários lactentes, sensibilizando os pais para a sua importância e vantagens descritas. Pude ainda constatar, com maior frequência de acordo com as experiências e situações em que identifiquei maior necessidade, a sua aplicabilidade e resultados positivos na prevenção de cólicas no lactente (Demirel et al., 2018).

A criança/jovem e família acometida por doença crónica, oncológica ou deficiência/incapacidade requerem uma intervenção mais especializada na promoção do seu mais elevado estado de saúde possível (Regulamento nº 422/2018). No internamento de cirurgia pediátrica, tive oportunidade de prestar cuidados a um adolescente de 17 anos, que sofreu um acidente de mota, tendo resultado em fratura da tíbia direita. Tratava-se de um

jovem saudável, a realizar o seu estágio na área de mecânica, enquanto complemento da sua formação profissional. Cruzei-me com o adolescente no seu segundo dia de internamento, em que se encontrava ainda confinado ao leito, com perna engessada, e fâcias tristes. O jovem tinha familiares presentes, frequentemente a sua mãe e o irmão mais novo, de 11 anos. Procurei, ao longo das minhas intervenções a este adolescente, promover a adoção de estratégias de *coping* e de adaptação, de modo a ultrapassar as dificuldades causadas pela sua súbita incapacidade. Conhecendo o jovem e a sua família, comecei a conversar com a mãe numa tentativa de, em conjunto, tentarmos perceber como poderíamos ajudar o adolescente no seu bem-estar holístico. Procurei conjugar a história da sua situação atual, os antecedentes de saúde relevantes do jovem e avaliação familiar, conhecimento da mãe sobre os gostos e hábitos do seu filho, para dar resposta às suas necessidades individuais naquele contexto. Procurei intervir no seu estado de tristeza, de acordo com a OE (2011), nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Tendo identificado um estado de tristeza no adolescente, associado a sentimentos de frustração e não adaptação à doença, procurei sistematicamente nos meus turnos promover o pensamento positivo, encorajar e facilitar o envolvimento da família, fosse pessoalmente ou através de videochamada, procurando ajudar na disponibilização da rede hospitalar que o permitisse contactar com os amigos e familiares, e sugerindo outras atividades de lazer adaptadas a esta fase de confinamento ao leito, que fossem do agrado do jovem.

Considero, ao longo das experiências com as crianças e jovens nos diversos ensinamentos clínicos, ter desenvolvido a unidade de competência que promova a sua adaptação e da família ao estado de doença ou incapacidade. Procurei capacitar as crianças e jovens na adoção de estratégias de *coping*, procurando promover uma relação dinâmica com as crianças e famílias, partilhando conhecimentos sobre estratégias promotoras da esperança.

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

Do EEESIP é esperada a capacidade em dar resposta, de forma eficaz, na promoção da maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude (Regulamento nº 422/2018). Segundo a OE (2010), no Guia Orientador para a Boa Prática na promoção do desenvolvimento infantil da criança, esta é considerada um organismo em desenvolvimento, com um crescimento que se expressa através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os vários fatores, bio anatómicos, psicológicos e sociais. A sua

evolução segue as leis da maturação neuropsicológica, sob influência dos fatores ambientais. Cada criança nasce e cresce num ambiente sociocultural que terá influência no seu desenvolvimento, aliado com os restantes riscos e oportunidades de desenvolvimento inerentes à sua saúde física e mental. Assim, o EEESIP na sua intervenção assertiva ao nível do desenvolvimento infantil da criança e do jovem, deve associar o conhecimento sobre o perfil de desenvolvimento da criança enquanto, paralelamente, deverá fomentar a ligação parental, assim como avaliar as capacidades parentais às necessidades individuais de cada criança.

A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil é uma competência que nos acompanha em todos os momentos de prestação de cuidados especializados a qualquer criança e jovem. Todos os momentos são oportunidades de intervenção, seja por entrevista ou por observação clínica. Em todas as oportunidades, procurei realizar uma avaliação do desenvolvimento infantil, ao nível da motricidade global, visão e manipulação, audição e linguagem, comportamento e adaptação, e sobre a relação da criança ou jovem para com a família, entre a família e a criança/jovem, e no ambiente comunitário e escolar (OE, 2010). A avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem ocorreram ao longo de todos os ensinamentos clínicos, embora destaque os contextos de centro de saúde e internamento de neonatologia.

A consulta de enfermagem de saúde infantil configura a oportunidade ideal para informar e orientar os pais e/ou cuidadores a compreenderem o desenvolvimento dos seus filhos. Neste espaço, é muito importante transmitir orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil (DGS, Norma nº 010/2013). Esta competência e dever, vai ao encontro do Artigo 18º da Resolução da Assembleia da República nº 20/90, referido pela UNICEF (2019), sobre a Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos, que nos compromete a assegurar o reconhecimento do princípio, segundo o qual, ambos os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança. A educação e desenvolvimento de uma criança deverá constituir preocupação fundamental dos seus pais, ou representantes legais. Ainda, a mesma entidade reforça que, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, a criança deve crescer num ambiente familiar em clima de felicidade, amor e compreensão

A intervenção especializada do EEESIP tem o grande potencial de prestar cuidados diferenciados nos momentos de consulta de acompanhamento a cada criança, pelo acumular de saberes nesta área da saúde infantil. Destaco uma situação, em centro de saúde, sobre uma

lactente de oito meses, acompanhada pela sua mãe, para avaliação dos parâmetros antropométricos, encaminhada pela enfermeira de cuidados gerais por considerar que, a lactente necessitava de maior atenção sobre o seu desenvolvimento físico. Na consulta, observei uma lactente que se incluiria num percentil mais baixo, com capacidade de se manter sentada, em que tentava por sua iniciativa tentar gatinhar, com um comportamento geral adequado, sorridente, boa vitalidade, olhar atento ao ambiente e estímulos auditivos e visuais, muito interativa com o ambiente e com as pessoas. Observei, ainda, uma relação amorosa e feliz com a mãe, e desta para com a lactente. Ao realizar avaliação do peso e estatura, pudemos constatar que o ganho de peso, durante o intervalo de tempo de um mês, fora de apenas 96 gramas. Com 7,196 Kg, esta lactente encontrava-se num percentil 15, quando, até aos seis meses de idade, estaria sistematicamente no percentil 85. A mãe justificava que, sendo ela própria de estatura baixa, considerava normal o desenvolvimento da sua filha. Não obstante, procurámos compreender a alimentação oferecida a esta lactente. Pudemos constatar, que na perspetiva de alimentação saudável pela mãe, a oferta dada à lactente era maioritariamente fruta e leite materno, referindo que a oferta de sopa eram duas colheres individuais, uma vez por dia, ao jantar. Tendo identificado este padrão, procurei sensibilizar a mãe sobre a importância da diversificação alimentar, tanto para o suprimento das necessidades energéticas para o crescimento da sua filha, como também para o treino de paladares, texturas e modulação comportamental, pelo que é importante a oferta alimentar ser variada e de qualidade. Referindo ainda que, a recomendação para a oferta de fruta são duas peças por dia. Salientou-se junto da mãe, que a fruta não contém proteínas nem lípidos, e que devido a esta pobreza nutricional não deve ser a principal fonte de alimento, ou como refeição principal, mas antes como uma sobremesa, após as refeições principais (DGS, 2019). Face ao exposto, a mãe ficou recetiva às orientações, e disse ter compreendido a informação. Elaborou-se um plano alimentar, com as verduras, hidratos de carbono e fontes proteicas a utilizar na alimentação diária da lactente segundo as recomendações pela DGS (2019). Sensibilizámos a mãe de que, atendendo a que a lactente ingeria maioritariamente fruta, de sabor mais doce, poderia ser um desafio aumentar as quantidades de sopa e dos outros alimentos. Pelo que, consciencializei a mãe para realizar um aumento progressivo, até às quantidades necessárias da lactente serem atingidas, e segundo o respeito pelo apetite da mesma. Ainda, garantindo a continuidade dos cuidados, agendei nova consulta duas semanas após, e entreguei em panfleto as recomendações sobre a diversificação alimentar para a lactente. Apesar de não estar presente na próxima consulta, garanti a continuidade dos cuidados junto da minha orientadora, e considero ter demonstrado conhecimentos

atualizados e fidedignos sobre o crescimento e desenvolvimento infantil, tendo transmitido as orientações à mãe para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil da sua filha.

A situação anteriormente descrita, incita a reflexão sobre a importância das consultas de saúde infantil serem efetuadas pelo EEESIP, sendo do escopo de ação do especialista a resposta à criança e jovem na sua complexidades nas diversas áreas, deter conhecimento especializado e habilidades para avaliar a família e responder às suas necessidades individuais. Reconheço ainda que, os enfermeiros de cuidados gerais consultam crianças pela falta de recursos em EEESIP naquele centro de saúde mediante a quantidade de crianças naquela área. Reconheço igualmente, que a área de intervenção do enfermeiro é ao longo de todo o ciclo vital (Lei nº 156/2015). Não obstante, e relacionando com a Carta da Criança nos cuidados de Saúde Primários (IAC, 2021), “as crianças devem ser atendidas, sempre que possível, por profissionais com formação em pediatria ou saúde infantil”.

A vinculação, é a ligação entre a criança e a mãe/pai, um processo de formação de laços afetivos (International Council of Nurses, 2023). É considerado um estado emocional dinâmico, humanamente necessário, entre o lactente e sua mãe/pai, cuja qualidade desse vínculo afeta o desenvolvimento infantil (Nordahl et al., 2020). Uma parentalidade suficientemente boa, termo referido segundo a OE (2015b), com base no amor, cuidado e empenho durante os primeiros anos de infância, permite a vinculação e promove um sentimento de segurança à criança, essencial para a sua saúde e autoestima. A primeira infância deve ser rica em estimulação, seguida de um forte envolvimento com a criança e suporte do jovem. Importa junto dos cuidadores/familiares comunicar que o ambiente que rodeia a criança deve ser facilitador e adaptado às suas necessidades básicas e neuro desenvolvimentais, e que a ausência de um ambiente adequado, pode desenvolver um atraso e/ou perturbação no seu desenvolvimento (Santos et al., 2019). Um ambiente domiciliar enriquecido, caracterizado por conter brinquedos adequados à faixa etária e disponibilidade parental para envolver-se nas brincadeiras de aprendizagem, é um ambiente promotor do desenvolvimento infantil saudável (Lima et al., 2022). Assim, o foco vinculação, acarreta uma complexidade de fatores pela sua especificidade, e é enquadrada nas competências de ação do EEESIP, que adota uma abordagem holística às necessidades da criança e pais.

Destaco uma situação em particular com uma RN que tinha sido transferida de outra unidade hospitalar, para intervenção cirúrgica no hospital onde me encontrava. A RN tinha 18 dias de vida, com diagnóstico de mielomeningocele roto, a nível lombo-sacral. Tratava-

se de uma neonatal com um comportamento infantil adequado, que não apresentava movimento no hemitorço inferior, a partir do nível da lombar, com inclusive descontrolo de esfíncteres, e ambos os pés botos. Os cuidados a este neonato envolviam, cuidados com a ferida na região sacrococcígea associada ao mielomeningocele, e os cuidados inerentes ao desenvolvimento infantil da RN. Os pais, vindos de outro distrito, foram aceites no alojamento hospitalar para acompanhar a sua filha durante o internamento, incumbindo com um dos direitos da criança descrito na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017), designadamente, o direito da criança em ter os pais ou os seus substitutos junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado. Pude observar do comportamento dos pais, uma postura apática, retraída. Olhavam inexpressivamente para a RN e não a tocavam a não ser com um pedido prévio de autorização. Desde o meu primeiro dia de cuidados a esta RN e família, procurei promover este processo de vinculação e ligação parental. Considerei neste processo, atendendo à individualidade do caso, a necessidade de conhecer os pais, o seu historial familiar, de gravidez, procurei promover expressão de sentimentos associado ao luto que se encontravam a viver pela filha que não correspondia aos seus desejos iniciais, pois não souberam durante a gravidez da malformação que a filha possuía. Tentei sensibilizar sobre a necessidade de adaptação, pelas necessidades especiais da sua filha com alguns cuidados antecipatórios inerentes à sua paralisia dos membros inferiores mas, acima de tudo, a necessidade de sentir amor e cuidado pelos seus pais para que incorra num desenvolvimento tão saudável quanto possível. Após algum tempo, os pais confidenciaram que não sabiam que podiam tocar na filha, nem como o fazer, pois sentiam medo e insegurança por não compreenderem tudo o que envolvia o diagnóstico atribuído. Enquanto futura EEESIP, e avaliando as necessidades desta família, procurei enaltecer junto dos pais as competências da RN, nomeadamente o reconhecimento da RN das suas vozes, a necessidade de vinculação, as vantagens desta ligação para ambos, a expressão tranquila que a RN esboçava mediante um colo dado pela mãe, os olhares da RN em direção à mãe e pai, promovi e incentivei à amamentação e à extração de leite materno. Apesar do receio que expressavam em tocar na filha, incentivei progressivamente ao toque. Promovi um envolvimento gradual. Inicialmente, incentivei a oferecer a chupeta, posteriormente nos cuidados de higiene na mudança de fralda, e posteriormente a dar colo e conforto. Negocieie o envolvimento dos pais de acordo com a sua disponibilidade e estado emocional. Procurei ao máximo envolver os pais na prestação de cuidados à sua filha, à luz do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (Casey, 1995), reconhecendo esta necessidade vital tanto da RN como dos pais, e perfilhando com o Artigo 5º da UNICEF (2019), sobre os direitos e deveres

dos pais em assegurar à criança o desenvolvimento das suas capacidades, a orientação e conselhos adequados às necessidades individuais da mesma. Ainda, indo ao encontro dos direitos emanados pelo IAC (2017), em que os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho, e informados sobre as regras e rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao mesmo.

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, foi-me possível aplicar os conhecimentos inerentes às diferentes abordagens de cada criança e família, de forma apropriada ao seu desenvolvimento e cultura. A competência do EEESIP em aplicar as técnicas de comunicação no seu relacionamento com as crianças e famílias, na base do respeito pelas suas crenças, culturas, e ao estágio de desenvolvimento da criança, é congruente com o IAC (2017), no âmbito da Carta da Criança Hospitalizada, que determina que a equipa de saúde tenha formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e família. É inerente ao EEESIP que presta cuidados especializados às crianças adaptar a sua comunicação, seja na adoção de linguagem mais simples e com recurso a desenhos animados, ou teatralizando contextos de fantasia ao explicar procedimentos a crianças entre os 3 e 5 anos, seja a adotar uma comunicação sincera com conhecimento adequado e atual a um jovem adolescente. Sendo que, com as crianças e adolescentes, procurei ainda facilitar a expressão de emoções, em concordância com o Artigo 13º da Convenção sobre os Direitos das Crianças (UNICEF, 2019) que diz que, a criança tem direito à liberdade de expressão, e a compreender a liberdade de procurar e receber informações, de qualquer forma à escolha da criança. Ainda, aproveitei as diferentes oportunidades para conhecer, avaliar e orientar sobre a adoção de comportamentos saudáveis na sua vida, reforçando a tomada de decisão responsável, sensibilizando quando adequado, que a adolescência é a etapa de vida que antecede a fase adulta (OE, 2010).

### **1.3. Competências de Mestre**

A realização da presente formação académica objetiva a aquisição do grau académico de mestre, em enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica. O Decreto de lei nº 65/2018 enuncia as competências atribuídas ao grau de mestre. Segundo este, o grau de mestre é conferido a quem demonstre a aquisição das competências estabelecidas. Segundo o Dicionário de Língua Portuguesa (2023), o mestre é aquele perito em qualquer ciência ou arte, é um graduado da profissão, e o profissional que concluiu o grau académico de mestrado.

A aquisição do grau de mestre teve início para mim no mês de março do ano 2022, com o início do presente curso. O compilar de todas as unidades curriculares apreendidas, junto com a experiência nas práticas clínicas, e finalizando com a conclusão do presente relatório, culminam no objetivo de aquisição do grau de mestre, nesta área de saber científico, a enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica.

Enquanto futura mestre, sustentada nos conhecimentos obtidos anteriormente na licenciatura e os adquiridos durante este percurso formativo, procurei desenvolver e aprofundar ao longo deste período de ensino esses conhecimentos e capacidade de compreensão, tendo-me baseado num processo de investigação contínua.

Considero que todas as experiências novas, não familiares e desafiantes, contribuíram grandemente para desenvolver a capacidade de aplicar os meus conhecimentos, com base na compreensão e resolução de problemas em contextos que não eram a minha zona de conforto, num âmbito multidisciplinar. As diferentes experiências nos diferentes contextos suportaram a aquisição das competências inerentes ao lidar com questões complexas. Fosse o desafio do cuidado culturalmente competente, lidar com dilemas éticos, ou, inclusive, trabalhar uma área que para mim tivesse sido necessário uma prévia preparação, como por exemplo trabalhar o processo de luto junto dos pais. Senti necessidade de desenvolver soluções em contextos com informação limitada, fosse com base no conhecimento existente ou na procura de maior evidência na literatura, com reflexões críticas sobre as situações que assim o exigiram. De toda a pesquisa e procura de novos saberes, foi imprescindível para mim partilhar com a restante equipa esses achados e conclusões, o que promovia um raciocínio e reflexão conjunta sobre a prática e a evidência científica. Os momentos de reflexão em conjunto contribuíram para a maior segurança no conhecimento e, por vezes, fez surgir a necessidade de outros esclarecimentos e novas pesquisas, uma contribuição inata na procura da melhoria contínua da qualidade.

A aquisição das competências de mestre não é única no tempo e no espaço, mas antes um processo que se iniciou, afirmou-se e será aprimorado ao longo da minha vida pessoal e profissional, num processo autónomo de aprendizagem e análise crítico-reflexiva.

## 2. ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

### **Parceria de Cuidados entre pais e enfermeiros, em unidades de neonatologia: uma revisão integrativa da literatura**

Partnership in care between parents and nurses, in neonatal intensive care units: an integrative literature review

Angelina Raquel Marques Camacho\*

Maria de Lourdes de Magalhães Oliveira\*\*

Nisa Souto\*\*\*

\* Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; [angelinacamacho.0595@gmail.com](mailto:angelinacamacho.0595@gmail.com)

\*\*Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; [oliveiramariadelourdes@gmail.com](mailto:oliveiramariadelourdes@gmail.com)

\*\*\*Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny; [nsouto@esesjcluny.pt](mailto:nsouto@esesjcluny.pt)

#### **Resumo**

**Enquadramento:** A parceria de cuidados em unidades de neonatologia é uma temática cujo desenvolvimento se iniciou no séc. XX e mantém-se um foco crescente da filosofia dos cuidados centrados na família. Uma parceria efetiva entre pais e enfermeiros tem demonstrado ganhos em saúde para o recém-nascido, para os pais, em termos de satisfação emocional e capacitação, e para os enfermeiros na sua satisfação profissional e pessoal. Não obstante as múltiplas vantagens, esta abordagem permanece pouco estabelecida neste contexto de cuidados, residindo incertezas quanto à sua implementação.

**Objetivo:** Identificar os componentes inerentes à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, em unidades de neonatologia.

**Metodologia:** Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de acordo com a metodologia PICo (participantes, fenómeno de interesse e contexto), cuja colheita de dados foi realizada em junho de 2023, nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection:comprehensive, Cochrane database of systematic reviews, Library, information science & technology abstracts e MedicLatina, a partir da plataforma EBSCOHost.

**Resultados:** A análise dos seis artigos incluídos no estudo permitiu identificar os componentes inerentes à parceria de cuidados em três domínios: enfermeiros/enfermagem, instituição/institucional e pais/parental, com predomínio dos componentes no domínio dos enfermeiros/enfermagem.

**Conclusão:** Os resultados mostram que o domínio predominante para o estabelecimento de uma parceria de cuidados efetiva com os pais em unidades de neonatologia são os enfermeiros. Os componentes identificados são a respeito da postura dos enfermeiros em relação aos pais no estabelecimento da parceria de cuidados, e em relação a si próprios, nas suas capacidades de gestão, desenvolvimento pessoal e interpessoal.

**Palavras-chave:** Parceria de Cuidados; enfermagem; pais; neonatal; unidades de neonatologia.

### **Abstract**

**Background:** Partnership in care in neonatology units is a theme whose development was first addressed in the XX century, and is still a growing concern of family centered care philosophy. An effective partnership between parents and nurses have demonstrated health gains for the newborn, for the parents, in their emotional satisfaction and empowerment, and for the nurses in their own professional and personal work satisfaction. Despite the multiple advantages, this approach remains little established in this context of care, which leads to uncertainties about its implementation.

**Objective:** To identify the inherent components for a partnership in care between parents and nurses, in neonatal units.

**Methodology:** This is an integrative literature review, according to the PICO methodology (participants, interest phenomenon, context). Data were collected in June 2023 in CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: comprehensive, Cochrane database of systematic reviews, Library, information science & technology abstracts and MedicLatina databases, in EBSCOHost platform.

**Results:** The analysis of the six included articles allowed the identification of the inherent components for a partnership in care in three main domains: nurses/nursing, institutional and parents, with a prevalence in the nursing domain.

**Conclusion:** The results show that nurses hold a greater dominance on establishing an effective partnership in care with parents in neonatal units. The identified components are related to nurses posture to parents in establishing a partnership, and to themselves, in their abilities of management, personal and interpersonal development.

**Key words:** partnership in care; nursing; parents; neonatal; neonatal units.

\*Mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Madeira, Portugal. Enfermeira no Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira. [angelinacamacho.0595@gmail.com]. Contribuição no artigo: realização do estudo (revisão integrativa da literatura) e elaboração do artigo.

\*\*Doutorada em Ciências da Educação, Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Madeira, Portugal [oliveiramariadelourdes@gmail.com]. Contribuição no artigo: revisão do estudo (revisão integrativa da literatura) e do artigo.

\*\*\*Doutorada em Enfermagem, Professora adjunta, Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Madeira, Portugal [nsouto@esesjcluny.pt]. Contribuição no artigo: revisão do estudo (revisão integrativa da literatura) e do artigo.

## **Introdução**

A Unidade de Neonatologia (UN), de valência intensiva ou intermédia, combina uma tecnologia muito diferenciada e avançada com profissionais de saúde treinados e especializados em prestar cuidados ao neonato prematuro ou gravemente doente, mas também à sua família (Brødsgaard et al., 2019).

Nos seus primórdios, a evolução da especialização dos cuidados neste contexto focou-se na sobrevivência e no processo de recuperação do neonato, sem incluir a família como parte integrante do cuidar, associado ao receio de comprometer a sobrevivência ou a saúde do neonato (Gooding et al., 2011).

A valorização dos pais enquanto parceiros no cuidar e a integração de abordagens do CCF tem ocorrido de forma gradual. No início do séc. XX, Budin relata problemas relativos aos aspetos psicossociais dos pais de RN em UN, assim como uma ligação mãe-filho inexistente ou fraca, influenciada pela separação ocorrida logo após o parto. Em 1982, Klaus relaciona estas observações com um aumento da incidência da negligência nos cuidados parentais em RN que tivessem necessitado de internamento em UN (Tamez, 2017). Ainda na década de 80, Bowlby também enfatizou o papel da família na minimização dos efeitos negativos provocados pela separação das crianças hospitalizadas (Kim et al., 2023).

Abordar os pais enquanto visitas, resulta na perda de oportunidades de os envolver nos cuidados inerentes à sua condição de pai e de mãe, com impacto negativo no estabelecimento de uma vinculação precoce e na transição para a parentalidade. A ligação pais-filho é, na atualidade, inegavelmente reconhecida como essencial ao desenvolvimento e bem-estar integral de todos os intervenientes (Vetcho et al., 2023).

Esta mudança de paradigma motivou a transição para uma abordagem de CCF, aliada ao reconhecimento dos pais como parceiros no cuidado ao seu filho (Tamez, 2017). Os CCF são uma filosofia de cuidados baseada num importante componente: a parceria de

cuidados entre a equipa de saúde e os pais. Numa UN, isto refere-se à multidisciplinaridade integrada e holística nos cuidados de saúde ao RN e família, com respeito à sua dignidade, considerando os pais como participantes ativos e membros integrantes da equipa (Kim et al., 2023).

O conceito de parceria de cuidados é associado a um processo dinâmico, caracterizado pela partilha de poder e conhecimento, que requer participação ativa e negociação entre os parceiros, com vista ao objetivo comum: o bem-estar máximo da criança. O modelo de parceria, enquanto modelo de enfermagem, fortalecido entre Anne Casey e Mobbs em 1988, reconhece e valoriza a família como essencial ao bem-estar presente e futuro da criança (Mendes & Martins, 2012).

Esta abordagem de cuidados considera os pais como verdadeiros parceiros, essenciais nos cuidados ao seu filho, pois são encarados como as pessoas que melhor respondem às suas necessidades emocionais, e estabelecem uma ligação que se reconhece insubstituível quando comparada com o efeito de qualquer ambiente mecânico ou tratamento clínico. O estabelecimento de uma parceria de cuidados, um conceito com cada vez maior impacto na literatura, e em especial na enfermagem pediátrica, baseia-se no objetivo comum de proporcionar a melhor recuperação ao RN, e assenta em pilares fundamentais: o mútuo respeito no cuidado à criança, a dignidade, a partilha de informação através de uma comunicação transparente e positiva, a colaboração, a responsabilidade partilhada e a negociação de papéis (Brødsgaard et al., 2019; Heo & Oh, 2019; Kim et al., 2023).

No decurso do internamento, as famílias vivenciam experiências desafiadoras e muitas vezes traumáticas (Vetcho et al., 2023). Os sentimentos oscilam entre a felicidade de ter o seu filho vivo e o constante medo de que este possa não sobreviver, sofrer complicações tardias da prematuridade ou da condição fisiológica que motivou o internamento na UN (Brødsgaard et al., 2019). A importância em torno do envolvimento dos pais enquanto principais cuidadores, incorre também na necessidade de serem capazes de cuidar do seu filho após a alta hospitalar (Tamez, 2017).

Desde o século passado que os profissionais de saúde e as famílias têm contribuído para que a parceria de cuidados seja parte integrante da cultura dos cuidados neonatais, incluindo nas UN (Kim et al., 2023). Porém, continua a existir uma crescente preocupação em reconhecer o binómio crianças/pais, sustentada numa abordagem de CCF (Brødsgaard et al., 2019): Os pais continuam a reportar não serem suficientemente incluídos nos cuidados ao seu filho, e que a equipa de saúde não negocia com eles o seu papel e participação, assumindo frequentemente o controlo sobre os cuidados prestados ao RN (Toivonen et al.,

2020). Por sua vez, os enfermeiros tendem a adotar uma atitude de proteção do neonato em relação aos pais, baseados na crença de que a sua competência técnico-científica é a melhor perante as suas necessidades. Face este panorama, é fundamental apoiar a parentalidade nas UN, tendo como alicerce a parceria de cuidados (Brødsgaard et al., 2019).

O internamento de um RN na neonatologia implica uma interação contínua e tendencialmente longa, entre os enfermeiros e os pais, sendo o enfermeiro quem permanece mais tempo nos cuidados diretos a esta díade (Heo & Oh, 2019; Kim et al., 2023).

Para que a parceria de cuidados seja uma realidade, os enfermeiros devem ser capazes de facilitar essa relação respeitando as perspetivas dos pais. O enfermeiro deve reconhecer cada neonato e família como um binómio único, e desenvolver uma relação de igualdade e de respeito, oferecendo os cuidados de melhor qualidade. O enfermeiro atua enquanto educador e facilitador, mantendo uma comunicação positiva e clara com os pais e encorajando a sua participação. Não obstante, numa relação eficaz, a colaboração e parceria deve resultar na escolha dos pais em determinar o seu nível de envolvimento, através da negociação de papéis com os enfermeiros. Esta abordagem de cuidados não remete para a substituição dos enfermeiros pelos pais, mas pelo reconhecimento do mesmo patamar de estatuto enquanto cuidadores, devendo ser respeitados como capazes de adquirir o conhecimento e competências necessárias para os cuidados parentais (Brødsgaard et al., 2019).

A importância da parceria de cuidados para o desenvolvimento integral do RN e a promoção da parentalidade reúne consenso na literatura científica. Da pesquisa realizada nas bases de dados, constatou-se que permanece por esclarecer quais os componentes implicados no desenvolvimento da parceria, que possam comprometer a sua operacionalização na prática clínica. Assim, considera-se relevante identificar na evidência científica, os componentes inerentes ao desenvolvimento da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, neste contexto.

Face ao exposto, o presente estudo partiu da questão de investigação: Qual a produção científica sobre os componentes essenciais à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, em UN? Considerando a questão formulada, foi definido como objetivo identificar na evidência científica, os componentes inerentes à parceria de cuidados entre os pais e enfermeiros, em UN.

## **Metodologia**

Trata-se de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL), desenvolvido com o intuito de sintetizar o conhecimento científico sobre os principais componentes inerentes à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros em UN, para posterior incorporação na prática dos resultados dos estudos analisados que abordem a parceria de cuidados.

Este estudo cumpriu com as fases preconizadas para um estudo de RIL, segundo Souza et al. (2010), a elaboração da pergunta norteadora, pesquisa nas bases de dados, colheita de dados, seguida da análise descritiva dos estudos incluídos, discussão dos resultados e, finalmente, apresentação da RIL. A questão de investigação foi: Quais os principais componentes da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, em UN? Para a estruturação desta questão, recorreu-se à estratégia PICO: população (pais de neonatos e enfermeiros), fenómeno de interesse (parceria de cuidados pais-enfermeiros) e contexto (UN) (Sousa et al., 2018).

A colheita de dados ocorreu durante o mês de junho de 2023 nas bases de dados *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Complete*, *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: comprehensive*, *Cochrane database of systematic reviews*, *Library, information science & technology abstracts* e *MedicLatina*, a partir da plataforma EBSCOHost. A frase booleana utilizada para a pesquisa científica foi: (Family Nursing OR Partnership) AND Nurs\* AND (Parent\* OR caregivers) AND (Infant, Newborn OR Infant, premature OR Infant, Extremely premature) AND intensive care units, neonatal.

Foram definidos como critérios de inclusão: estudos publicados nas referidas bases de dados, no espaço temporal de 2013-2023, que abordassem a parceria de cuidados em UN, e fossem referentes à prática clínica de enfermagem, estivessem disponíveis nos idiomas português, inglês ou espanhol, e fossem de acesso gratuito. Foram excluídos os protocolos de estudos de revisão, os estudos referentes a outros profissionais de saúde não enfermeiros, ou que se enquadrassem no contexto de obstetrícia e de pediatria.

Da pesquisa inicial nas bases de dados, resultou a identificação de 113 artigos, que foram geridos com recurso ao programa informático Rayyan®. Após a remoção dos duplicados, tendo por base os critérios de inclusão e exclusão, e respeitando as *guidelines* de 2020 do *Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA)* (Page et al., 2021) (figura 1), primeiramente foi realizada uma leitura crítica e reflexiva dos títulos, posteriormente dos resumos disponíveis e, finalmente, dos textos integrais, que resultou na inclusão de seis artigos elegíveis para o estudo. Cada etapa do processo de

seleção contou com a colaboração de dois revisores independentes, e decorreu de modo consensual.

## **Resultados**

Foram incluídos no estudo de RIL seis artigos científicos. Destes, um foi selecionado na base de dados CINAHL e os restantes na base de dados MEDLINE Complete. Quanto ao país de origem, um (17%) foi desenvolvido na Finlândia, dois (33%) na Coreia do Sul, um (17%) nos Estados Unidos da América, um (17%) na Dinamarca e um (17%) na Tailândia. Todos os artigos foram publicados no idioma inglês. Relativamente ao ano de publicação, observamos maior incidência a partir de 2019 (dois artigos), 2020 (um artigo) e 2023 (dois artigos) e apenas um artigo de 2013.

Todos os artigos analisados abordam a temática da parceria de cuidados entre os pais e os enfermeiros em UN. Com o propósito de sistematizar a informação dos artigos, os seus principais dados foram compilados de forma descritiva na tabela 1 (Apêndice F).

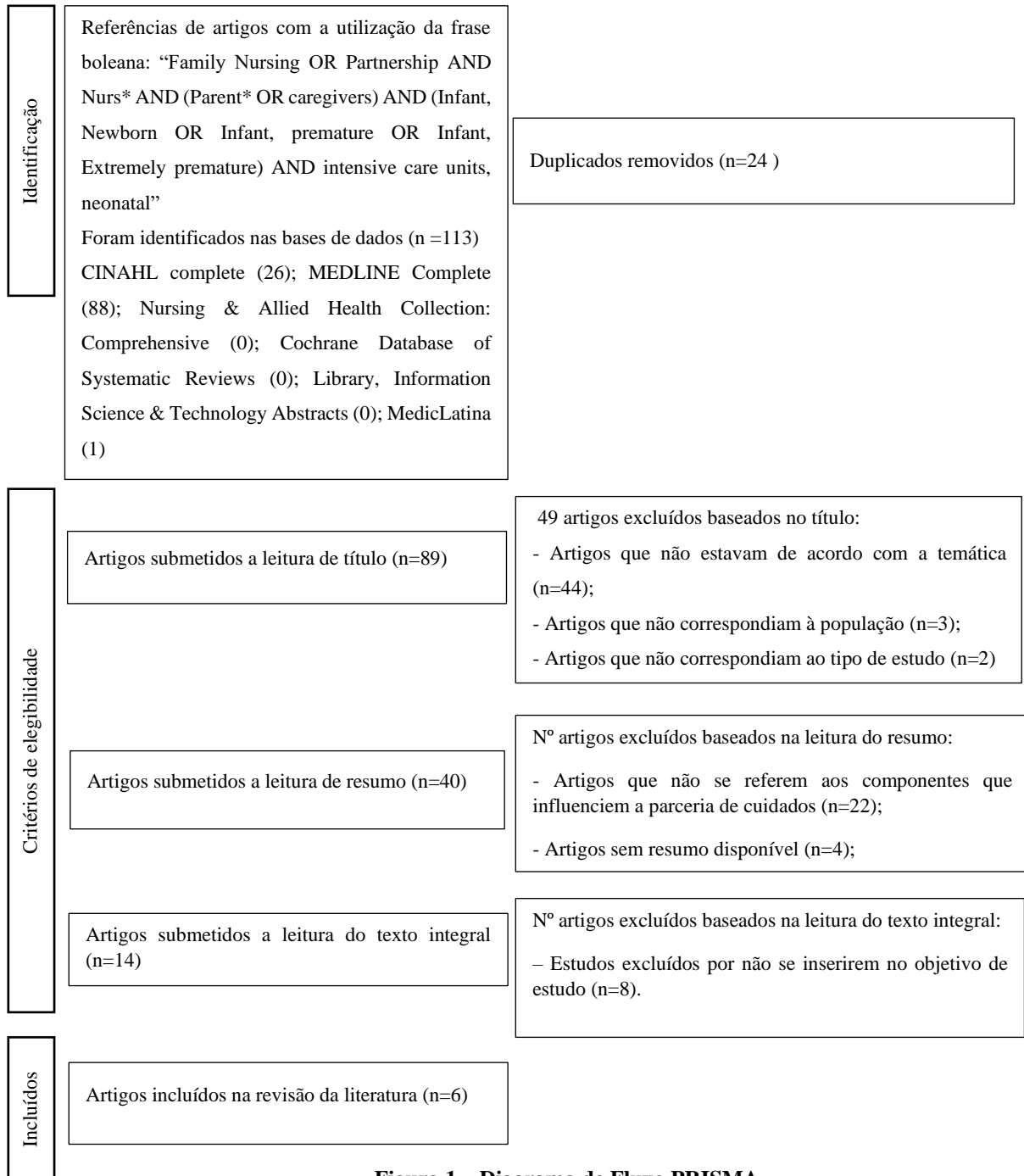
Com base nos artigos selecionados, considera-se relevante a apresentação dos componentes inerentes à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, em UN, divididos entre três grandes domínios: aos enfermeiros, aos pais e à instituição. O domínio relativo aos enfermeiros foi o mais prevalente, com a identificação de 30 elementos, tendo os outros domínios um total de 10 elementos para cada, como ilustrado na tabela 2 (Apêndice G).

## **Discussão**

Este estudo teve como objetivo identificar os componentes inerentes à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, em UN. A análise dos seis artigos incluídos resulta no destaque e incorporação dos componentes inerentes à parceria de cuidados, em três grandes domínios: enfermeiros, pais e institucional, que passamos a analisar.

### ***Domínio: enfermeiros***

Este foi o domínio mais prevalente. Dos elementos da equipa de saúde, o enfermeiro assume-se como preponderante no desenvolvimento e estabelecimento de uma parceria de cuidados com os pais, pois é o profissional com quem interagem com maior frequência, e cujas atitudes podem ter maior impacto na perceção dos pais a respeito da parceria de cuidados (Kim et al., 2023). Uma relação assenta numa hierarquia entre envolvimento, participação e parceria, em que o componente da parceria diz respeito aos enfermeiros (Brødsgaard et al., 2019).



**Figura 1 – Diagrama de Fluxo PRISMA**

Os 30 componentes inerentes à parceria de cuidados atribuídos aos **enfermeiros**, foram analisados em duas perspetivas: *em relação aos pais* e *em relação aos próprios enfermeiros*.

*Em relação aos pais*, identificaram-se 19 componentes: reconhecer o papel de pai/mãe (Brødsgaard et al., 2019), respeitar os pais (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Vetcho et al., 2023), acolher os pais (Brødsgaard et al., 2019), promover a ligação (Brødsgaard et al., 2019), conhecer a família (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020;

Vetcho et al., 2023), envolver os pais nos cuidados (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Heo & Oh, 2019; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023), envolver os pais na tomada de decisão (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023), encorajar os pais (Griffin, 2013; Heo & Oh, 2019; Vetcho et al., 2023), elogiar os pais (Heo & Oh, 2019), proporcionar privacidade entre os pais e o filho (Toivonen et al., 2020), cuidar do neonato com empatia e carinho (Brødsgaard et al., 2019), negociar papéis com os pais (Brødsgaard et al., 2019; Heo & Oh, 2019), estar disponível para os pais (Brødsgaard et al., 2019; Vetcho et al., 2023), adequar os cuidados ao nível de prontidão de cada família (Vetcho et al., 2023), adequar a linguagem aos pais (Griffin, 2013; Vetcho et al., 2023), providenciar informação verdadeira (Vetcho et al., 2023), confiar nas capacidades dos pais (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020), ensinar os pais (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020) e orientar os pais durante a prestação dos cuidados (Brødsgaard et al., 2019).

Neste domínio, o componente mais identificado foi o envolver os pais nos cuidados (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Heo & Oh, 2019; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023). Reconhecendo a necessidade dos pais serem apoiados e tendo por objetivo a parceria de cuidados, é essencial que os enfermeiros os envolvam nos cuidados ao RN, com a partilha de informação a respeito do neonato e os oriente no desenvolvimento das suas habilidades, enquanto pais no cuidado ao seu filho, em todos os momentos (Brødsgaard et al., 2019; Vetcho et al., 2023). Os pais esperam que os enfermeiros sejam simultaneamente educadores, facilitadores e guardiões (Brødsgaard et al., 2019).

Apesar de muitas UN terem políticas de visita durante 24 horas, segundo Griffin (2013), os pais podem ser excluídos do ambiente em certos momentos como, por exemplo, na admissão de outro RN, em reanimação, em procedimentos técnicos, nas rondas interdisciplinares e na mudança de turno de enfermagem. Em particular nas UN de *open space* (conceito aberto e amplo), os pais são frequentemente excluídos quando se trata da prestação de cuidados a outros neonatos. Contudo, devem ser reconhecidos enquanto parceiros durante 24 horas, em qualquer contexto. A habilidade e a disposição de um pai ou mãe em confortar o seu filho durante um procedimento invasivo ou potencialmente doloroso não deve ser desvalorizada ou comparada à do profissional de saúde. Quando um procedimento requer um ambiente asséptico com recurso a equipamentos de proteção individual, é preferível oferecer esse mesmo equipamento aos pais ao invés de solicitar a sua saída. Ainda a respeito dos momentos de reanimação, se for da vontade da família, deve ser

dada oportunidade de estarem presentes, preferencialmente com um profissional destacado exclusivamente para os pais durante o processo.

O envolvimento ativo dos pais nos cuidados ao seu filho em neonatologia, de acordo com Heo e OH (2019), tem um efeito positivo no desenvolvimento mental, cognitivo e físico do RN, e resulta num internamento mais curto. As vantagens abrangem não só o neonato, mas também os pais, estando descrita por Toivonen et al. (2020), uma ligação mais forte entre pais e o seu filho, e com menor incidência na ansiedade e no *stress* materno. A importância de envolver os pais é também apoiada por DesMadryl et al. (2021), que afirma haver mais oportunidades para os enfermeiros ensinar aos pais competências básicas e técnicas, através da sua participação precoce nos cuidados ao seu filho. Este envolvimento permite fomentar a ligação pais-RN, e capacita-os a esclarecer dúvidas e desenvolver competências que lhes serão necessárias para quando o seu filho tiver alta para o domicílio.

O envolvimento dos pais nos cuidados deverá incluir os momentos de tomada de decisão (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023). De acordo com Brødsgaard et al. (2019), pais que não se sintam envolvidos nas tomadas de decisão, e em que as suas observações sobre o filho sejam ignoradas, tendem a sentir que não são respeitados nem escutados. A compreensão mútua e a tomada de decisão partilhada, ajuda os pais a sentirem controlo sobre a situação, permitindo-lhes encontrar tempo para a sua própria recuperação e, ainda, torna-se uma estratégia para os enfermeiros na capacitação dos pais em desenvolver competências e a tomar decisões adequadas ao estado de saúde do seu filho. Assim, os pais devem ser convidados a participar na prestação de cuidados e na tomada de decisão, desde o início do internamento. Segundo Griffin (2013), o apoio dos pais nos processos de tomada de decisão ajuda a equipa a compreender e assistir nas necessidades individuais da família. Toivonen et al. (2020) complementam, afirmando que a inclusão dos pais nos processos de tomada de decisão, descrita como uma das formas de parceria de cuidados, permite que estes formulem questões pertinentes e garantam a sua total compreensão da informação transmitida sobre o estado de saúde do seu filho.

Envolver os pais nos cuidados requer uma delimitação de papéis, para que saibam o tipo de papel a desempenhar junto do seu filho ao longo do internamento. Assim, com base em Brødsgaard et al. (2019) e Heo e Oh (2019), torna-se essencial negociar papéis com os pais no processo de construção de uma parceria vantajosa para ambos. A negociação não é necessariamente linear ou restritiva, mas antes gerida de acordo com a evolução do nível de colaboração entre os enfermeiros e os pais. Naturalmente, é um processo progressivo, que acompanha paralelamente a crescente segurança dos pais, e baseado num objetivo comum:

cuidar do RN com a maior segurança e qualidade. A negociação, salientam Brødsgaard et al. (2019), parte também do quanto os pais estão dispostos a aprender e a fazer em momentos específicos, de acordo com a sua própria estabilidade emocional. Vetcho et al. (2023) acrescentam que, o enfermeiro deve ter a habilidade de não só negociar, mas também de adequar os cuidados ao nível de prontidão de cada família. Outro componente atribuído nesta categoria consiste em adequar a linguagem aos pais de forma a garantir a sua total compreensão e segurança para prestarem cuidados (Griffin, 2013; Vetcho et al., 2023).

Cada família é diferente, no seu nível de prontidão, nível de educação, social, e problemas vividos. Vetcho et al. (2023) referem que, os fatores que influenciam a sua prontidão são multidimensionais, e o enfermeiro deve ser capaz de adaptar o seu papel neste processo de envolvimento e negociação de papéis. O estudo de Waddington et al. (2021), sustenta esta importância na parceria de cuidados, salientando a necessidade de um espaço que permita a aprendizagem pelos pais, encorajando-os e capacitando-os, sendo outro componente atribuído aos enfermeiros: encorajar os pais (Griffin, 2013; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023).

Destaca-se outro componente, ensinar os pais (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020). A respeito do ensino aos pais, Waddington et al. (2021), sustentam a sua importância, afirmando que os enfermeiros ensinam e orientam os pais continuamente ao longo da sua capacitação, partilhando informação sobre o RN e encorajando-os igualmente a participar ativamente nos cuidados ao seu filho. A vinculação entre o neonato e os pais é sustentada no desenvolver de todo este processo dinâmico e evolutivo, em que, quanto maior o envolvimento dos pais, maior a sua ligação afetuosa com o seu filho.

O desenvolvimento da parentalidade e das competências a si inerentes neste contexto de internamento, é muito dependente dos cuidados do enfermeiro. Requer, antes de tudo, que os pais sejam reconhecidos e acolhidos enquanto pais (Brødsgaard et al., 2019), à luz do respeito por eles na sua unicidade (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Vetcho et al., 2023). Os enfermeiros devem estar cientes de como as suas atitudes podem influenciar os pais nestas categorias. De forma a desenvolver e manter uma relação mútua de confiança e partilha, o enfermeiro deve conhecer a família (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023), encará-los com respeito e escutá-los. Além de contribuir para que se sintam reconhecidos enquanto pais, fá-los sentirem-se acolhidos enquanto parceiros e seres vivos numa situação desafiante da sua vida (Brødsgaard et al., 2019).

A relação de confiança que daí se estabelece, aliado à empatia e afeto pelo RN, em paralelo com a demonstração de conhecimento técnico honesto e transparente aos pais,

permite que estes se sintam mais aliviados e mais seguros durante o internamento, mesmo em fases de instabilidade do seu filho (Brødsgaard et al., 2019). Segundo Gallagher et al. (2017), na sua análise às experiências parentais com os profissionais de saúde em UN, a confiança e respeito envolvem empatia, profissionalismo e toque físico do *staff*. Os pais querem profissionais que reconheçam o seu filho como um indivíduo único e respeitem o seu papel parental na situação familiar. Consideram ainda importante que, os profissionais tenham respeito por si próprios no seu papel, com respeito entre os colegas e com as outras famílias, na medida em que estas atitudes transmitem uma sensação de confiança enquanto pais.

Por sua vez, **em relação aos enfermeiros**, foram identificados 11 componentes categorizados em termos de **competências** [ter motivação para a mudança (Vetcho et al., 2023), ter competências de comunicação (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Kim et al., 2023; Toivonen et al., 2020), ter autoconfiança nas suas competências (Brødsgaard et al., 2019), melhorar o *empowerment* (Kim et al., 2023), desenvolver inteligência emocional (Kim et al., 2023) e ter capacidade para desenvolver competências profissionais e interpessoais (Kim et al., 2023)], **de capacidade de gestão** [ter capacidade de gestão de tarefas (Brødsgaard et al., 2019), ter capacidade de gerir visitas (Griffin, 2013) e atualizar o plano de cuidados e alta (Toivonen et al., 2020)] e em termos de **filosofia dos CCF** [reconhecer a importância dos CCF (Kim et al., 2023) e identificar e prevenir barreiras à parceria de cuidados (Heo & Oh, 2019)].

A respeito das **competências de relação interpessoal**, realça-se o mais prevalente, ter competências de comunicação (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Kim et al., 2023; Toivonen et al., 2020). Os diferentes estilos de comunicação dos enfermeiros são um fator muito importante ao estabelecer uma relação com os pais. Estes últimos, necessitam de uma comunicação aberta, próxima e transparente, que será a base da cooperação, colaboração e negociação nos cuidados onde os pais serão envolvidos (Brødsgaard et al., 2019).

A comunicação entre pais-enfermeiros, segundo Brødsgaard et al. (2019), é um dos principais pilares, com o potencial de influenciar significativamente a experiência dos pais. Uma comunicação efetiva por parte dos enfermeiros influencia toda a construção da relação de confiança com a equipa de saúde, o que potenciará uma colaboração mais eficaz dos pais. Gallagher et al. (2017), enaltecem a importância da clareza da informação transmitida, e de forma apropriada para que os pais consigam gerir as suas próprias expectativas a respeito da progressão do seu filho, de forma a facilitar a sua própria participação nos cuidados, no plano de cuidados e em processos de tomada de decisão. Franck et al. (2023), sustentam a

importância atribuída à comunicação, identificando como uma das principais barreiras à parceria de cuidados com os pais, a comunicação verbal e não verbal não convidativa às famílias por parte da equipa de saúde. É recomendado aos profissionais de saúde, no seu melhoramento dos CCF, investirem nas suas competências de comunicação com a família. Em complemento, Waddington et al. (2021), contribui com estratégias de suporte à mudança cultural necessária para o desenvolvimento e implementação da parceria de cuidados com os pais, tendo concluído através dos seus resultados que uma das estratégias é a competência de comunicação efetiva para com os pais.

A análise dos artigos permitiu identificar outros componentes importantes como, melhorar o *empowerment*, desenvolver inteligência emocional e ter capacidade de desenvolver competências profissionais e interpessoais (Kim et al., 2023). É reconhecido que, as perceções individuais dos enfermeiros neonatais sobre o *empowerment*, inteligência emocional e desenvolvimento de competências, são essenciais e podem ser a base para desenvolver uma parceria de cuidados efetiva com os pais. Inclusive, é associada a relação positiva entre o aumento destas competências e o nível de qualidade dos CCF, concluindo-se assim, que enfermeiros com maior *empowerment* têm mais interação com os pais (Kim et al., 2023). O *empowerment* é a oportunidade de uma pessoa ter acesso a recursos, informação e suporte necessário para atingir os objetivos organizacionais na sua performance. O estudo de Liaqat et al. (2020), apoia estes resultados, salientando que o *empowerment* torna-se essencial aos enfermeiros, pois engrandece o seu autocontrolo, satisfação laboral, e beneficia a qualidade dos cuidados ao utente. O enfermeiro com maior *empowerment* será tão mais eficaz na sua comunicação efetiva como na própria capacitação dos pais e utentes.

A inteligência emocional é um pilar para as competências pessoais e interpessoais, e vista como facilitador na relação de confiança com os pais (Kim et al., 2023). Park e Oh (2019) e Adama et al. (2021), sustentam a relevância da inteligência emocional relacionada com os enfermeiros. A inteligência emocional é a capacidade de compreender as próprias emoções e as dos outros, e de eficientemente, recorrer às suas emoções ajustando-se apropriadamente às situações. Envolve uma autoavaliação emocional, uma avaliação emocional dos outros, uma regulação emocional e o uso de emoções (Goleman, 1998). É um conceito analisado nos últimos anos neste contexto de trabalho, e pretende ser uma variável intrínseca ao indivíduo que pode ajudar a lidar com situações de *stress* em relação a si, e aos envolventes. Existe uma relação positiva entre a inteligência emocional com a capacidade interpessoal e satisfação no trabalho. A respeito da relação entre a inteligência emocional e o seu impacto em enfermeiros neonatais em contextos de fim de vida, Park e Oh (2019)

puderam concluir através dos seus resultados que, quanto maior for o nível de inteligência emocional, maiores as atitudes positivas nos cuidados prestados por estes enfermeiros. Sobre a inteligência emocional em profissionais de saúde numa UN, Adama et al. (2021), corroboram a sua importância, afirmando que os pais reportam a necessidade de que os profissionais tenham uma elevada inteligência emocional. Inclusive justificam que, face aos seus elevados níveis de *stress*, um profissional de saúde com elevada inteligência emocional contribui positivamente para o bem-estar dos pais.

Em termos de capacidade de gestão, a capacidade de o enfermeiro gerir visitas (Griffin, 2013) surge enquanto componente essencial para a parceria de cuidados, na medida em que, os CCF devem envolver mais elementos familiares do que apenas os pais. Embora habitualmente a visita ao neonato seja restrita aos pais, em alguns momentos pode ser necessário para a família a visita de outros familiares ou pessoas significativas aos pais. Segundo Griffin (2013), o enfermeiro é responsável por gerir as visitas de acordo com as necessidades do serviço, da família, do neonato e a sua estabilidade hemodinâmica mesmo que por períodos específicos, e sem nunca descontinuar a presença dos pais em simultâneo com outros familiares permitidos.

Outro componente atribuído é a respeito da capacidade de gestão de tarefas, segundo Brødsgaard et al. (2019). Estes autores defendem que quanto mais hábil for o enfermeiro, com maior experiência em neonatologia, maior será a confiança desenvolvida no seu trabalho. Com esta confiança na sua prestação de cuidados, as tarefas rotineiras tornam-se mais fáceis, conseguindo que efetive mais tempo para dar apoio aos pais, indo ao encontro de um dos constituintes básicos para a parceria de cuidados, estar disponível para os pais.

### ***Domínio: pais***

Os pais são indissociáveis do seu filho. A parceria de cuidados entre enfermeiros e pais, acarreta necessariamente elementos intrínsecos a ambos para que o processo seja um sucesso. Neste domínio, foram identificados um total de 10 componentes inerentes à parceria de cuidados: estarem disponíveis para os cuidados (Toivonen et al., 2020), sentirem-se envolvidos (Brødsgaard et al., 2019; Heo & Oh, 2019), sentirem-se acolhidos enquanto pai e mãe (Brødsgaard et al., 2019; Vetcho et al., 2023), sentirem-se reconhecidos enquanto pais (Vetcho et al., 2023), sentirem-se respeitados e compreendidos (Brødsgaard et al., 2019; Vetcho et al., 2023), sentirem-se apoiados pelo enfermeiro durante todo o internamento (Brødsgaard et al., 2019), serem encorajados pelos enfermeiros a cuidar (Brødsgaard et al.,

2019), sentirem que podem conversar com os enfermeiros (Vetcho et al., 2023), respeitar os cuidados e as orientações do enfermeiro (Brødsgaard et al., 2019), e sentirem confiança nos cuidados dos enfermeiros (Vetcho et al., 2023).

No que concerne à disponibilidade dos pais para os cuidados, esta deve-se, em parte, à disponibilização de condições no espaço físico que garantam que os pais estejam disponíveis a participar nos cuidados. Inclusive, segundo Toivonen et al. (2020), quando é oferecida opção e condições para os pais pernovernarem no hospital, ou junto do seu filho, a disponibilidade dos pais para os cuidados é consideravelmente maior. Os CCF são um contexto de cuidados em que os pais têm necessariamente de ser envolvidos nos cuidados, e este envolvimento deve ser partilhado entre pai e mãe, atribuindo a responsabilidade por igual a ambos (Heo & Oh, 2019). Os pais que não se sentiram envolvidos nos cuidados e em momentos de tomadas de decisão importantes sobre o seu filho, sentiram-se desvalorizados para uma parceria de cuidados efetiva, mesmo quando mais tarde os tentavam incluir (Brødsgaard et al., 2019). Não serem envolvidos nos cuidados, contribui para outros componentes essenciais aos pais, sentirem-se respeitados e compreendidos (Brødsgaard et al., 2019; Vetcho et al., 2023). A falta de envolvimento dos pais não permite a construção de uma relação de confiança com os enfermeiros, resultando noutra componente essencial: sentirem-se apoiados pelo enfermeiro durante todo o internamento (Brødsgaard et al., 2019). Em complemento, Park e Oh (2022), analisaram as perceções maternas sobre a parceria de cuidados em UN, e identificaram como categoria inerente à parceria de cuidados, pequenos atos de partilha e de comunicação assentes no apoio dado pelo enfermeiro.

A relação de confiança é importante para ambos. Os enfermeiros consideram frequentemente a responsabilidade sobre os cuidados ao neonato na fase aguda unicamente sua, pela sua competência técnico-científica. No entanto, também consideram importante que os pais desenvolvam confiança nos enfermeiros enquanto profissionais. Assim, surge o componente respeitar os cuidados e as orientações dos enfermeiros (Brødsgaard et al., 2019). A relação na fase inicial condiciona a relação quando o RN estiver numa fase estável, quando os pais se sentem normalmente mais confortáveis para o seu envolvimento nos cuidados. É importante que os pais respeitem a forma como os enfermeiros prestam os seus cuidados, na base do respeito e se deixem envolver e aprender junto deles (Brødsgaard et al., 2019). Segundo Vetcho et al. (2023), confiar nos cuidados dos enfermeiros é essencial para os pais se sentirem confortáveis de que o seu filho está a ser bem cuidado. A confiança mútua permite ainda que, os pais não se sintam obrigados a aprender logo de início sobre como cuidar do RN.

Os pais que se sentem respeitados e escutados, sentem-se acolhidos enquanto pai e mãe (Brødsgaard et al., 2019; Vetcho et al., 2023), e reconhecidos enquanto pais (Vetcho et al., 2023). Esta sensação permite aos pais maior confiança, respeito pela equipa, e sentirem-se respeitados enquanto pais. A capacitação dos pais, envolvimento nas discussões e cuidados, contribuem ativamente para este acolhimento, assim como atitudes mais simples quanto o responder ao cumprimento de um pai ou mãe quando chegam à unidade. O reconhecimento dos pais enquanto cuidadores principais do RN é um dos pilares dos CCF, embora, segundo Vetcho et al. (2023), seja ainda uma das grandes dificuldades em algumas UN do mundo com recursos limitados e com dificuldade em implementar esta filosofia de cuidados. O não reconhecimento dos pais enquanto tal, resulta numa barreira à ligação com o neonato, e ao envolvimento dos pais nos cuidados. Assim, de acordo com Brødsgaard et al. (2019), reconhecer os pais enquanto pais, deve fazer parte dos cuidados do enfermeiro, devendo começar por conhecer a família. Gallagher et al. (2017), analisaram as perceções maternas durante o internamento na neonatologia e concluiu haver uma relação positiva nestas perceções quando uma mãe se sente reconhecida como tal, em que sente os seus pedidos e envolvimento nos cuidados serem respeitados.

Outro componente inerente aos pais, é sentirem que podem conversar com os enfermeiros (Vetcho et al., 2023). O contributo destes autores permite-nos compreender que, quando os pais se sentem excluídos, por exemplo não serem informados sobre novos acontecimentos no estado do seu filho, os pais perdem a motivação, confiança e segurança. Os mesmos sentimentos surgem quando, ao serem informados sobre o estado do seu filho pelos médicos, não compreendem a linguagem utilizada. Tendo por base uma relação de confiança, os pais perspetivam ser importante poderem ter uma boa conversa com os enfermeiros, não apenas uma receção de informação unidirecional, sobre a qual não conseguem compreender inteiramente. Brødsgaard et al. (2019) suportam esta perspetiva, contribuindo para que os pais identifiquem como facilitador à parceria de cuidados, poderem ter conversas comuns com os enfermeiros. Neste artigo, tanto os pais como os enfermeiros, relatam que partilhar experiências de vida, contribui para uma relação de confiança, respeito, entajuda e bem-estar.

Para os pais, o ambiente da UN é novo e desconhecido, acompanhado pelo receio de como cuidar do seu filho. Os pais referem ser importante sentirem-se encorajados pelos enfermeiros para cuidar (Brødsgaard et al., 2019), ainda que apenas com um contacto físico de suporte durante a fase de instabilidade do RN. Os pais que se sentem encorajados, quando lhes é explicado e demonstrado os cuidados, sentem-se mais capazes e entusiasmados a se

envolver ativamente nos cuidados ao seu filho, tornando-se assim uma progressão mais natural para o processo de aquisição de competências parentais. Gallagher et al. (2017), mostram congruência com este resultado, acrescentando que, uma das medidas identificadas pelos próprios pais é serem encorajados pelos enfermeiros, enquanto pais do seu filho.

### ***Domínio: institucional***

Os componentes identificados a respeito da instituição, ***sobre os CCF*** foram: garantir condições de espaço físico para assegurar a privacidade entre pais/RN (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013), adotar uma política de visita sem restrições temporais (Griffin, 2013; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023), permitir a visita dos irmãos e da família alargada (Griffin, 2013; Toivonen et al., 2020) e providenciar apoio psicossocial aos pais (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013). Relacionado com as ***condições de trabalho***: garantir condições laborais (Vetcho et al., 2023), assegurar os rácios recomendados enfermeiro/neonato (Brødsgaard et al., 2019), adotar o método de trabalho por enfermeiro responsável (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020), realizar formação contínua aos enfermeiros (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013, Heo & Oh, 2019; Toivonen et al., 2020), providenciar suporte aos enfermeiros (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013) e encorajar os enfermeiros a desenvolver uma mentalidade positiva e à participação parental (Kim et al., 2023).

Ao longo dos anos, a presença sem restrição temporal dos pais na UN tem evoluído de tal forma que, em algumas unidades não existe tal restrição, de acordo com as recomendações para os CCF (Griffin, 2013; Toivonen et al., 2020; Vetcho et al., 2023). As visitas sem restrições temporais, salienta Griffin (2013), dizem respeito a uma parceria de cuidados em que os pais permanecem parceiros nos cuidados ao seu filho mesmo durante admissões, procedimentos ou emergências. A participação dos pais nas rondas, quando se partilham informações e se definem planos, é importante para a segurança nos cuidados e aumenta a satisfação entre profissionais e pais. Contudo, estas políticas não estão amplamente adotadas. De acordo com Brødsgaard et al. (2019), quando os pais não estão presentes e envolvidos de forma ativa nos cuidados e bem-estar do seu filho, pode ocorrer um compromisso no desenvolvimento das suas competências e papéis parentais. O estabelecimento de uma vinculação e ligação pais-filho tardia poderá ter repercussões para o neonato. Efetivamente, outros referenciais teóricos, em relação à política de visita dos pais em UN, não são consensuais nos seus pareceres. As orientações variam desde, a possibilidade dos pais estarem presente o tempo que desejarem, mas tendo de se ausentar

nos momentos de troca de turno de enfermagem (Tamez, 2017), e outras recomendações que relatam a existência da política de visita durante 24 horas, enquanto medida inerente aos CCF (Franck et al., 2023; Neu et al., 2020).

Dos artigos analisados, surge como componente institucional a oferta de um contexto físico na UN que permita a privacidade entre pais/RN (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013). É frequente observar-se o conceito *open space* com controlo de monitorização central pelos enfermeiros. Esta disposição do espaço físico acarreta uma necessária limitação do número de pessoas em torno de um RN, devido ao espaço e necessidade do enfermeiro em estar rapidamente acessível ao equipamento e ao neonato, assim como à garantia de privacidade entre utentes e famílias. Inevitavelmente poderá haver momentos em que os pais expressam necessidade de trazer outros familiares a visitar o RN, como por exemplo quando se suspende o suporte vital, em batismos ou outras cerimónias religiosas (Griffin, 2013). Tamez (2017) e Neu et al. (2020) sustentam esta necessidade, afirmando que, cada vez mais, as unidades mais recentes têm instituído os quartos individuais para acomodação dos pais durante 24 horas junto do seu filho. Estes quartos dispõem de todos os equipamentos necessários para o neonato, e ainda um sofá-cama para acomodar os pais. Para colmatar esta barreira física que garante maior privacidade à família, os enfermeiros dispõem de uma estação central de monitorização onde recebem os sinais dos monitores em tempo real, podendo monitorizar e intervir em qualquer momento. Este conceito tem evidenciado vantagens para os pais no aumento das suas competências, e para o RN, na redução do tempo de internamento, maior facilidade no ganho ponderal, menos infeções e menos *stress* e dor.

A visita ao RN por parte dos irmãos, segundo Griffin (2013), deve ser considerada pela instituição como essencial para o bem-estar das famílias. A visita por parte dos irmãos é frequentemente limitada com base na sua idade, ou impedidos de todo, sustentada na hipótese da transmissão de doenças respiratórias facilmente contagiosas por crianças. Os CCF envolvem trabalhar em parceria com as necessidades das famílias, enquanto se garante a proteção do neonato. É prudente indagar o estado de saúde dos irmãos antes da visita e, se necessário, oferecer máscara cirúrgica ao irmão para proteção do RN. Embora seja verdade que uma criança pequena não compreenda totalmente o significado de olhar para outro bebé enquanto seu irmão ou irmã, pode ser importante para os pais ter a sensação de família unida. Inclusive, em alguns casos, pode ser a única oportunidade dos pais em sentir tanta proximidade com os seus filhos. A visita dos irmãos é defendida por Tamez (2017), como uma medida que contribui para a integração da família, embora se reconheça que dependerá

dos protocolos de cada instituição. Esta visita é importante para as crianças que, de forma mais ou menos súbita, têm de lidar com a ausência dos pais após o nascimento de um irmão que não puderam ver e iniciar um vínculo. Algumas unidades dispõem, inclusive, de protocolos para a visita dos irmãos, em que preveem: o agendamento da visita, a estabilidade do neonato, a preparação do irmão de acordo com o seu estadió de desenvolvimento, a garantia do estado de saúde do irmão, e um profissional para acompanhar o irmão explicando todo o ambiente, aparelhos, e como tocar no seu irmão mais novo.

Para a implementação da filosofia dos CCF, importa que a instituição garanta condições laborais favoráveis aos enfermeiros, os profissionais que mais de perto trabalham com os pais na parceria de cuidados. Apesar de reconhecido o valor dos CCF, a parceria de cuidados pode ser vista como impraticável quando se verificarem condições laborais limitativas, que resultam na falta de motivação para as mudanças de comportamento. Algumas destas condições, segundo Brødsgaard et al. (2019) e Vetcho et al. (2023) são a carga de trabalho excessiva, a falta de enfermeiros para garantir os rácios recomendados, a falta de recursos orçamentais, de equipamento e espaço, e uma carreira profissional pouco definida. Estas condições contribuem para que o enfermeiro priorize a prestação de cuidados mais técnica ao neonato, e desconsidere o envolvimento dos pais, quando sobra muito pouco tempo e disponibilidade para falar com estes. Em concordância com estes resultados, Prasopkittikun et al. (2019), ressaltam que, quanto maior a falta de recursos, especificamente enfermeiros, maior a carga de trabalho. O enfermeiro que trabalhe sob pressão e grande carga de trabalho, foca-se maioritariamente nos cuidados ao neonato e não na família, pela sua falta de tempo para conhecer os pais e dedicar-lhes atenção, como também por falta de motivação.

O método de trabalho por enfermeiro responsável (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020), é a atribuição de um enfermeiro designado a um neonato e família específica durante todos os seus turnos de trabalho, até ao momento da alta, tendo por intenção a continuidade dos cuidados. Este enfermeiro, terá maior facilidade em conhecer as necessidades do neonato e sua família, de forma a oferecer o melhor cuidado individualizado (Toivonen et al., 2020). Este método de trabalho é referido como vantajoso inerente à parceria de cuidados, pela relação de confiança estabelecida entre os pais e o enfermeiro responsável pelo RN, e enquanto medida de fortalecimento da confiança para os pais ao assumir responsabilidade pelo seu filho (Brødsgaard et al., 2019). É, inclusive, uma medida tida como desejada pelos pais, segundo Toivonen et al. (2020), estando descrita a perceção por parte dos mesmos sobre a importância de ter um enfermeiro responsável no

acompanhamento mais próximo para a obtenção de informação, o planeamento dos cuidados, e para conhecer a família. A respeito deste método de trabalho, os resultados do estudo de Nelson e Bredford (2016) revelam que, as mães referem-se ao enfermeiro responsável com grande apreço, explicando que, com o passar do tempo, este enfermeiro era tido como “amigo” ou “parte da família”, na sua qualidade de enfermeiro, professor, conselheiro e advogado do seu filho e dos pais.

A formação contínua é uma das estratégias eficazes na mudança de comportamento e práticas de cuidados, pelo que surge como componente inerente à parceria de cuidados (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013; Heo & Oh, 2019; Toivonen et al., 2020). Esta necessidade é reconhecida pelos próprios enfermeiros, enquanto estratégia necessária para a implementação da filosofia dos CCF (Brødsgaard et al., 2019; Toivonen et al., 2020). Na perceção dos enfermeiros e pais, a parceria de cuidados parece ser difícil de se aplicar possivelmente devido à falta de um conhecimento compreensivo por parte deles, sobre como identificar barreiras e como estabelecer uma relação efetiva (Brødsgaard et al., 2019). Toivonen et al. (2020) analisaram os efeitos da formação sobre a implementação dos CCF aos profissionais de saúde na qualidade dos seus cuidados em oito UN, na Finlândia. Os seus resultados permitiram concluir que, a formação permitiu aumentar a qualidade dos cuidados segundo a filosofia dos CCF, e habilitou-os a uma parceria de cuidados entre pais e enfermeiros mais eficaz. Em concordância, Toivonen et al. (2019) demonstram a importância da formação aos profissionais de saúde na implementação de uma nova filosofia de cuidados, chegando à conclusão que, permite aos profissionais desenvolverem novas competências profissionais e uma melhoria na sua atitude face à sua adaptação a novas práticas. Ainda, Franck et al. (2023) contribuíram com um estudo sobre a melhoria da qualidade dos cuidados em UN à luz dos CCF, em que enaltece a importância de que a equipa multidisciplinar deve receber suporte e formação em competências de ensino, treino e comunicação para com os pais.

Os últimos componentes atribuídos à instituição são: providenciar suporte aos enfermeiros e aos pais (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013) e encorajar os enfermeiros à participação parental através de uma mentalidade positiva (Kim et al., 2023). Além dos cuidados ao neonato, a instituição deve prever a necessidade de suporte psicossocial aos pais durante o internamento na neonatologia. Os pais podem passar por um turbilhão de emoções, muitas vezes sentindo-se incapazes de ultrapassar sozinhos aquela fase difícil da sua vida. Além disto, é importante neste processo de capacitação dos pais, que se sintam capazes emocionalmente de cuidar do seu filho após a alta. Em concordância com estas noções, os

pais perspetivam que o apoio por parte dos enfermeiros torna-se fundamental para uma parceria mutuamente benéfica (Brødsgaard et al., 2019). O enfermeiro, por sua vez, é um profissional que carece de suporte, formação e apoio, para todo este processo de suportar emocionalmente os pais e o RN, e para a sua própria estabilidade e confiança nos seus cuidados, pelo conhecimento baseado na evidência (Brødsgaard et al., 2019; Griffin, 2013). O ambiente de trabalho, onde se desenvolvem crenças e hábitos, será facilitador da adoção da parceria de cuidados se os enfermeiros forem encorajados para o efeito, com uma mentalidade positiva (Kim et al., 2023). Esta abordagem é sustentada por Brødsgaard et al. (2019), ao salientarem a importância do enfermeiro chefe na adoção de uma mentalidade positiva. Dada a sua posição hierárquica, é um profissional capaz de potenciar os CCF, podendo ser um fator chave na mudança, tomando responsabilidade para a gestão do processo, incentivando ativamente os enfermeiros com estratégias, motivação e orientação.

A presente RIL reflete claramente o impacto significativo que os enfermeiros têm no estabelecimento de uma saudável relação de parceria de cuidados com os pais, baseado numa filosofia de CCF, numa UN. Efetivar uma parceria de cuidados requer uma ampla variedade de componentes transversais aos enfermeiros, aos pais e à instituição. A relação acontece com base num papel ativo do enfermeiro, que encoraja, envolve e dá suporte aos pais de um RN, para que sejam ativos na prestação de cuidados ao seu filho, garantindo condições para essa capacitação parental.

Do enfermeiro, é necessária uma valência de competências e conhecimentos para apoiar cada neonato e família na sua individualidade. Esta postura é necessariamente suportada pela instituição dispondo dos melhores recursos possíveis, de forma a efetivar uma relação de partilha e confiança, tendo como alvo os melhores cuidados de qualidade e bem-estar do RN e seus pais. A capacidade de comunicação por parte deste profissional de saúde não deve ser descurada, pois é uma base importante de qualquer relação estabelecida num contexto de cuidados tão específico e complexo como a neonatologia (Brødsgaard et al., 2019).

Os CCF em UN não são ainda uma cultura amplamente estabelecida pelo mundo, mas é cada vez mais abordada e enfatizada a sua importância no bem-estar destas famílias. A implementação desta filosofia requer uma mudança de paradigmas nos contextos em que não a adotaram ainda. Está comprovado que a parceria de cuidados acarreta numerosas vantagens, na recuperação do neonato, na vinculação do RN com os pais, na capacitação dos pais, no bem-estar dos próprios enfermeiros e ganhos em saúde. Vários componentes

possibilitam este processo dinâmico, que é alcançável, progressivamente, com a ampla distribuição deste conhecimento em UN (Brødsgaard et al., 2019).

## **Conclusão**

O presente estudo de RIL identificou componentes inerentes à parceria de cuidados entre enfermeiros e pais em UN, categorizando-os, de acordo com as suas especificidades, em três domínios: enfermeiro, pais e instituição. São vários os constituintes integrantes deste processo dinâmico que culmina nos CCF, estando claros e descritos neste estudo a sua importância para se efetivar uma parceria de cuidados entre pais e enfermeiros. Considera-se que, os enfermeiros em neonatologia encontram-se numa posição de grande poder, tanto para a mudança cultural como para o aperfeiçoamento da qualidade dos CCF já oferecidos aos pais. Estes profissionais de saúde são capazes de prever e reconhecer fatores que possam vir a constituir-se barreiras ou facilitadores à parceria de cuidados com os pais. É um processo dinâmico, que requer uma constante atualização e evolução ao longo do internamento de um neonato, mas com grande potencial benéfico para a saúde do RN e seus pais.

## **Relevância para a prática clínica**

A parceria de cuidados entre pais e enfermeiros em UN continua a ser um desafio para os profissionais, sendo necessárias orientações, políticas e evidência científica que sustente e promova os CCF. Esta necessidade fundamenta a importância e pertinência dos resultados obtidos nesta RIL. A revisão permite conhecer as diferentes práticas nesta abordagem da parceria de cuidados em UN, e afunilar conhecimento direcionado sobre como promover a presença dos pais e os integrar no dia a dia, de forma a efetivar uma parceria de cuidados que se reflita no desenvolvimento integral do RN, e na satisfação parental e dos profissionais. Salienta-se a importância do apoio institucional na construção de condições laborais favoráveis à mudança de atitude por parte dos enfermeiros, assim como o potencial do enfermeiro chefe enquanto impulsionador para a mudança de paradigma. Os CCF, segundo uma parceria de cuidados efetiva, requer uma panóplia de componentes inerentes aos enfermeiros, aos pais e à instituição. Sendo do escopo dos enfermeiros a principal atribuição de componentes, destaca-se a formação e o desenvolvimento de competências pessoais como bases fundamentais à implementação desta filosofia de cuidados, que requer uma dinâmica contínua na construção de uma relação frequentemente longa. Conhecer os elementos inerentes à parceria de cuidados permitiria aos enfermeiros, pais e instituição,

prever e prevenir possíveis barreiras aos CCF, potenciando o sucesso de uma relação benéfica para todos os intervenientes, em especial o neonato.

### Referências bibliográficas

- Adama, E. A., Adua, E., Bayes, S. & Mörelius, E. (2021). Support needs of parents in neonatal intensive care unit: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing Wiley* 31(5-6), 532-547. <https://doi.org/10.1111/jocn.15972>
- Brødsgaard, A., Pedersen, J. T., Larsen, P. & Weis, J. (2019). Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: a qualitative review and meta-synthesis. *Journal of clinical nursing*, 28(17-18), 3117-3139. <https://doi.org/10.1111/jocn.14920>
- DesMadryl, M., Mazur, K. M., VanAntwerp, K., Ziegman, G., Nemshak, M. & Shuman, G. (2021). Neonatal intensive care nurses's perceptions of implementing parent discharge preparation tools. *Journal of Neonatal Nursing*, 27(4), 238-243. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2020.10.003>
- Franck, L. S., Axelin, A., Van Veenendaal, N. R. & Bacchini, F. (2023). Improving neonatal intensive care unit quality and safety with family-centered care. *Clinics in Perinatology*, 50(2), 449-472. <https://doi.org/10.1016/j.clp.2023.01.007>
- Gallagher, K., Shaw, C., Aladangady, N. & Marlow, N. (2017). Parental experience of interaction with healthcare professionals during their infant's stay in the neonatal intensive care unit. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition* 103(4), 343-348. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2016-312278>
- Gooding, J. S., Cooper, L. G., Blaine, A. I., Franck, L. S., Howse, J. L., & Berns, S. D. (2011). Family support and family-centered care in the neonatal intensive care unit: origins, advances, impact. *Seminars in perinatology*, 35(1), 20–28. <https://doi.org/10.1053/j.semperi.2010.10.004>
- Goleman, D. (1995). *Inteligência emocional*. Soc. Industrial Gráfica, Lda.
- Griffin, T. (2013). A family-centered “visitation” policy in the neonatal intensive care unit that welcomes parents as partners. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 27(2), 160-165. <https://doi.org/10.1097/JPN.0b013e3182907f26>

- Heo, Y. J. & Oh, W. O. (2019). The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: a randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 95, 19-27. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.03.018>
- Kim, E. K., Cho, I. Y., Yun, J. Y. & Park, B. (2023). Factors influencing neonatal intensive care unit nurses' parent partnership development. *Journal of Pediatric Nursing*, 68, 37-45. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.10.015>
- Liaquat, M., Awan, R. L., Sharif, S. & Bibi, R. (2020). Empowerment: a change in nursing and health care system. *Journal of Clinical Research & Bioethics* 11(6). <https://doi.org/10.35248/2155-9627.20.11.363>
- Mendes, M. G. S. R. & Martins, M. M. F. P. S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113-121.
- Nelson, A. M. & Bedford, P. J. (2016). Mothering a preterm infant receiving NIDCAP care in a level III newborn intensive care unit. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(4), 271-282. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2016.01.001>
- Neu, M., Klawetter, S., Greenfield, J. C., Roybal, K., Scott, J. L. & Hwang, S. S. (2020). Mothers' experiences in the NICU before family-centered care and in NICUs where it is the standard of care. *Advances in Neonatal Care* 20(1), 68-79. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000671>
- Page, M., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: na updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Park, B. & Oh, W. (2022). Differences in the perceptions of partnership between nurses and mother of children in a pediatric intensive care unit in South Korea: a qualitative study. *Child Health Nursing* 28(3), 197-207. <https://doi.org/10.4094/chnr.2022.28.3.197>

- Park, J. & Oh, J. (2019). Influence of perceptions of death, end-of-life care stress, and emotional intelligence on attitudes towards end-of-life care among nurses in the neonatal intensive care unit. *Child Health Nursing* 25(1), 38-47. <https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.1.38>
- Prasopkittikun, T., Srichantarant, A. & Chunyasing, S. (2019). Thai nurses' perceptions and practices of family-centered care: the implementation gap. *International Journal of Nursing Sciences* 7(1), 74-80. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.013>
- Sousa, L. M. M., Marques, J. M., Firmino, C. F., Frade, F., Valentim, O. S. & Antunes, A. V. (2018). Modelos de formulação da questão de investigação na prática baseada na evidência. *Revista Investigação em Enfermagem*, 31-39.
- Souza, M. T., Silva, M. D. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein*, 8, 102-106.
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI neonatal: Assistência ao recém-nascido de alto risco* (6ª ed.). Guanabara Koogan LTDA.
- Toivonen, M., Lehtonen, L., Ahlqvist-Björkroth, S. & Axelin, A. (2019). Key factors supporting implementation of a training program for neonatal family-centered care – a qualitative study. *Health Services Research* 19. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4256-1>
- Toivonen, M., Lehtonen, L., Löyttyniemi, E., Ahlqvist-Björkroth, S. & Axelin, A. (2020). Close collaboration with parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre-post study. *Pediatric Research*, 88, 421-428. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0934-2>
- Vetcho, S., Ullman, A. J., Petsky, H., Wiroonpanich, W. & Cooke, M. (2023). Parent and interdisciplinary professional perceptions of family-centered care in Thai NICU: a qualitative study. *Nursing in Critical care*, 28, 47-55. <https://doi.org/10.1111/nicc.12711>
- Waddington, C., Veenendaal, N. R. V., O'Brien, K. & Patel, N. (2021). Family integrated care: supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Wiley Online Library* 5(2), 148-154. <https://doi.org/10.1002/ped4.12277>

### 3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A prática baseada na evidência científica está intrinsecamente relacionada com a garantia da qualidade dos cuidados. Esta postura é uma harmonia com a Lei nº 156/2015, no Artigo 109º, que indica que o enfermeiro, assume o seu dever de garantir a qualidade dos seus cuidados e de assegurar a atualização permanente dos seus conhecimentos.

Assim, posto todo o trabalho desenvolvido até então, sobre a parceria de cuidados, e sendo membro integrante de uma equipa de saúde de um serviço de cuidados intensivos neonatais, reconheço o dever de dar continuidade ao trabalho desenvolvido, transitando agora para a prática clínica com os novos conhecimentos obtidos.

Estando o serviço em que me integro, aliado à filosofia de CCF, considero haver necessidade de reforçar os conhecimentos nestes saberes, para que consigamos atingir um patamar homogéneo e consistente de uma parceria de cuidados efetiva, entre pais e enfermeiros, na nossa UN. Em primeiro lugar, e segundo os resultados obtidos no estudo de RIL, seria importante oferecer formação à equipa. Assim, para que primeiramente, possamos ter uma real perspetiva do nível de CCF que prestamos, e conseqüente parceria de cuidados, seria benéfico recorrer à ferramenta *Bliss Baby Charter* (BBC). Esta é uma ferramenta de auditoria, que consiste na autoavaliação que seria realizada por todos os enfermeiros da UN, cujos resultados agrupam-se em três categorias, verde, amarelo e vermelho, segundo o nível de cuidados prestados de acordo com a filosofia dos CCF. Seria uma forma de ajudar a equipa a identificar e celebrar os objetivos alcançados à *posteriori*. Esta ferramenta, é baseada nos sete princípios dos direitos humanos e nos direitos da criança numa UN, publicada originalmente em 2005 (Bliss, 2012).

Concluída a avaliação, para consciencialização do quanto estamos envolvidos nos CCF e que parceria de cuidados desenvolvemos com os pais, seria realizada formação junto da equipa da UN, baseada no estudo de RIL desenvolvido, que reúne os componentes inerentes à efetividade da parceria de cuidados, nos três domínios: enfermeiros, pais e instituição. Desta forma, considero que seria eficaz sensibilizar toda a equipa com o conhecimento dos componentes que podemos garantir, de forma direcionada, para efetivar a parceria de cuidados com os pais, assim como, estarmos conscientes dos aspetos que podem constituir barreiras a esta relação. Acredito que seremos capazes de evoluir no nível de parceria de cuidados, e contribuir ainda mais, para um excelente desenvolvimento de todos os neonatos na nossa UN.

## **CONCLUSÃO**

A realização do presente relatório permitiu uma análise crítico-reflexiva deste percurso complexo de desenvolvimento e aquisição de competências de enfermagem, comuns ao EE, específicas do EEESIP e das competências de mestre. A construção da RIL foi igualmente um grande passo neste desenvolvimento de competências tendo contribuído, tanto para o meu desenvolvimento profissional, como espero, que venha a contribuir para a comunidade científica aquando da sua publicação oficial.

Considero ter concluído este trabalho com sucesso atingindo os objetivos inicialmente propostos, em especial o desenvolvimento das competências comuns do EE, específicas do EEESIP e de mestre. Ao longo dos ensinamentos clínicos, procurei sistematicamente as oportunidades para prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família, nos diversos contextos, comunitário, hospitalar e de desenvolvimento. Sinto ter desenvolvido consistentemente novos conhecimentos, e tê-los demonstrado na minha prática clínica, aliado às competências inerentes a este percurso. Foram vários os momentos em que tive oportunidade de evidenciar e trabalhar na reflexão crítica e reflexiva com os pares nas equipas de trabalho e com os utentes e famílias, que muitas vezes suscitaram em mim o superar de grandes desafios neste mundo do cuidado em saúde infantil e pediatria. Considero ter mantido uma postura digna e exemplar, valorizando a profissão e espelhando os deveres deontológicos do enfermeiro, assim como o rigor científico que sustentou os meus cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família.

Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, inserida no binómio com a sua família, foi uma parceria que permitiu promover a máxima otimização da saúde da criança, conhecendo-as e às suas famílias, de forma a direcionar uma intervenção mais individualizada possível. Procurei oferecer este cuidado holístico em todos os restantes contextos, tanto nas situações de especial complexidade que exigiram maior dedicação e conhecimento técnico-científico, como na promoção de uma melhor adaptação da criança e família, a cada estado de doença ou incapacidade. A prestação de cuidados ao longo do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e jovem foi um desafio que levei com agrado e motivação, pois a individualização dos cuidados a uma criança de 5 anos requer uma abordagem bem distinta quando comparado a uma jovem de 15 anos. A especialização nos

cuidados reflete muito essa adaptação, mantendo a individualidade de cada criança e suas necessidades na saúde ou doença, assim como aos pais.

O desenvolvimento das competências foi um processo dinâmico, desafiante, por vezes intuitivo mas, sem dúvida, contínuo. A competência é um conjunto de saberes indissociável da formação, desde o seu ponto inaugural na licenciatura em enfermagem, e ao longo de toda a vida profissional, pois a experiência é outro grande pilar da competência, constantemente a desenvolver-se junto dos pares, com as diversas experiências clínicas e na proximidade das crianças, jovens e suas famílias. O saber agir nas diferentes valências foi complexo, requereu a mobilização de conhecimentos, procura da evidência científica, e a habilidade de ajustar a cada situação, no cuidado individualizado e holístico a cada família.

Desenvolver este estudo mais pormenorizado sobre a filosofia de cuidados centrados na família, e a parceria de cuidados, foi profundamente enriquecedor. Esta riqueza, que constatei, foi tanto minha como de todos os intervenientes ao longo dos ensinamentos clínicos. A criança, independentemente da idade, é um ser relacional e indissociável dos seus pais, ou pessoa responsável por ela. A parceria de cuidados consegue ser uma relação bela no seu companheirismo entre os pais e o enfermeiro, na procura da maximização dos cuidados para a otimização da saúde da criança/jovem. Os pais, quando reconhecidos parceiros, crescem em conhecimento e dedicação ao seu filho. São os verdadeiros aliados dos profissionais de saúde. Considero que, na neonatologia, esta parceria de cuidados tem uma particular importância, por todo o desafio inerente ao processo, que muitas vezes é também a estreia do processo de transição para a parentalidade. O EEESIP tem a enorme responsabilidade e potencial de influenciar o desenvolvimento ótimo dos neonatos, com o paralelo crescimento das famílias, mais frequentemente pai e mãe, encorajando-os, enaltecendo-os, e capacitando-os no seu potencial parental.

Este caminho formativo, por vezes sentido como interminável, apresentou-se-me com vários obstáculos. A gestão de tempo foi uma das principais dificuldades. A gestão diária da vida académica, profissional e pessoal, foi desafiante. Muitas vezes, exigiu uma priorização de forma a dar resposta em tempo útil e qualidade. Não obstante, reconheço que, os desafios existem exatamente para permitir a nossa evolução, enquanto seres humanos, que vivem a sua vida pessoal e profissional com diferentes objetivos, mas sempre com a essência pessoal e única na sua entrega. Esta desafiante gestão, permitiu também refletir sobre a priorização dos momentos que requerem maior valorização. Permitiu reconhecer a importância do bem-estar pessoal acima de tudo, de forma a conseguir dar resposta com qualidade ao bem-estar profissional e académico. Assim, considero ter sido um caminho

longo que permitiu o desenvolvimento das competências profissionais, mas também de muitas mais competências pessoais, ferramentas que me enaltecera enquanto pessoa capaz de viver desafios, superá-los, e crescer com esses estímulos. E porque somos seres relacionais, considero que este crescimento pessoal é alargado aos que comigo acompanham esta jornada.

Enquanto futura EEESIP, considero ser capaz de oferecer, com uma consciência enriquecida, cuidados de enfermagem especializados, de excelência e de qualidade, sustentados nos ganhos resultantes desta jornada, por todas as oportunidades de aprendizagem e experiências de vida, que permitiram o desenvolvimento de capacidades técnico-científicas, humanas e sociais, enquanto enfermeira que reconhece que o crescimento pessoal e profissional são um processo contínuo que se perfilha no dia a dia. Aprendi, ao longo desta jornada, que o reconhecimento pela competência especializada confere, acima de tudo, uma maior responsabilidade.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, G. & Figueiredo, A. S. (2020). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 1-8. <https://doi.org/10.12707/RV20036>
- American Psychological Association. (2019). *Publication manual of American psychological association* (7<sup>th</sup> ed.). Author.
- Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2021). *Recomendações da associação portuguesa para o estudo da dor para o controlo da dor na vacinação pediátrica: linhas orientadoras para a prática clínica*. APED. [https://www.aped-dor.org/documentos/vac\\_young/recomendacoes\\_aped.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/vac_young/recomendacoes_aped.pdf)
- Aydin, D., Sahiner, N. C. & Ciftci, E. K. (2017). Non-pharmacological strategies used to reduce procedural pain in infants by nurses at family health centres. *Journal of the Pakistan Medical Association*, 67(6), 889-894.
- Azevedo, L. R., Sousa, A. S. & Coelho, S. P. F. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7277>
- Bae, S. (2021). Intensive care nurse staffing and nurse outcome: a systematic review. *Nursing in Critical Care*, 1-10. <https://doi.org/10.1111/nicc.12588>
- Bliss. (2012). *Bliss baby charter audit tool: Helping to make family-centred care a reality on your neonatal unit*. Bliss. [https://www.londonneonatalnetwork.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/BlissBabyCharterAuditTool2012\\_.pdf](https://www.londonneonatalnetwork.org.uk/wp-content/uploads/2015/09/BlissBabyCharterAuditTool2012_.pdf)
- Boles, J. (2017). Non-pharmacological strategies for addressing infant pain. *Pediatric Nursing*, 43(2), 98-100.
- Butler, A. E., Copnell, B., & Hall, H. (2019). When a child dies in the PICU: Practice recommendations from a qualitative study of bereaved parents. *Pediatric Critical Care Medicine*, 20(9), 447-451. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000002040>

- Casey, A. (1995). Partnership nursing: influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22, 1058-1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Cerqueira, C. & Barbieri-Figueiredo, M. C. (2020). Modelos de cuidados em saúde infantil e pediatria. In A. L. Ramos & M. C. Barbieri-Figueiredo. *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (1ª ed.) (25-38). Lidel.
- Chong, L., Khalid, F. & Abdullah, A. (2022). Compassionate healthcare for parents of children with life-limiting illnesses: a qualitative study. *Indian Journal of Palliative Care*, 28(3), 266-271. [https://doi.org/10.25259/IJPC\\_50\\_2021](https://doi.org/10.25259/IJPC_50_2021)
- Cooke, A. (2015). Infant massage: The practice and evidence-base to support it. *British Journal of Midwifery*, 23(3), 166-170. <https://doi.org/10.12968/bjom.2015.23.3.166>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** I Série. (16-08-2018) 4147-4182. [Consult. 05 jan. 2023]. Disponível em WWW:<<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>>
- Demirel, G., Yildiz, I., Gundogdu, N. A. & Doganer, A. (2018). Factors affecting colic in infants and the applications of mothers in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1301-1310.
- Despacho nº 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015) 13550-13553. [Consult. 05 mai. 2023]. Disponível em WWW:<<https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>>
- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** II Série. 187 (24-09-2021) 96-103. [Consult. 09 jan. 2023]. Disponível em WWW:<<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>>
- Devlin, J. W., Skrobik, Y., Gélinas, C., Needham, D. M., Slooter, A. J. C., Pandharipande, P. P., Watson, P. L., Weinhouse, G. L., Nunnally, M. E., Rochweg, B., Balas, M. C., van den Boogaard, M., Bosma, K. J., Brummel, N. E., Chanques, G., Denehy, L., Drouot, X., Fraser, G., Harris, J. E., ... Alhazzani, W. (2018). Clinical practice guidelines for the prevention and management of pain, agitation/sedation, delirium,

immobility, and sleep disruption in adult patients in the ICU. *Critical Care Medicine*, 46(9), 825-873. <https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000003299>

Dicionário Priberam Online de Português. (2023). *Dicionário de língua portuguesa*. <https://dicionario.priberam.org/mestre>

Direção-Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: Revisão e extensão a 2020*. Plano Nacional de Saúde. <https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020-1.pdf-1.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos – Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores*. Programa Nacional de Promoção da Alimentação Saudável. <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

Direção-Geral da Saúde. (2020). *Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde*. Documento Geral de Aplicação da Marca de Certificação, Guia de utilização. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dqs-documento-geral-marca-certificacao-pdf.aspx>

**DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa Nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.** 2017. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

**DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa Nº 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.** 2013. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

**DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa Nº 014/2018: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica.** 2018. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

**DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Circular Normativa Nº 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito.** 2015. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Orientação técnica N° 008/2010: Programa Nacional de Saúde Escolar Implementação nos agrupamentos de centros de saúde.** 2010. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.

Dowd, T. (2004). Teoria do Conforto, Katharine Kolcaba. In A. M. Tomey & M. R. Alligood. *Teóricas de Enfermagem e a sua obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ª ed.) (pp. 481-495). Lusociência.

Forman, J., Beech, R., Slugantz, L. & Donnellan, A. (2019). A review of tetralogy of fallot and postoperative management. *Critical Care Nursing*, 31, 315-328. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2019.05.003>

Franck, K. S. & O'brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: from supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*, 1-16. <https://doi.org/10.1002/bdr2.1521>

Harrison, D., Reszel, J., Bueno, M., Sampson, M., Shah, VS., Taddio, A., Larocque, C. & Turner, L. (2016). Breastfeeding for procedural pain in infants beyond the neonatal period (Review). *Cochrane Library*, 10. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011248.pub2>

Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da Criança Hospitalizada* (5ª ed.). Instituto de Apoio à Criança – IAC. [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Carta-Crianca-Hospitalizada\\_5-edi%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Carta-Crianca-Hospitalizada_5-edi%C3%A7%C3%A3o.pdf)

Instituto de Apoio à Criança. (2021). *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários* (1ª ed). IAC. [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14\\_digital.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf)

International Council of Nurses. (2023). *ICNP Browser: 2019 release*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Julien, S. (2021). Sudden infant death syndrome prevention. *BMD Pediatrics*, 21(1), 3-20. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02536-z>

Kübler-Ross, E. (1996). *Sobre a morte e o morrer* (7ª ed.). Martins Fontes Editores.

- Lei nº 01/2001. **Diário da República** I Série (03-01-2001) 14-36. [Consult. 04 jul. 2023]. Disponível em WWW:<<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2001/01/002a00/00140036.pdf>>
- Lei nº 12/93. **Diário da República**. [Consult. 04 jul. 2023]. Disponível em WWW:[https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei\\_mostra\\_articulado.php?nid=236&tabela=leis&so\\_miolo=](https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=236&tabela=leis&so_miolo=)
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult. 4 jun. 2023]. Disponível em WWW: <[Lei n.º 156/2015 | DR \(diariodarepublica.pt\)](Lei n.º 156/2015 | DR (diariodarepublica.pt))>
- Lei nº 95/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 55-66. [Consult. 4 jun. 2023]. Disponível em WWW:< <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>>
- Leininger, M. (2002). Culture Care Theory: a major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. <https://doi.org/10.1177/10459602013003005>
- Lima, M. F. R., Costa, L. B., Pereira, D. G., Gomes, W. F., Oliveira, V. C. & Morais, R. L. (2022). A qualidade do ambiente domiciliar influencia nas habilidades funcionais de crianças na primeiríssima infância? *Fisioterapia e Pesquisa*, 29(2), 196-202. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21025429022022PT>
- Martínez-Serrano, A., Martínez-Campos, P., Sejjoso-González, L. & Ruiz-Rojo, H. (2021). Revisión narrativa de la técnica de los lavados nasales en pediatría. *Enfermería Clínica*, 31, 189-194. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2021.01.005>
- Martins, J. C. A. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, (12), 155-162. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- McFarland, M. R. & Wehbe-Alamah, H. (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), 1-18. <https://doi.org/10.1177/1043659619867134>

Melnyk, B. (2017). The difference between what is known and what is done is lethal: Evidence-based practice is a key solution urgently needed. *Worldviews on Evidence-based Nursing*, 14(1), 3-4. <https://doi.org/10.1111/wvn.12194>

Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I. P., Moe, V., Wang, C. E. A. & Hoifodt, R. S. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: the indirect path of parenting stress. *BMC Psychology*, 8(58), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2>

**ORDEM DOS ENFERMEIROS - Parecer N° 16/2019: Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Para Desenvolver Projetos de Massagem Infantil.** 2019. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS – Parecer CJ 115/2012: Reiki e Drenagem Linfática.** 2014. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

**ORDEM DOS ENFERMEIROS – Parecer CJ 97/2018: Pedido de Parecer sobre incompatibilidade do exercício cumulativo da profissão de enfermeiro e actividades de Reflexologia.** 2018. Acessível na Ordem dos Enfermeiros, Lisboa, Portugal.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos.* Author.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I.* Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saud\\_einfantil\\_pediatica\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saud_einfantil_pediatica_volume1.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III.* Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_Vol\\_III.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança.* Ordem dos Enfermeiros.

[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologica\\_scontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf)

Ordem dos Enfermeiros (Ed). (2015a). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*.

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp\\_parentalidadedpositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf)

Organização Mundial da Saúde (2013). *WHO Traditional Medicine Strategy 2014-2023*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241506096>

Pados, B. F. & McGlothen-Bell, K. (2019). Benefits of infant massage for infants and parents in the NICU. *Nursing for Women's Health*, 23(3), 265-271. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.03.004>

Pavão, S. (2021). Transporte do doente crítico. In N. Coimbra (Coord.). *Enfermagem de urgência e emergência* (pp. 98-106). Lidel.

Pires, F. (2022). *Estilos de vida e competências pessoais, sociais e emocionais em pré-adolescentes: diagnóstico em saúde escolar*. In VI Congresso dos Enfermeiros, Braga.

Portaria nº 8/2014. **Diário da República** I Série. (14-01-2014). Disponível em WWW:<<https://dre.tretas.org/dre/314801/portaria-8-2014-de-14-de-janeiro>>

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A. & Hall, A. M. (2018). *Fundamentos de enfermagem: conceitos e procedimentos* (9ª ed.). Elsevier.

Queirós, A. A. (2001). *Ética e enfermagem*. Quarteto Editora.

Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 2419-2420. [Consult. 26 jan. 2023]. Disponível em WWW:<<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>>

Regulamento nº 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660-16665.

[Consult. 12 nov. 2022]. Disponível em WWW:  
<<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>>

Regulamento nº 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-06-2018) 19192-19194..

Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** II Série. 184 (25-09-2019) 128-155.

[Consult. 15 jan. 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>>

Regulamento nº 76/2018. **Diário da República** II Série. 21 (30-01-2018) 3478-3487.

[Consult. 04 jan. 2023]. Disponível em  
WWW:<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/76-2018-114599547>>

Ribeiro, O., Martins, M M. F. P. S. & Tronchin, D. M. R. (2017). Nursing care quality: a study carried out in Portuguese hospitals. *Revista de Enfermagem Referência*, (14), 89-100. <https://doi.org/10.12707/RIV16086>

Rosenthal, V. D. (2020). Clinical impact of needle-free connector design: a systematic review of literature. *The journal of vascular access*, 21(6). <https://doi.org/10.1177/1129729820904904>

Santos, G. S., Pieszak, G. M., Gomes, G. C., Biazus, C. B. & Silva, S.O. (2019). Contributions of better childhood for growth and child development in family perception. *Cuidado é Fundamental*, 11(1), 67-73. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i1.67-73>

Serviço Nacional de Saúde (2020). *Doação*. Instituto Português do Sangue e da Transplantação, IP. <https://www.ipst.pt/index.php/pt/cidadao/orgaos>

Taddio, A., Shah, V., Bucci, L., MacDonald, N. E., Wong, G. & Stephens, D. (2018). Effectiveness of a hospital-based postnatal parent education intervention about pain management during infant vaccination: a randomized controlled trial. *Canadian Medical Association Journal*, 190(42), 1245-1252. <https://doi.org/10.1503/cmaj.180175>

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos*.  
Comité Português para a UNICEF.  
[https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a_dos_direitos_da_crianca.pdf)

Vocci, M. C., Miot, H. A., Fontes, C. M. B. & Abbade, L. P. F. (2023). Pressure injury risk assessment in pediatric intensive care: a prospective validation study of the Glamorgan scale and predictive comparison with the Braden Q scale. *Advances in Skin & Wound Care*, 36(3), 1-7.  
<https://doi.org/10.1097/01.ASW.0000918880.95690.e5>

Waddington, C., van Veenendaal, N. R., O'Brien, K. & Patel, N. (2021). Family integrated care: supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *Pediatric Investigation – Wiley Online Library*, 5(2), 148-154.  
<https://doi.org/10.1002/ped4.12277>



## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – PROCESSO ASSISTENCIAL DA FEBRE

7. Como administrar o antipirético (medicamento para baixar a temperatura)?

a) Utilizar o paracetamol, respeitando a dose prescrita pelo médico ou de acordo com a descrita no folheto informativo que acompanha a embalagem do medicamento;

b) O intervalo mínimo entre 2 tomas consecutivas é de 4 horas;

c) Nos casos de alergia ao paracetamol, administre o ibuprofeno. Mas, não dar ibuprofeno nas seguintes situações: idade inferior a 6 meses; na varicela; se diarreia e vômitos moderados a graves; se a criança tiver uma alergia a qualquer medicamento anti-inflamatório;

d) Não há necessidade, nem deve ser rotina, utilizar dois antipiréticos alternadamente; o antipirético é eficaz se baixar a temperatura de 1,0° a 1,5° C dentro de 2 a 3 horas;

e) O objetivo do antipirético é aliviar o desconforto da criança e não eliminar a febre a todo o custo. Mesmo não medicada, a temperatura acabará, em regra, por baixar espontaneamente algumas horas depois. Mas voltará a subir ao fim de poucas horas, e assim sucessivamente, até a doença passar.

8. Quando é que uma criança/adolescente deve recorrer a um serviço de saúde em caso de febre?

→ Se idade inferior a 3 meses de idade (de idade corrigida se nasceu prematura);

→ Se idade inferior a 6 meses com temperatura axilar  $\geq 39,0^{\circ}\text{C}$  ou retal  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$ ;

→ Se tiver temperatura axilar  $\geq 40,0^{\circ}\text{C}$  ou retal  $\geq 41,0^{\circ}\text{C}$ ;

→ Na presença de um ou mais “sinais de alerta” (Ponto 4);

→ Se tem uma doença crónica grave;

→ Se tem febre há 5 ou mais dias, ou se a febre reaparecer após 2 a 3 dias de temperaturas normais.

### PONTOS – CHAVE

✓ A febre é apenas um sintoma e não uma doença;

✓ O tratamento da febre (antipiréticos) não encurta a duração da febre nem contribui para a resolução da doença causal; se a temperatura não voltar ao normal após a administração dos antipiréticos, só por si, não é sinal de gravidade desde que baixe de 1,0° a 1,5° C;

✓ O tratamento da febre não serve para prevenir convulsões febris que, geralmente, são pouco comuns (<1% dos episódios febris até aos 2 anos, diminuindo muito esse risco depois dessa idade); as convulsões assustam quem as presencia mas, em regra, não provocam danos cerebrais;

✓ Na fase de subida da febre, é desaconselhado o arrefecimento (com banho/compressas húmidas, álcool ou ventoinhas); não contribui para o controlo da doença, nem para o bem-estar da criança;

✓ A presença de “sinais de alerta” e/ou ter menos de 3 meses de vida, são mais importantes do que o grau da temperatura e/ou a duração da febre;

✓ O aparecimento (ou não) dos “sinais de alerta” dita a necessidade (ou não) de se recorrer aos cuidados de saúde, independentemente do dia de febre;

✓ As viroses, responsáveis pela grande maioria dos episódios febris, duram, em média, 4 dias completos (e 5 dias, ou mais, em 30% dos casos).

Se necessário, contactar: Centro de Contacto SNS 24 (808 24 24 24) e/ou Centro de Saúde da área de residência.

Fonte: Direção-Geral da Saúde, 2018 – Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica.



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

SESARAM, EPERAM . Av. Luís Camões, Nº 57 . 9004-514 . Funchal . Madeira  
Telef.: 291 709 600 • Fax: 291 709 601 • www.sesaram.pt • Contribuinte: 511 228 848

Centro de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas

Nazaré

Febre na criança/adolescente

Folheto informativo para pais e cuidadores



A FEBRE, POR SI SÓ, NÃO É UMA DOENÇA !



SESARAM EPERAM  
Serviço de Saúde da RAMEPERAM

### 1. O que é a febre?

Carateriza-se pela subida de, pelo menos, 1° C acima da média da temperatura basal diária individual, em função do local de medição. Considerar febre se:

- a) Retal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ;      b) Axilar  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$ ;  
c) Timpânica  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ ;   d) Oral  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$

### 2. A febre é uma doença?

A febre, por si só, não é uma doença. Trata-se de uma manifestação natural e benéfica do organismo, no combate às infeções. Quando as situações com febre são graves (cerca de 5% dos casos), existem sempre outras manifestações clínicas que são os chamados “sinais de alerta” (Ponto 4).

### 3. Como medir a temperatura?

Deve sempre ler o folheto informativo do seu termómetro, para o utilizar e obter uma leitura de temperatura correta. Resumidamente:

a) Temperatura retal: método mais indicado. Deitar a criança de costas, introduzir a ponta flexível do termómetro em cerca de 3 cm no ânus, num trajeto paralelo às costas. Se termómetro digital, ler temperatura ao 1° toque; se termómetro de *galinstan*, ler aos 3 minutos.

b) Temperatura axilar: mais prático, mas menos fidedigno que o retal. O termómetro deve ser colocado na axila, mantendo-se o braço firmemente encostado ao tronco. Se termómetro digital, este deve ser então ligado e esperar-se pelo 1° toque; se termómetro *galinstan*, avaliar aos 5 minutos.

c) Temperatura timpânica: apenas a partir dos 3 anos, com um termómetro de deteção de raios infravermelhos. Realizar sempre 3 avaliações seguidas, e considerar o valor mais alto.

d) Temperatura oral: apenas a partir dos 5 anos. Avalia-se na boca, com a ponta do termómetro colocada debaixo da língua, mantendo a boca permanentemente fechada durante 3 minutos para a leitura correta (termómetro digital/*galinstan*).

### 4. Quais são os “sinais de alerta” numa criança com febre?

- Sonolência excessiva ou irritabilidade mantida;
- Fácies de sofrimento; → Choro inconsolável;
- Não tolera o colo; → Convulsão;
- Manchas na pele que aparecem nas primeiras 24-48 horas de febre; → Sede excessiva;
- Respiração acelerada, cansaço e gemido mantido;
- Vômitos repetidos entre as refeições;
- Recusa alimentar total superior a 12 horas;
- Lábios ou unhas roxas e/ou tremores intensos e longos durante a subida de temperatura;
- Dificuldade em mexer-se ou andar;
- Urina turva e/ou com mau cheiro;
- Febre com duração superior a 5 dias.



Na presença de UM ou MAIS destes sinais de alerta, a criança deve recorrer a um serviço de saúde !

### 5. Numa criança com febre, quais os sinais “tranquilizadores”?

- ✦ Criança brinca e tem atividade normal;
- ✦ Come menos mas não recusa alimentos líquidos;
- ✦ Sorriso aberto ou fácil;
- ✦ Acalma ao colo; comportamento quase habitual;
- ✦ Tosse seca e irritativa frequente, sendo o sintoma que mais perturba a criança;
- ✦ Dor ao engolir, com placas brancas na garganta;
- ✦ Olhos vermelhos com secreções, e/ou tosse;
- ✦ Gengivas dolorosas, vermelhas, sangrantes;
- ✦ Aftas na boca;
- ✦ Diarreia ligeira (ou moderada) sem sangue, muco ou pus;
- ✦ Pieira sem dificuldade respiratória;
- ✦ Manchas vermelhas dispersas, surgem só a partir do 4° dia de febre.

Embora possam ser incomodativos para a criança e poderem exigir consulta médica, estes sinais sugerem doença sem gravidade.

### 6. Como ajudar a criança/adolescente com febre?

- a) Oferecer água e/ou leite; adequar o vestuário e a roupa da cama à sensação de frio/calor; respeitar o apetite;
- b) Se confortável, não é preciso baixar a temperatura, mas sim vigiar se surgem os “sinais de alerta” (ponto 4);
- c) Se desconfortável, deve tomar um antipirético (que também é analgésico e alivia a dor); não se deve fazer arrefecimento (banho, compressas, ventoinhas) para baixar a temperatura;
- d) Se necessário, contactar o SNS 24 (808 24 24 24).

## APÊNDICE B1 - SESSÃO DE EDUCAÇÃO SOBRE CÓLICAS

### CÓLICAS



Enfermeira MESIP  
Angelina Camacho

Enfermeira ESIP orientadora  
Dayana Romão

FUNCHAL, 2023

1

### Serão cólicas?



- Choro excessivo e prolongado, com punhos cerrados, agitação motora, abdómen duro;
- Surge mais ao final da tarde;
- Perdura até 3 h/dia, cerca de 3 dias/semana, mais de 3 semanas;
- Surge após as refeições;
- Não acalma com estratégias de consolo (!)

→ Surgem entre a 2ª semana de vida, podem persistir até ao 3º mês de vida.



2

### Serão cólicas?

#### Nem tudo são cólicas ...

- O bebé chora também porque procura conforto, colo, SEGURANÇA;
- Fome;
- Sono;
- Não tolera totalmente o leite;
- Desconforto por bolsar frequente;
- Ambiente familiar stressante;
- Se oferecemos colo constante durante o dia, o bebé vai contar com essa oferta durante a noite!



3

### Serão cólicas?

#### Porque surgem as cólicas?

A causa é incerta e multifatorial:

- ⊗ Imaturidade do sistema neurológico e gastrointestinal;
- ⊗ Alimentação do bebé; tipo de leite;
- ⊗ Tipo de tetina do biberão;
- ⊗ Alimentação da mãe;
- ⊗ Pega incorreta na mama;
- ⊗ Obstrução nasal;
- ⊗ Mamar sofregamente.

#### Evitar:

- Cafeína; chá preto; chocolate; banana;

#### Moderar:

- Leite de vaca;
- Citrinos (laranja, limão, toranja) kiwi, morango;
- Leguminosas;
- Brócolos, couve-flor, repolho, nabo.

Variedade na alimentação!



#### Atenção:

Tabaco / Álcool/Medicação oral da mãe

### Como ajudar o bebé que tem cólicas ?

- Massagem abdominal c/ óleo de amêndoas doces/lavanda **antes** da refeição. Não massajar durante a cólica!
- Amamentação exclusiva parece ser preventiva
- Pôr a arrotar após algum tempo de choro
- Biberão na horizontal, bebé inclinado
- Confortar com musica "ruído branco"
- Posição "tigre na árvore"



### Como ajudar o bebé durante as cólicas ?



- Tentar manter a calma; o período "normal" de até 3h por dia podem alongar-se se o "colo" transmite ansiedade;
- Se as manobras não resolvem e estiver disponível outra pessoa, pedir ajuda;
- Descartar as outras necessidades: fome, fralda, conforto;
  - Falar de forma suave/embalar;
- Se prolongado, tentar pôr a arrotar de novo (o bebé quando chora também deglute ar e precisa arrotar de novo);
- Procure opinião do profissional de saúde sobre as cólicas.



### Vale relembrar ...



A cólica intestinal é um acontecimento natural do amadurecimento neurológico e gastrointestinal do bebé.

Antes de procurar medicação, procure compreender as causas (cólicas/intolerância alimentar?) e tentar estratégias de conforto;

Se sentir muita dificuldade em ajudar o bebé durante os períodos de choro, procure ajuda especializada!

Sites de apoio:  
<http://criancaefamilia.spp.pt/>  
<https://papabem.pt/>



### Referências Bibliográficas

- Demirel, G., Yildiz, I., Gundogdu, N. A., Doganer, A. (2018). Factor affecting colic in infants and the applications of mothers in Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, 11(2), 1301-1310;
- Okan, M. A., Gunduz, M., Okur, M., Akgun, C., Esin, K. (2015). Does maternal diet affect infantile colic? *The Journal of Maternal-fetal & Neonatal Medicine*. <http://dx.doi.org/10.3109/14767058.2015.1115011>
- Qahtani, A. M. A. & Ahmed, H. M. (2021). The effect of educational program for new mothers about infant abdominal massage and foot reflexology for decreasing colic at Najran city. *Comprehensive child and Adolescent Nursing*, 44 (1), 63-78. <https://doi.org/10.1080/24694193.2020.1740827>

## APÊNDICE B2 – FOLHETO CÓLICAS



### Como ajudar o bebé com cólicas ?



Massagem abdominal com óleo de amêndoas doces/Lavanda  
(antes da refeição; nunca durante a cólica)

Movimente as pernas: fletir e esticar

Descartar outras necessidades: fome/fralda

Pôr a arrotar após algum tempo de choro

Dar colo (posição “tigre na árvore”)

Enquanto conforta, use música de “ruído branco”

Falar e tocar calmamente no bebé

Manter a calma: o período ‘normal’ de choro pode prolongar com um colo ‘ansioso’

Se tiver dificuldade em acalmar o bebé, peça ajuda a outra pessoa do seio familiar

*Não há causas exatas ou soluções óbvias para todos os bebés !*

### Lembre-se que ...

A cólica intestinal é um acontecimento natural do amadurecimento neurológico e gastrointestinal do bebé. Há bebés que apresentam mais cólicas do que outros.

Antes de procurar medicação, procure compreender as causas (cólicas/intolerância alimentar) e tentar estas estratégias de conforto.

*Se tiver dificuldade em acalmar o seu bebé, procure opinião pessoalmente com um profissional de saúde especializado !*



### Cólicas no bebé

⊗ Choro excessivo e prolongado, com punhos cerrados, agitação, abdómen duro;

⊗ Surge mais ao final da tarde;

⊗ Pode perdurar até 3 h/ dia, cerca de 3 dias até 3 semanas;

⊗ Surgem após as refeições;

⊗ Não acalma com estratégias de consolo (!)

Surgem entre a 2ª semana de vida, podem persistir até ao 3º mês de vida.

MESIP Angelina Camacho Enf.ª Dayana Romão

### Porque surgem as cólicas?

A causa é incerta e multifatorial:

- Imaturidade do sistema neurológico e gastrointestinal;
- Alimentação do bebé: tipo de leite;
- Tipo de tetina e posição do biberão;
- Obstrução nasal;
- Alimentação da mãe;
- Pega incorreta na mama;
- Mamar sofregamente.

### Nem tudo são cólicas ...

Há vários motivos que possam coincidir com as mesmas características, mas por diferentes motivos:

- O bebé procura conforto, colo, **SEGURANÇA**;
- Fome;
- Sono;
- Não tolera totalmente o leite;
- Desconforto por bolsar frequente;
- Ambiente familiar stressante;

\*Se oferecemos colo frequentemente durante o dia, o bebé vai esperar essa mesma frequência durante o período noturno !\*



### Medidas que podem ajudar a prevenir:

- Biberão na horizontal, bebé mais na vertical;
- Considerar biberão anti-cólicas;
- Cumprir com a dose recomendada de leite em pó segundo as instruções do fabricante (colher rasa);
- Alguns bebés podem precisar de arrotar a meio e no final da refeição;
- Garantir que tem as narinas limpas; se ouvir secreções, faça lavagem nasal com soro fisiológico, antes da refeição;
- Amamentação exclusiva;
- Pega correta na mama: nariz livre, “boca de peixe” com lábios para fora; cobre parte da auréola, não apenas o mamilo; queixo encostado na mama; barriga e tronco voltados para a mãe; bochecha enche enquanto mama;

A alimentação da mãe que amamenta deve ser **variada**, no entanto...

### MODERAR (quantidade/frequência)

- Leite de vaca
- Leguminosas
- Citrino (laranja, limão, toranja) , kiwi, moran
- Nabo, brócolos, couve-flor, repolho

### EVITAR

- Cafeína
- Chá preto
- Chocolate

### Para a mamã que amamenta ...

Não deve fazer nenhuma dieta específica ou restritiva porque amamenta!

O ideal é fazer uma alimentação diversificada segundo a roda dos alimentos. Antes de ponderar restringir qualquer alimento, procure perceber se tem influência real no seu bebé.

Partilhe as suas dúvidas com um profissional de saúde.



Fonte: Direção-Geral da Saúde (2023). Promoção da Alimentação Saudável.

Cereais e derivados, tubérculos – 28%  
 Hortícolas – 23%      Fruta – 20%  
 Lactínios – 18%  
 Carne, pescado e ovos – 5%  
 Leguminosas – 4%  
 Gorduras e óleos – 2%



Desobstrução da Via Aérea

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**Condições de Segurança**

TOSSE EFICAZ	TOSSE INEFICAZ
Encorajar a tossir	Até 5 pancadas nas costas
Até resolver ou tosse ineficaz	Até 5 compressões abdominais
	Até resolver ou inconsciente
	Se ficar inconsciente, ligar 112
	Iniciar SBV

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

5

Desobstrução da Via Aérea

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**ATUAÇÃO PERANTE ADULTO E CRIANÇA**



ATÉ 5 PANCADAS INTERESCAPULARES

ATÉ 5 COMPRESSÕES ABDOMINAIS

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

6

Desobstrução da Via Aérea

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**ATUAÇÃO PERANTE ADULTO E CRIANÇA**

**Situações de Exceção**

- Grávidas
- Obesos
- Latentes



Nestas situações as compressões devem ser substituídas por compressões torácicas aplicadas no mesmo ponto da reanimação.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

7

Desobstrução da Via Aérea

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**Atuação perante latente**



Até 5 pancadas interescapulares

Até 5 compressões torácicas

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

8

## Alimentação

Até aos 4-5 anos a alimentação é uma das grandes preocupações, pois as crianças engasgam-se com muita facilidade!

- A comida deve ser partida em pedaços adequados à criança;
- A criança deve comer **sempre** na presença de um adulto;
- Alimentos de risco: uvas/tomate/cereja/nêspera (lisos e redondos, obstruem as vias respiratórias superiores!) – cortar os alimentos.

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

## Risco de afogamento

1-4 anos, o afogamento é uma das principais causas de morte! A criança pequena pode afogar-se num palmo de água.

- Nunca deixe a criança sozinha na banheira;
- Atenção ao manter piscinas insufláveis/baldes de água – vigilância ou vedação, baldes da rua virados ao contrário quando chove;
- Nunca deixe a criança sozinha perto de uma piscina;
- Vigilância redobrada nas brincadeiras perto de água;
- Brincar junto da piscina: com braçadeiras (!) pois podem facilmente cair na água;
- Tapete antiderrapante na banheira;

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

## Quedas e traumatismos

Das principais causas de morte / comorbilidades na criança

- Ensine a criança a sair da sua cama, a subir e a descer dos sofás e das cadeiras, de **barriga para baixo** (peso da cabeça);
- Nas escadas, colocar cancelas no primeiro e no último degrau;
- Coloque limitadores de abertura nas janelas e proteja varandas não seguras;
- Atenção aos vasos junto da varanda, a criança pode trepar;
- Ficar estantes e prateleiras/armários à parede, TV num armário baixo e estável;
- Retire bibelots e outros objetos pesados de prateleiras ao alcance das crianças (decoração de casa no nível superior).

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

## Quedas e traumatismos

Das principais causas de morte / comorbilidades na criança

- Cama de grades: modelo homologado; espaço entre as grades máximo de 6 centímetros; o colchão está a um nível que a criança não consegue trepar; a grade lateral fica bem presa;
- Proteja os cantos das mesas;
- Cadeiras apenas quando conseguem sentar-se sem apoio, mas manter vigilância;
- Armários fora do alcance das crianças; portas fechadas (!);
- O bebé mexe-se muito cedo: nunca o deixe sozinho em cima da mesa de mudar fralda, da cama ou sofá; leve consigo tudo o que vai precisar de uma só vez;
- Ovinho/espreguiçadeira sempre de cinto justo (1 dedo entre o cinto e a criança);

## PREVENÇÃO DE ACIDENTES

## Brinquedos

Crianças com idades diferentes (!) – Ponderar os riscos de cada idade; tentar arranjar um meio termo para uma melhor gestão!

Brinquedos com peças pequeninas não podem estar acessíveis à criança mais pequena; ensinar a criança mais velha a guardar os brinquedos numa caixa à parte, ensinar o risco de perigo para o mano/a.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES

13

## Parques e andarilhos

Os **andarilhos** são muito perigosos - mobilidade demasiado precoce; possibilidade de aceder a objetos e puxá-los; risco de queda se houver escadas ou desníveis em casa.

[Criança fica estática; caminha em bicos de pés]



Os parques são uma ótima ajuda para os pais e sítio seguro. Deve ser homologado; colocado longe de objetos que a criança possa puxar; atenção a objetos que permitam trepar!



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

14

## Queimaduras

- Não permita a criança sozinha na cozinha;
- Use as bocas do fogão de trás; mantenha os cabos da panela/frigideira para dentro;
- O ideal é a criança não estar na cozinha enquanto alguém cozinha;
- Guardar pequenos eletrodomésticos fora do alcance da criança;
- Usar protetores das bocas do fogão e das tomadas elétrica;
- Não deixe o ferro ligado com o fio pendurado;
- Não beba líquidos quentes com o seu filho ao colo;
- SE aquecer biberão ao micro-ondas, lembre-se de agitar **sempre**, o aquecimento não é uniforme;



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

15

## Queimaduras

- Preparar o banho primeiro com água fria e depois a quente; tocar **sempre** primeiro com o seu pulso antes de colocar o bebé;
- Verifique a temperatura da sopa e comida quente antes da criança;
- Manter aquecedores fora dos locais onde o bebé possa estar;
- Proteger as lareiras.



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

16

### Intoxicações

- Nunca coloque detergentes em garrafas de plástico já usadas;
- Guardar detergentes químicos em locais altos, fora do alcance da criança, e em caixas fechadas;
- Não deixe medicação em locais acessíveis à altura da criança;
- Não dê medicamentos sem prescrição médica, valide primeiro;
- Não tome os seus medicamentos em frente da criança, ela querará imitar;
- Ensine a criança a não aceitar alimentos que lhe sejam oferecidos por estranhos;
- Não dê medicamentos às escuras; confirme a dose e horário;
- Se puder, compre apenas os produtos com tampa resistente à abertura por crianças.

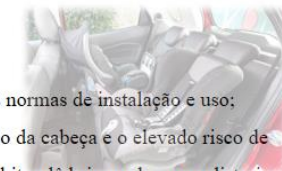


PREVENÇÃO DE ACIDENTES

17

### Transporte no carro

- Use cadeiras homologadas, adequada à idade e peso; respeite as normas de instalação e uso;
- Até ~2 anos, a criança deve ficar contra o sentido da marcha: peso da cabeça e o elevado risco de lesão cervical em caso de embate frontal **ou** paragem brusca/súbita; dê brinquedos para distrair ou um adulto ao lado da criança;
- Folga máxima de 1 dedo entre o cinto e o ombro do bebé;
- No RN: semi-sentado, amparar a cabeça com redutores de apoio **ou** fralda enrolada entre a cabeça e o encosto lateral; cabeça do bebé virada para o interior do veículo;
- SE colocar **no banco da frente**, **desligar o airbag** – ATENÇÃO CONDUTOR!
- **Nunca menospreze o curto trajeto!** Uso **sempre** a cadeirinha com cinto e **NUNCA** ao colo!



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

18

### Animais

Ensine a criança a não tocar num animal que não conheça, e pedir sempre autorização do seu dono; o animal pode ter uma reação brusca e magoar a criança.



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

19

### Não infundir medo excessivo !!!

É importante não transmitir o medo irracional à criança! À medida que vai crescendo e adquirindo capacidade para compreender, explique melhor os riscos das várias situações. A criança precisa de brincar para que possa desenvolver-se de forma saudável.





Comprete aos pais garantirem segurança para esse brincar !



PREVENÇÃO DE ACIDENTES

20





 

Vale relembrar ...

**Chamada ao 112 (gratuito; rede)**



- 1º Procure manter a calma;
- 2º Indique a sua morada, com **pontos de referência** (p.e. cor da casa, cor do portão, algum restaurante perto, por onde é mais acessível)?
- 3º Explique o que aconteceu e o que vê na criança;
- 4º Siga as instruções que lhe serão transmitidas;
- 5º Desligue a chamada **APENAS** quando o operador lhe disser para desligar;

Ensine os seus filhos sobre o 112, quando telefonar, como o fazer, saber indicar a morada! As crianças ajudam a salvar vidas!



21

**PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

**PREVENÇÃO DE ACIDENTES**

**Referências Bibliográficas**

Associação para a Promoção da Segurança Infantil (s.d.). Casa segura: Conhecer para melhor proteger – Guia para observação da segurança em casa. Disponível em: [Guia-Observacao-Segurana-Casa.pdf \(apsi.org.pt\)](https://apsi.org.pt/Guia-Observacao-Segurana-Casa.pdf)

Devesa, C. (2022). Saúde Infantil e Juvenil: Manual de Boas práticas. USF Cartaxo Terra Viva. Disponível em: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/30032/3140672/COMO%20FAZEMOS/Manual%20Boas%20Pr%C3%A1ticas%20-%20Anexo%20V%20-%20Sa%C3%BAde%20Infantil%20e%20Juvenil.pdf>

Direção-Geral da Saúde (ed.).(2010). Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016.

Direção-Geral da Saúde (ed) (2013). Norma 010/2013 - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil;

INEM (Ed.).(2017). *Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico*.

22

## APÊNDICE D1 – SESSÃO DE EDUCAÇÃO SOBRE ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

**Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny**

**ALIMENTAÇÃO DO BEBÉ NO 1º ANO DE VIDA**



Enfermeira MESIP  
Angelina Camacho

Enfermeira ESIP orientadora  
Dayana Romão

FUNCHAL, 2023

**Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny**

### Obesidade infantil em Portugal A pandemia do séc. XXI

**Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida**  
“Sabemos hoje que os meses de vida intrauterina e os primeiros anos de vida de uma criança vão determinar, em parte, a sua carga de doença ao longo da sua vida adulta”  
(DGS, 2019)

- 1,3 % Baixo peso
- 29,7 % Excesso de peso
- 11,9 % Obesidade

COSI, Portugal (2019)

- Pouca ingestão de sopa/fruta;
- Consumo excessivo de snacks doces (bolos, bolachas doces, donuts) e salgados (batata frita, folhados, pipocas)
- Consumo excessivo de refrigerantes

**Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny**

### Alimentação nos primeiros 6 meses de vida

**Tabela 18. Considerações gerais que suportam a recomendação de uma fórmula infantil num lactente saudável.**

Tipo de fórmula infantil: standard;

Fórmula infantil 1 (para lactente) – dos 0 aos 12 (podendo manter-se até aos 24-36) meses;

Fórmula infantil 2 (de transição) – dos 6 aos 12 (podendo manter-se até aos 24-36) meses;

Fórmulas especiais\* – de acordo com recomendação médica e suportadas numa clínica robusta;

Fórmulas “funcionais”# – em casos particulares e pelo mínimo de tempo possível.

\*Fórmulas anti-refluxo (AR), com proteína parcialmente hidrolisada (HA) ou extensamente hidrolisada e fórmulas para prematuros  
# Anti-obstipante (AO), Anti-diarreia (AD), Anti-cólica (AC) etc

DGS (2019)

**Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny**

### Alimentação nos primeiros 6 meses de vida

- ☞ Oferecer 6-8 refeições/dia, dependendo da idade;
- ☞ O volume máximo no biberão 180-210 ml;
- ☞ O intervalo entre as refeições recomendado não deve exceder as 4 horas;
- ☞ Como preparar a fórmula infantil: água de pH neutro a uma temperatura de 37° C, água tédica (água fria não dilui adequadamente os nutrientes; demasiado quente aumenta o risco de desnaturação da proteína e vitaminas); pode ferver a quantidade total de água para as 24 h e guardar numa garrafa térmica;
- ☞ Ideal: preparar leite a cada refeição; se preparar para o dia todo, guardar no frigorífico apenas 24 horas!
- ☞ Se aquecer o leite, deve fazê-lo em banho-maria ou em aquecedor próprio; não guardar o leite que sobrou do biberão!!
- ☞ Lavar biberão com sabão e escovilhão; até aos 4 meses de vida, esterilizar após lavagem do biberão;

### Alimentação nos primeiros 6 meses de vida

- ∅ Suplementação Vitamina D – até 1º ano de vida e em crianças com risco de falta vitamina D;
- ∅ Alimentação cálcio e Vitamina D (produtos láteos, peixes gordos, ovo/gema, cogumelos);
- ∅ Atividade física ao ar livre (SOL);



5

### A partir dos 5/6 meses – Diversificação alimentar

Sinais que mostram **segurança** para a diversificação alimentar:

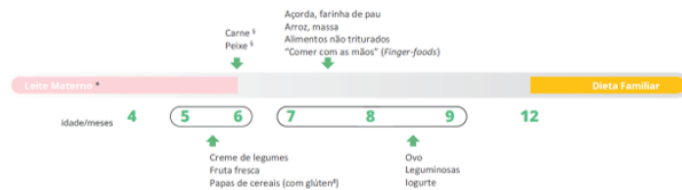
- **Perda do reflexo de extrusão lingual** (após 4º/5º mês) – segurança para alimentação de colher;
- **Capacidade de ficar sentado** sem apoio (5º/6º mês);
- Aumento da produção de saliva (após 4º/5º mês) – facilita a mastigação, deglutição e digestão do alimento mais espesso;
- Movimentos rítmicos da boca (7º/8º mês) – está capaz de moer/mastigar alimentos;
- Pinça fina (pegar objetos pequenos – 7º/8º mês) – capacidade de ir buscar alimento;
- Mostra interesse pela comida no prato – **coordena o olhar com a manipulação das mãos.**



6

### A partir dos 6 meses – Diversificação alimentar

Figura 5. Proposta de diversificação alimentar para um lactente saudável (independentemente da existência de história positiva para atopias familiares).



Novo alimento a cada ~ 4 dias

\* Na ausência deve ser utilizada uma Fórmula Infantil de baixo teor proteico.  
 # A introdução do glúten deverá ocorrer depois dos 4 meses, em doses crescentes, e até aos 12 meses.  
 § Cerca de 30 g/dia de carne OU de peixe, devendo haver a oferta de carne 4x por semana e de peixe 3x por semana. Os 30 g poderão ser totalmente oferecidas na refeição do almoço ou fracionadas entre esta e o jantar.

DGS (2019)

7

### A partir dos 6 meses – Diversificação alimentar

- A introdução de cada grupo de alimentos pode ser feita com intervalos de 3-4 dias;
- Depois de triturar a sopa, adicionar azeite (nunca antes na cozedura, o azeite não deve ser cozido);
- A partir dos 8/9 meses: ovo (bem cozido) primeiro a gema; até 3 vezes por semana, em vez da carne ou do peixe; o iogurte natural, frutos gordos (triturados) e algas;
- Os alimentos devem ser progressivamente menos moídos, para que a partir dos 7/8 meses treine a mastigação de mais sólidos;



DGS (2019)

8

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

### A partir dos 6 meses – Diversificação alimentar



→ Após os 12 meses: espinafre, o nabo, a nabiça, a beterraba e o aipo (alto teor de nitrato e fitato); o bacalhau, pela quantidade de sal; kiwi, morango e maracujá (potencial alergénico); carne de porco;

→ Não deve exceder as duas peças de fruta; as melhores opções iniciais: pera, maçã e banana;


→ Estimular o consumo de água !!

DGS (2019)

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

### A partir dos 6 meses – Diversificação alimentar

Creme de Legumes  
Não deve conter mais de 4 hortícolas



→ Pode iniciar-se a diversificação alimentar pelo creme de legumes (máximo 4 hortícolas) ou papa de cereais com glúten. O início pelo creme de legumes tem como vantagem proporcionar um maior treino de paladar / texturas e oferecer um menor valor energético.

DGS (2019)

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

### Não permitidos no 1º ano de vida





DGS (2019)

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

### BABY-LED WEANING

≥ 6 Meses

- Explorar alimentos com diferentes texturas
- Autorregular a quantidade de comida, respeitando o próprio apetite
- Desenvolver competências motoras finas e coordenação motor-ocular
- Menor tempo de preparação culinária
- Promover autonomia e autocontrolo: iniciar refeição, escolher alimentos, quantidade adequada
- Menor risco associado à obesidade infantil
- Incluir o bebé na alimentação da família

DGS (2019)

**BABY-LED WEANING**

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**Alertas**

- Garantir ingestão de Ferro
- Risco de engasgamento



13

**BABY-LED WEANING**

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**Alimentos**

- Cenoura cozida
- Batata doce, assada s/casca
- Massa
- Maçã, pouco cozida s/casca
- Frango cozido s/osso
- Ovo bem cozido
- Banana
- Brócolos, couve-flor, cozido a vapor
- Pão escuro/torrado




14

**BABY-LED WEANING**

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**Alimentos**

- STEAMED OR ROASTED CARROT
- RIPE MANGO
- CUCUMBER
- STEAMED OR ROASTED BROCCOLI
- PEELED AND STEAMED OR ROASTED SWEET POTATO
- COOKED CHICKEN
- RIPE PEACH SLICE
- STEAMED GREEN BEANS
- TOAST




15



**Vale relembrar ...**

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

**O BEBÊ SABE COMER**

- O paladar educa-se! O doce já é inato ao bebé. Pode ser necessário oferecer um alimento 10 ou mais vezes em diferentes ocasiões para que o bebé o aceite;
- Regra dos 3 S: Sentado, Sossegado e Sociáveis;**
  - Nunca forçar a comer!
- O objetivo não é comer até empanurrar! Respeite o apetite da criança;
- À medida que aumenta a quantidade de alimentos, diminui a oferta de leite.

Sites de apoio:  
<http://criancaefamilia.spp.pt/>  
<https://papabem.pt/>  
<https://www.pampers.co.uk/>

16



## Referências Bibliográficas

Associação Portuguesa de Nutrição (ed.). (2019). Alimentação nos primeiros 1000 dias de vida: um presente para o futuro;

Direção-Geral da Saúde (ed.).(2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos. Linhas de Orientação para Profissionais e Educadores;

Procter & Gamble (2023). What is baby-led weaning?. Disponível em: <https://www.pampers.co.uk/baby/feeding/article/baby-led-weaning;>

Rito, A., Mendes, S., Baleia, J. & Gregório, M. J. (2021). Childhood Obesity Surveillance Initiative. COSI Portugal 2019. INSA, IP;

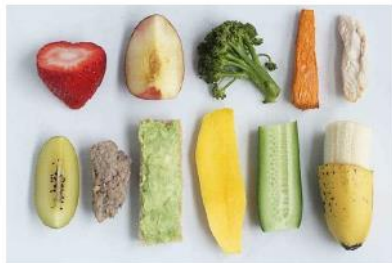
## APÊNDICE D2 – FOLHETO SOBRE ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

### BABY-LED WEANING ou MISTO

Na Introdução de alimentos, pode optar por começar com textura mole e progredir até sólidos, ou, a partir dos 6 meses oferecer sólidos em formato de palitos.

O seu bebé está pronto para sólidos?

- Capaz de ficar sentado sem apoio;
- Capaz de pegar em objetos com as mãos;
- Capaz de direcionar alimento à boca com a mão;
- Mostra interesse por alimentos.



Nos primeiros 12 meses não oferecer:

- Sal - Açúcar - Mel
- Chá - Sumos - Leite Vaca
- Processados

*Regra dos 3S - Sentado,  
Sossegado, Sociável !*

- O paladar educa-se! O doce já é inato ao bebé. Pode ser necessário oferecer um alimento 10 ou mais vezes em diferentes ocasiões para que o bebé o aceite;
- Respeite o apetite do bebé, não force a comer quando ele recusa.

Para qualquer esclarecimento e ajuda, os profissionais de saúde de saúde infantil estão disponíveis!

Fontes de apoio:



Centro de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas  
Bairro da Nazaré, Avenida do Colégio Militar, 27  
Funchal  
Telefone: 291 720 090  
email: [cs.nazare@sesaram.pt](mailto:cs.nazare@sesaram.pt)

PONTE: Direção-Geral da Saúde (2019).  
Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos.  
Disponível em:  
<https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

Escola Superior de Enfermagem  
S. José de Cluny



## Alimentação do bebé

*No primeiro ano de vida*



MESIP Angelina Camacho Enf.ª EESIP Dayana Romão

**PRIMEIROS 6 MESES ...**

**→ Alimentação Láctea Exclusiva**

O leite materno é o melhor alimento para o seu bebé! Ofereça o aleitamento materno enquanto for para si desejável e possível, ao longo dos 12-24 meses de vida do bebé.



Ainda que considere ter leite insuficiente, pode manter a amamentação como primeira oferta: confere segurança e fortalece o sistema imunitário ao bebé, é vinculativo para a mãe/bebé.

→ Suplementação Vitamina D até ao 1º ano

**→ Como complemento ou alternativa**

Os leites de fórmula infantis têm uma composição próxima ao leite materno.



**A PARTIR DOS 6 MESES ...**

**Incentive ao consumo de água!**



**A Direção Geral Saúde recomenda:**

Carne  
Peixe

Açorda, farinha de pau  
Arroz, Massa  
Alimentos não triturados  
Finger-foods

Ovo  
Leguminosas  
Iogurte



5  
6  
7  
8  
9  
12

↑  
Creme de legumes  
Fruta fresca  
Papa de cereais (c/ glúten)

**→ Creme de Legumes:**

1 legume 'base' - batata ou batata doce, pimentela, curgete, beringela ou couve-flor

1 de folhas - alface, brócolos, couve coração

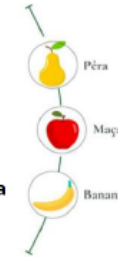


1 betacarotenos - cenoura ou abóbora

1 antioxidante - cebola, alho ou alho francês

No final da cozedura, triturar os alimentos e adicionar azeite no prato (5 - 7,5ml)

Pode oferecer uma destas frutas ( não exceder duas peças de fruta por dia )



**Opte por fruta da época e variada**

**Dieta familiar**

Apto para integrar os hábitos da família

Após 12 meses: nabo, espinafre, nabiça, beterraba, aipo, bacalhau, kiwi, morango, maracujá

- ✓ A porção de carne ou peixe adicionada ao creme de legumes deve ser 30 gramas, distribuída entre 1 ou 2 refeições. Ofereça carne 4 X semana e peixe 3 X semana.
- ✓ Comece por carne de aves e peixes com menor teor de gordura - frango, peru, coelho; pescada, robalo, linguado.
- ✓ Introduza um novo alimento a cada 4 dias.

**Lactícínio**

Não exceder 500-700 ml/dia



Introdução de novos alimentos

Redução progressiva do volume de lácteos

## APÊNDICE E – FOLHETO INFORMATIVO SOBRE CONSULTA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

### O que deve trazer para a consulta

- Boletim de Saúde Infantil e Juvenil
- Boletim de Vacinação

O Boletim de Saúde e o de Vacinação devem acompanhar sempre as consultas.

Contêm o registo e informação detalhada sobre o desenvolvimento da criança. No Boletim de Saúde pode inclusive escrever as suas dúvidas para esclarecer na consulta!

### Boletim de Saúde Infantil e Juvenil e Vacinal



### Esquema de Vacinação

Vacina   Doença	Idade									
	Nasce	2 meses	4 meses	6 meses	12 meses	18 meses	5 anos	10 anos	15 anos	10/15 anos
Hepatite B		1	2	3						
Hipertrofia esofágica B		1	2	3						
Difteria, tétano, tosse convulsa		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Poliomielite		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Síndrome respiratória		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Neisseria meningitidis B		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Neisseria meningitidis C		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Sarampo, parotidite epidémica, rubéola		1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vírus Papiloma humano									10	11
Tétano, difteria e tosse convulsa									12	13
Tétano e difteria									14	15

A criança/jovem e a sua família passam por várias transições ao longo dos seus primeiros 18 anos de vida. Essas fases são marcantes num desenvolvimento com novas necessidades.

Os profissionais de Saúde especializados em Saúde Infantil e Pediatria estão cá para vos apoiar ao longo de toda a caminhada !

Marque a sua Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil:

Centro de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas

Morada: Avenida do Colégio Militar nº 27, 9000-134 Funchal, Nazaré.

e-mail: [cs.nazare@sesaram.pt](mailto:cs.nazare@sesaram.pt)

Contacto telefónico: 291 720 090



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA

SESARAM, EPERAM . Av. Luís Camões, Nº 57 . 9004-514 . Funchal . Madeira  
Telef.: 291 709 600 • Fax: 291 709 601 • [www.sesaram.pt](http://www.sesaram.pt) • Contribuinte: 511 228 848

Centro de Saúde Dr. Rui Adriano de Freitas

Nazaré

CONSULTA DE ENFERMAGEM

SAÚDE INFANTIL E JUVENIL



### Idades recomendadas para a consulta

#### Primeiro ano de vida

- 1ª semana de vida - 1º mês de vida
- 2 meses - 4 meses
- 6 meses - 9 meses

#### De 1 a 3 anos

- 12 meses - 15 meses
- 18 meses - 2 anos
- 3 anos

#### Dos 4 aos 9 anos

- 4 anos - 5 anos
- 6 ou 7 anos (final 1º ano de escolaridade)
- 8 anos

#### Dos 10 aos 18 anos

- 10 anos (antes do início do ensino básico)
- 12 ou 13 anos - 15 ou 18 anos

A criança ou jovem pode procurar uma consulta por vários motivos, em qualquer idade além destas recomendadas!

### Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil

Oferecemos cuidados especializados ao longo do desenvolvimento e crescimento da criança:

- ✓ Promover cuidados adequados ao recém-nascido
- ✓ Possibilitar a consulta no domicílio após o parto
- ✓ Realizar Teste do Pezinho
- ✓ Apoiar na amamentação
- ✓ Aconselhar sobre cuidados ao cordão umbilical e pele
- ✓ Facilitar a compreensão de comportamentos do bebé/criança/jovem
- ✓ Apoiar o papel de Mãe e Pai
- ✓ Avaliar continuamente o desenvolvimento da criança (peso, estatura, perímetro cefálico, aprendizagens, mobilidade)
- ✓ Oferecer curso de Massagem Infantil
- ✓ Aplicar escala de avaliação do desenvolvimento – Growing Skills II - nas idades chave: 0M, 1M, 3M, 6M, 8M, 10M, 12M, 15M, 18M, 24M, 30M, 36M, 48M e 60 M
- ✓ Aconselhar na diversificação alimentar 1º ano
- ✓ Aconselhar atividades/brincadeiras adequadas à idade da criança
- ✓ Discutir estratégias para o desfralde

- ✓ Acompanhar períodos pós-hospitalização
- ✓ Promover saúde oral na criança/jovem
- ✓ Promover hábitos de vida saudáveis (alimentação, atividade física)
- ✓ Oferecer sessões de formação (cólicas, febre, lavagem do nariz, sono adequado à idade, prevenção de acidentes)
- ✓ Aplicar o Programa Nacional de Vacinação
- ✓ Detetar comportamentos aditivos e dependências no jovem
- ✓ Educar para a sexualidade e afetos
- ✓ Sensibilizar sobre tempo de ecrã
- ✓ Identificar precocemente situações de necessidade especial
- ✓ Referenciar para a especialidade médica situações específicas
- ✓ Promover saúde escolar

A Parceria de Cuidados entre os pais e os profissionais de saúde é a chave para um desenvolvimento saudável e adequado da criança!

## APÊNDICE F – DESCRIÇÃO DOS ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Tabela 1 – Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa da literatura

Título do Artigo	País do Estudo	Tipo de Estudo	Objetivo do Estudo	Considerações	Componentes inerentes à parceria de cuidados
Parents' and nurses' experiences of partnership in neonatal intensive care units: a qualitative review and meta-synthesis <sup>(1)</sup>	Dinamarca	Estudo de Revisão sistemática com meta-síntese	Explorar de que forma os pais e enfermeiros experienciam a parceria de cuidados numa UCIN e identificar barreiras e facilitadores para uma parceria de cuidados com sucesso.	Uma parceria de cuidados entre enfermeiros e pais com sucesso pode ser alcançada, através da cocriação de conhecimento mútuo e desenvolvimento de competências e negociação de papéis. Existem vários facilitadores e barreiras para a parceria de cuidados. Os enfermeiros de uma UCIN estão numa posição de poder, mas conseguem mudar a cultura estando conscientes do que parece facilitar ou atuar enquanto barreira para a parceria com os pais. A parceria é um processo dinâmico que evolui ao longo do tempo. Os enfermeiros têm o poder de reduzir e eliminar as muitas barreiras que inibem a parceria de cuidados com os pais de prematuros em UCIN.	<p><u>Aos enfermeiros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolher os pais;</li> <li>- Confiar nas capacidades dos pais;</li> <li>- Respeitar os pais;</li> <li>- Reconhecer o papel de pai/mãe;</li> <li>- Conhecer a família;</li> <li>- Ter competências de comunicação;</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados;</li> <li>- Envolver os pais nas tomadas de decisão;</li> <li>- Promover a ligação com o filho;</li> <li>- Ensinar os pais;</li> <li>- Negociar papéis;</li> <li>- Estar disponível para os pais;</li> <li>- Orientar os pais durante os cuidados;</li> <li>- Cuidar do neonato com empatia e carinho;</li> <li>- Autoconfiança nas suas competências;</li> <li>- Capacidade de gestão de tarefas;</li> </ul> <p><u>Aos pais:</u></p>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentirem-se acolhidos enquanto pai/mãe;</li> <li>- Sentirem respeito e compreensão pelos enfermeiros;</li> <li>- Serem encorajados a cuidar;</li> <li>- Sentirem-se apoiados pelos enfermeiros, durante todo o internamento;</li> <li>- Respeitar o cuidado e as orientações pelo enfermeiro;</li> </ul> <p><u>À instituição:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método de trabalho por Enfermeiro responsável;</li> <li>- Providenciar apoio psicológico aos pais e aos enfermeiros;</li> <li>- Criar condições físicas que permita a privacidade entre a família e o neonato;</li> <li>- Providenciar formação contínua aos enfermeiros;</li> <li>- Garantir rácio enfermeiro-neonato recomendado.</li> </ul>
<p>A family-centered “visitation” policy in the neonatal intensive care unit that welcomes parents as partners<sup>(2)</sup></p>	<p>Estados Unidos da América</p> <p>Estudo revisão narrativa</p>	<p>Comparar e contrastar os componentes de uma política tradicional de visita e uma política de visita centrada na família</p>	<p>Tratar os pais como meras visitas não permite atingir os princípios dos CCF. Por outro lado, uma política de visita centrada na família, possibilita a contribuição dos pais com informações apropriadas para outros pais, permite uma colaboração na identificação</p>	<p><u>Aos enfermeiros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Respeitar os pais;</li> <li>- Encorajar os pais a participar;</li> <li>- Ter competências de comunicação;</li> <li>- Adequar linguagem aos pais;</li> <li>- Capacidade de gerir visitas;</li> <li>- Envolver os pais na tomada de decisão;</li> </ul>

<p>The effectiveness of a parent participation improvement program for parents on partnership, attachment infant growth in a neonatal intensive care unit: a randomized controlled trial<sup>(3)</sup></p>	<p>Coreia do Sul</p>	<p>Estudo controlado e randomizado</p>	<p>Desenvolver um programa de melhoria da participação parental para pais em UCIN, e avaliar os seus efeitos na parceria de cuidados entre pais e enfermeiros, na vinculação com os lactentes e no peso corporal destes últimos.</p>	<p>de sintomas e sinais de doença, possibilita os pais ajudarem os enfermeiros a desenvolver competências de comunicação. A participação dos pais é importante para o cuidado seguro e aumenta a satisfação para os pais e a equipa de saúde.</p> <p>A implementação do programa (Parents Participation Improvement Program), segundo o modelo de King, provou sere eficaz no aumento da parceria entre os pais com os enfermeiros, e a ligação com os seus filhos. (Os resultados são expectáveis de facilitar mais eficazmente a participação parental em cuidados neonatais.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolver os pais nos cuidados;</li> </ul> <p><u>À instituição:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Política de visita sem restrições temporais;</li> <li>- Permitir visita de irmãos (independentemente da idade) e família;</li> <li>- Criar condições físicas que permita a privacidade entre a família e o neonato;</li> <li>- Providenciar apoio psicossocial aos enfermeiros;</li> <li>- Providenciar formação contínua sobre os CCF aos enfermeiros;</li> <li>- Providenciar apoio psicossocial aos pais.</li> </ul> <p><u>Para os enfermeiros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar os pais a participar;</li> <li>- Elogiar os pais;</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados;</li> <li>- Identificar e prevenir barreiras à parceria de cuidados;</li> <li>- Estabelecer objetivos com os pais nos cuidados;</li> <li>- Envolver os pais na tomada de decisão;</li> <li>- Negociar papéis;</li> </ul> <p><u>Para os pais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentirem-se envolvidos nos cuidados;</li> </ul>
--	----------------------	--	--	--	---

<p>Factors influencing neonatal intensive care unit nurses' parent partnership development<sup>(4)</sup></p>	<p>Coreia do Sul</p> <p>Estudo descritivo correlacional</p>	<p>Identificar os fatores que influenciam o desenvolvimento da parceria de cuidados dos enfermeiros com os pais de neonatos de alto risco em UCIN, baseado na teoria de King da interação dos sistemas.</p>	<p>Os fatores avaliados no estudo (o <i>empowerment</i>, a inteligência emocional, a comunicação centrada na pessoa e as competências interpessoais dos profissionais, competências de cuidados centrados no neuro desenvolvimento e ambiente de trabalho) influenciaram a parceria.</p>	<p><u>Para a instituição:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Providenciar formação contínua aos enfermeiros;</li> </ul> <p><u>Aos enfermeiros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar o <i>Empowerment</i>;</li> <li>- Desenvolver Inteligência emocional;</li> <li>- Capacidade de desenvolver competências profissionais e interpessoais;</li> <li>- Reconhecer importância dos CCF;</li> <li>- Ter competências de comunicação;</li> <li>- Capacidade de relacionar-se com os outros;</li> </ul> <p><u>À instituição:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encorajar os enfermeiros a adotar uma mentalidade positiva na participação dos pais nos cuidados.</li> </ul>
<p>Close collaboration with parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: a pre-post study<sup>(5)</sup></p>	<p>Finlândia</p> <p>Estudo de métodos mistos (pré e pós intervenção)</p>	<p>Avaliar os efeitos do programa de treino na qualidade dos CCF em oito UCIN na Finlândia, nas perspetivas tanto dos pais como da equipa de saúde.</p>	<p>A intervenção educativa (Close Collaboration with Parents) aumentou a qualidade dos CCF e permitiu uma parceria mútua entre os pais e os profissionais de saúde.</p>	<p><u>Aos enfermeiros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a família;</li> <li>- Permitir a privacidade entre os pais e o filho;</li> <li>- Envolver pais nos cuidados;</li> <li>- Atualizar plano de cuidados e planear o regresso a casa, segundo necessidades;</li> <li>- Confiar nas capacidades dos pais;</li> </ul>

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Envolver os pais na tomada de decisão;</li> <li>- Ter competências de comunicação;</li> <li>- Ensinar os pais;</li> </ul> <p><u>Aos pais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilidade para os cuidados;</li> </ul> <p><u>À instituição:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método de trabalho por Enfermeiro responsável;</li> <li>- Política de visita sem restrições temporais;</li> <li>- Permitir visita dos irmãos;</li> </ul>
<p>Parent and interdisciplinary professional perceptions of family-centered care in Thai NICU: a qualitative study<sup>(7)</sup></p>	<p>Tailândia</p> <p>Estudo exploratório de abordagem qualitativa</p>	<p>Identificar a percepção dos pais e dos profissionais de saúde sobre os CCF e descrever as oportunidades para melhorar os CCF numa UCIN na Tailândia</p>	<p>Os profissionais de saúde aceitam que os CCF são necessários para a prática clínica, reconhecendo a necessidade do respeito, colaboração e suporte para a sua implementação. Os pais sentem ser principalmente visitas, e que os profissionais de saúde deviam focar-se nas necessidades individuais da família. Contudo, os profissionais consideram alguns desafios no contexto das UCIN na Tailândia, devido ao sistema de saúde, a falta de</p>	<p><u>Aos enfermeiros:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhecer a família;</li> <li>- Adequar os cuidados ao nível de prontidão de cada família;</li> <li>- Envolver os pais nos cuidados;</li> <li>- Estar disponível para os pais;</li> <li>- Respeito pelos pais;</li> <li>- Envolver na tomada de decisão;</li> <li>- Encorajar participação dos pais;</li> <li>- Adequar linguagem;</li> <li>- Transmitir informação verdadeira;</li> <li>- Motivação para a mudança;</li> </ul> <p><u>Aos pais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sentirem-se respeitados;</li> </ul>

prontidão da família para a parceria ativa, e que o envolvimento dos pais seja um obstáculo aos cuidados neonatais.

- Sentirem ser reconhecidos enquanto pais;
- Sentirem-se acolhidos;
- Sentirem confiança nos cuidados dos enfermeiros;
- Poderem conversar com os enfermeiros.

À instituição:

- Garantir condições laborais;
- Política de visita sem restrições temporais;

## APÊNDICE G – DOMÍNIOS E SEUS COMPONENTES INERENTES À PARCERIA DE CUIDADOS ENTRE PAIS E ENFERMEIROS

Tabela 2 – Domínios e seus componentes inerentes à parceria de cuidados entre pais e enfermeiros

Instituição	Enfermeiro	Pais
<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Adotar método de trabalho Enfermeiro responsável <sup>(1,5)</sup></li> <li>→ Garantir condições de espaço físico para a privacidade entre pais/filhos <sup>(1,2)</sup></li> <li>→ Política de visita sem restrições temporais <sup>(2,5,6)</sup></li> <li>→ Permitir visita dos irmãos e família <sup>(2,5)</sup></li> <li>→ Realizar formação contínua aos enfermeiros <sup>(1,2,3,5)</sup></li> <li>→ Providenciar suporte psicossocial aos enfermeiros <sup>(1,2)</sup></li> <li>→ Providenciar apoio psicossocial aos pais <sup>(1,2)</sup></li> <li>→ Encorajar os enfermeiros à mentalidade positiva e participação parental <sup>(4)</sup></li> <li>→ Garantir os rácios enfermeiro/neonato recomendado <sup>(1)</sup></li> </ul>	<p>Em relação aos pais (19):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>→ Acolher os pais <sup>(1)</sup></li> <li>→ Reconhecer o papel de pai/mãe <sup>(1)</sup></li> <li>→ Promover a ligação/vinculação <sup>(1)</sup></li> <li>→ Conhecer a família <sup>(1,5,6)</sup></li> <li>→ Estar disponível para os pais <sup>(1,6)</sup></li> <li>→ Respeitar os pais <sup>(1,2,6)</sup></li> <li>→ Envolver os pais na tomada de decisão <sup>(1,2,5,6)</sup></li> <li>→ Envolver os pais nos cuidados <sup>(1,2,3,5,6)</sup></li> <li>→ Encorajar os pais <sup>(2,3,6)</sup></li> <li>→ Elogiar os pais <sup>(3)</sup></li> <li>→ Adequar os cuidados ao nível de prontidão de cada família <sup>(6)</sup></li> <li>→ Adequar a linguagem aos pais <sup>(2,6)</sup></li> <li>→ Providenciar informação verdadeira <sup>(6)</sup></li> <li>→ Confiar nas capacidades dos pais <sup>(1,5)</sup></li> <li>→ Negociar papéis com os pais <sup>(1,3)</sup></li> <li>→ Ensinar os pais <sup>(1,5)</sup></li> <li>→ Orientar os pais durante a prestação dos cuidados <sup>(1)</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ Estarem disponíveis para os cuidados <sup>(5)</sup></li> <li>→ Sentirem-se envolvidos <sup>(3)</sup></li> <li>→ Sentirem-se acolhidos enquanto pai/mãe <sup>(1,6)</sup></li> <li>→ Sentirem-se reconhecidos enquanto pais <sup>(6)</sup></li> <li>→ Sentirem-se respeitados e compreendidos <sup>(1,6)</sup></li> <li>→ Sentirem-se apoiados pelo enfermeiro durante todo o internamento <sup>(1)</sup></li> <li>→ Serem encorajados pelos enfermeiros a cuidar <sup>(1)</sup></li> <li>→ Sentirem que podem conversar com os enfermeiros <sup>(6)</sup></li> <li>→ Respeitar os cuidados e as orientações do enfermeiro <sup>(1)</sup></li> <li>→ Sentirem confiança nos cuidados dos enfermeiros <sup>(6)</sup></li> </ul>

<p>→ Garantir condições laborais <sup>(6)</sup></p>	<p>→ Promover privacidade entre pais e neonato <sup>(5)</sup>                  → Cuidar do neonato com empatia e carinho <sup>(1)</sup>                  Em relação aos enfermeiros (11):                  → Ter motivação para a mudança <sup>(6)</sup>                  → Reconhecer importância dos CCF <sup>(4)</sup>                  → Identificar e prevenir barreiras à parceria de cuidados <sup>(3)</sup>                  → Ter competências de comunicação <sup>(1,2,4,5)</sup>                  → Ter autoconfiança nas suas competências <sup>(1)</sup>                  → Ter capacidade de gestão de tarefas <sup>(1)</sup>                  → Ter capacidade de gerir visitar <sup>(2)</sup>                  → Melhorar o <i>empowerment</i> <sup>(4)</sup>                  → Desenvolver inteligência emocional <sup>(4)</sup>                  → Capacidade de desenvolver competências profissionais e interpessoais <sup>(4)</sup>                  → Atualizar plano de cuidados e alta <sup>(5)</sup></p>	
---	--	--