

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

**DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE  
INFANTIL E PEDIÁTRICA:  
Capacitação Parental no Cuidar do Lactente com  
Febre**

**Lucrecia José Silva Abreu**

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

**Funchal,**

**2023**

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

**DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO  
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE  
INFANTIL E PEDIÁTRICA:**

**Capacitação Parental no Cuidar do Lactente com Febre**

**Lucrecia José Silva Abreu**

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

**Orientação: Professora Especialista do Ensino Superior Politécnico**

**Maria Olívia Sousa de Freitas Barcelos**

**Coorientação: Professora Mestre Cláudia Sofia Freitas Fernandes**

**Funchal,**

**2023**

“Grande é a poesia, a bondade e as danças...  
Mas o melhor do mundo são as crianças (...).”

Fernando Pessoa, *in* *Liberdade* (1995)

À minha, para sempre, avó Maria.

## AGRADECIMENTOS

Ao longo desta caminhada, inúmeros foram os obstáculos encontrados, superados... Pedras? Sim, coleccionei-as e edifiquei um castelo. Naturalmente, com o auxílio precioso de diversas pessoas que tornaram, este meu percurso, algo mais ténue.

Aqui, expresso o meu profundo agradecimento.

À minha orientadora, Professora Olívia Barcelos, por todas as orientações, ensinamentos, presença assídua e apoio.

À minha coorientadora, Enfermeira Mestre Cláudia Fernandes, pelo incentivo, constante disponibilidade e sabedoria.

Aos enfermeiros, colegas que, nesta jornada, me acompanharam e àqueles com quem tive o privilégio de privar. Atendendo à exímia sabedoria, bagagem transmitida e elevada disponibilidade.

Às instituições que tão bem me acolheram, particularmente o Hospital Dr. Nélio Mendonça, nomeadamente Serviço de Urgência Pediátrica e Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, atualmente designada por Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica. Ao Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, Serviço de Pediatria, e ao Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso, especificamente ao Serviço de Cirurgia Pediátrica. Ao Centro de Desenvolvimento da Criança e, por último, Centro de Saúde do Bom Jesus.

Às crianças/jovens e respetivas famílias que por mim passaram e parte delas deixaram. De modo involuntário, inconscientemente até, por me fazerem acreditar que, sim, valeria a pena.

À minha família por tudo, desde a presença ao encorajamento, não descurando o tempo negligenciado, em prol do meu crescimento pessoal e profissional.

Às estrelas lá do alto que me seguem...

Às minhas amigas por estarem lá, sempre.

A palavra de ordem é gratidão!

## RESUMO

O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no domínio de intervenção, possui inúmeras competências comuns, específicas e de Mestre, continuamente, adquiridas e desenvolvidas, nos distintos contextos da prática clínica. À luz de uma visão crítico-reflexiva e fundamentadas em evidência científica, foram descritas e analisadas as atividades e experiências vivenciadas que contribuíram para a consecução de tais competências.

Aquando da prestação de cuidados, transversal aos vários contextos, identificou-se uma inquietação dos pais/cuidadores relativa ao lactente com febre. Na qualidade de futura especialista, motivou a necessidade de aprofundar conhecimentos para uma intervenção adequada. A febre constitui um motivo de grande preocupação e os pais/cuidadores com medo ou desconhecimento, de forma excessiva, recorrem aos recursos disponíveis, frequentemente, saturando-os.

No decorrer da intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, há todo um processo de capacitação, importa prover o cuidador dos conhecimentos adequados, valores de referência, locais de avaliação, terapêutica a instituir, bem como os sinais de alarme que, efetivamente, motivem observação médica. Nos distintos contextos da prática, atendendo à proximidade com o lactente/família e às suas competências específicas para a capacitar, possui uma intervenção basilar, na gestão do quadro febril. Naturalmente, sem descurar a primordialidade dos Cuidados Centrados na Família e o papel, igualmente, preponderante da Parceria de Cuidados.

No âmbito da capacitação parental, objetivando o aprofundar de conhecimentos, competências e intervenções, desenvolveu-se uma Revisão Integrativa da Literatura, antevendo a transposição para a Prática Baseada em Evidências. Neste sentido, identificaram-se as intervenções educativas, passíveis de implementação pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares, com o intuito de capacitar os pais/cuidadores no cuidar do lactente com febre. Deste modo, em ambos os contextos, salienta-se a categorização definida, desde o formato em papel, digital até à comunicação verbal direta.

**Palavras-chave:** Enfermagem Pediátrica; Competências; Capacitação Parental; Lactente; Febre.

## **ABSTRACT**

The Specialist Nurse in Pediatric Child Health, in the field of intervention, has numerous common, specific and Master's skills, continuously acquired and developed, in the different contexts of clinical practice. In the light of a critical-reflexive vision and based on scientific evidence, the activities and experiences that contributed to the achievement of such skills were described and analyzed.

When providing care, across the various contexts, a concern of parents/caregivers regarding the infant with fever is identified. As a future specialist, motivated the need to deepen knowledge for an adequate intervention. Fever is a cause of great concern and parents/caregivers with fear or unknowledge, excessively, resort to the available resources, often saturating them.

During the intervention of the Specialist Nurse in Pediatric Child Health, there is an entire training process, it is important to provide the caregiver with adequate knowledge, reference values, assessment sites, therapy to be instituted, as well as the alarm signals that, effectively, require medical observation. In the different contexts of practice, given the proximity to the infant/family and their specific skills to train them, it has a fundamental intervention in the management of the fever. Naturally, without neglecting the primordially of Family-Centered Care and the equally predominant role of the Care Partnership.

Within the scope of parental training, aiming to deepen knowledge, skills and interventions, an Integrative Literature Review was developed, anticipating the transposition to Evidence-Based Practice. In this sense, educational interventions were identified, capable of being implemented by the Specialist Nurse in Pediatric Child Health, in Primary and Hospital Health Care, with the aim of training parents/caregivers in caring for infants with fever. Therefore, in both contexts, the defined categorization stands out, from paper and digital formats to direct verbal communication.

**Keywords:** Pediatric Nursing; Skills; Parental Training; Infant; Fever.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSA – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía

B-on – Biblioteca do Conhecimento Online

CCF – Cuidados Centrados na Família

CD – Código Deontológico

CHUSJ – Centro Hospitalar Universitário de São João

CINAHL® – Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CMIN – Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso

CPCJ – Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

EBSCO – Business Source Complete

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

ESESJCluny – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESSSM – Escola Superior de Saúde de Santa Maria

ICN – International Council of Nurses

IPO – Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil

JBI – Joanna Briggs Institute

MEDLINE® – Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

MeSH – Medical Subject Headings

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBE – Prática Baseada em Evidências

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RAM – Região Autónoma da Madeira

RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SMINP – Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA</b> .....	<b>15</b>
1.1. Competências Comuns .....	16
1.2. Competências Específicas .....	37
1.3. Competências de Mestre .....	68
<b>2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA</b> .....	<b>71</b>
2.1. Enquadramento Conceptual.....	71
2.2. Metodologia.....	75
2.3. Resultados .....	79
2.4. Discussão .....	82
2.5. Considerações Finais .....	88
<b>3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO</b> .....	<b>90</b>
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>92</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>95</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>i</b>
<b>APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS 2022/2023</b> .....	<b>ii</b>
<b>APÊNDICE B – SESSÃO FORMATIVA: PLANEAMENTO</b> .....	<b>iii</b>
<b>APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO “FEBRE NA CRIANÇA”</b> .....	<b>xi</b>
<b>APÊNDICE D – FOLHETO “FEBRE NA CRIANÇA”</b> .....	<b>xv</b>
<b>APÊNDICE E – DESCRITORES E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES</b> .....	<b>xvi</b>
<b>APÊNDICE F – ESTRATÉGIA DE PESQUISA</b> .....	<b>xviii</b>
<b>APÊNDICE G – INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS ANALISADOS</b> .....	<b>xxi</b>
<b>APÊNDICE H – ARTIGO DESENVOLVIDO PARA PUBLICAÇÃO</b> .....	<b>xxvi</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>xliii</b>

<b>ANEXO A – CERTIFICADO: “CUIDADOS EM FIM DE VIDA: OS DESAFIOS NA NEONATOLOGIA”</b> .....	<b>xliv</b>
<b>ANEXO B – QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “FEBRE NA CRIANÇA”</b> .....	<b>xlv</b>
<b>ANEXO C – I CONGRESSO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA R. A. MADEIRA</b> .....	<b>xlvi</b>
<b>ANEXO D – I JORNADAS DO BEBÉ E DA CRIANÇA: PREVENÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA</b> .....	<b>xlvii</b>
<b>ANEXO E – WORKSHOP: DESENGASGAMENTO NO BEBÉ: SEGURANÇA DO BEBÉ À MESA</b> .....	<b>xlviii</b>
<b>ANEXO F – CERTIFICADO: FORMAÇÃO DE INSTRUTORES DE MASSAGEM INFANTIL</b> .....	<b>xlix</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma PRISMA .....	78
Figura 2 – Instrumento à extração de dados dos artigos incluídos.....	79
Figura 3 – Categorização das intervenções educativas .....	81

## **INTRODUÇÃO**

No âmbito da unidade curricular Módulo IV – Relatório, lecionada no segundo ano do II Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, referente ao primeiro semestre, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJCluny) em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), foi proposta a realização deste Relatório, onde evidenciasse o processo de aquisição e desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), particularmente no domínio de interesse.

A orientação ficou a cargo da Professora Especialista do Ensino Superior Politécnico Maria Olívia Sousa de Freitas Barcelos com coorientação da Enfermeira Mestre Cláudia Sofia Freitas Fernandes, intitulando-se por “Desenvolvimento das Competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: Capacitação Parental no Cuidar do Lactente com Febre”.

Os estágios realizaram-se em diversos contextos da prática clínica, no período compreendido entre novembro de 2022 e abril de 2023, tal como se evidencia no Apêndice A. Primeiramente, a unidade curricular Estágio de Pediatria em Urgências Pediátricas, iniciou-se pelo Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), no Hospital Dr. Nélio Mendonça. Seguido pelo Estágio de Pediatria em Neonatologia, realizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, atualmente designada por Serviço de Medicina Intensiva Neonatal e Pediátrica (SMINP) do referido hospital.

Seguidamente, o Estágio de Pediatria em unidades de internamento, desenvolveu-se no Serviço de Pediatria do Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil (IPO) e, por sua vez, o Estágio de Pediatria em unidades de Cirurgia, realizou-se no Serviço de Cirurgia Pediátrica do Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso (CMIN).

Posteriormente, o Estágio em Centros de Desenvolvimento e unidades de apoio à criança, ocorreu no Centro de Desenvolvimento da Criança, alocado no Centro de Saúde de Santo António. Por fim, o Estágio de Saúde Infantil na comunidade, desenvolveu-se no Centro de Saúde do Bom Jesus, secção afeta a três freguesias.

No domínio da Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), a prestação de cuidados à criança, jovem e família garante uma combinação ímpar de desafios e

oportunidades. Nos variados contextos profissionais, o EESIP torna-se num recurso essencial às crianças/jovens e famílias, perante situações de saúde ou doença. Deste modo, os cuidados de enfermagem possuem dois conceitos, frequentemente, associados, nomeadamente os Cuidados Centrados na Família (CCF) e a Parceria de Cuidados. Na ótica de que os pais/cuidadores são os melhores prestadores de cuidados, a relação de parceria assenta na articulação equitativa, dinâmica e flexível (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

À luz do Regulamento n.º 351/2015, é impreterível a capacitação parental, no presente Relatório considerada para pais/cuidadores, e a disponibilização do suporte necessário, tendo em vista a aquisição de competências, na gestão eficiente dos cuidados à criança/jovem.

De acordo com a Orientação n.º 005/2018, a febre, atendendo à sua frequência, em idade pediátrica, particularmente nos lactentes, constitui um dos focos de atenção do EESIP. No domínio da educação para a saúde, as intervenções direcionadas aos pais/cuidadores conduzem ao incremento de conhecimentos e competências, ao cuidar do lactente, diminuindo a ansiedade e recorrência excessiva aos serviços de saúde.

O ensino clínico possibilita a aquisição e desenvolvimento de saberes que não são passíveis de transmissão, em contexto teórico, assumindo-se como um complemento (Carmo, 2015).

Os objetivos constituem guias orientadores para a aquisição e progresso de diversas competências, imprescindíveis ao EESIP. Deste modo, salientam-se três objetivos ao desenvolvimento do Relatório, nomeadamente Descrever, à luz de uma visão crítico-reflexiva, a aquisição e desenvolvimento das competências do EESIP, comuns, específicas e de Mestre, nos diferentes contextos da prática clínica; Aprofundar conhecimentos e estratégias de intervenção, enquanto EESIP, no domínio da capacitação parental ao lactente com febre; Identificar as intervenções educativas do EESIP, descritas na literatura, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e hospitalares, tendo em vista a capacitação parental no cuidar do lactente com febre.

A estruturação seguirá o Guia de Elaboração de Trabalhos Académicos: Síntese de Orientações, pertencente à ESESJCluny (2020), em concordância com as normas American Psychological Association (2019). Atendendo à sequência lógica, é constituído por três capítulos, divididos em subcapítulos. Primeiramente, expõe-se as competências inerentes ao EESIP, designadamente as comuns, específicas e de Mestre e o respetivo desenvolvimento, ao longo dos contextos clínicos. De seguida, o segundo capítulo

explora a Revisão Integrativa da Literatura, no que toca à pertinência da temática e às diversas fases implicadas, desde a metodologia às considerações finais. Por fim, o terceiro e último capítulo, aborda a proposta de intervenção, na perspetiva do EESIP.

A metodologia adotada foi a descritiva, à luz da visão crítico-reflexiva, assente nos referenciais norteadores da profissão e, devidamente, sustentada em evidência científica. Os recursos utilizados consistiram em bibliografias afetas à unidade curricular e, outras, pertencentes à Biblioteca Madalena Lacerda da ESESJCluny. Além disso, com o intuito de complementar a pesquisa, recorreu-se a documentos presentes em plataformas fidedignas, nomeadamente Business Source Complete (EBSCOhost<sup>®</sup>), especificamente às bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature Complete (CINAHL<sup>®</sup>), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online Complete (MEDLINE<sup>®</sup>), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Library, Information, Science & Technology Abstracts. Por último, também se recorreu à PubMed<sup>®</sup>, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e Biblioteca do Conhecimento Online (B-on).

Finalmente, tendo em vista o enriquecimento de toda a abordagem, importa frisar o contributo da experiência pessoal, diálogos com a orientadora e coorientadora, enfermeiros tutores, demais colegas, todas as crianças e famílias que, direta ou indiretamente, prestaram o seu valioso contributo.

## **1. COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

Na atualidade, à luz do Regulamento n.º 140/2019, os cuidados de enfermagem ditam uma maior exigência, do ponto de vista técnico-científico, evidenciando-se ao nível da crescente diferenciação e especialização. Ao enfermeiro especialista, nas respetivas áreas de especialidade, é reconhecida a competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados especializados.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, a especialidade em ESIP possui um espaço de intervenção numa fase de extrema importância do ciclo vital, a qual compreende o período desde o nascimento até aos 18 anos de idade, desde que a transição para a vida adulta se dê com sucesso.

O EESIP, segundo o Regulamento n.º 351/2015, num nível avançado, presta cuidados com segurança e competência, à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, bem como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. Neste sentido, perspetiva a promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação, considerando os princípios de proximidade, parceria, capacitação e direitos humanos. Na primazia, permanentemente, pela abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

Neste sentido, na ótica do Regulamento n.º 422/2018, faz uso de um modelo conceptual, centrado na criança e família, assumindo o binómio como beneficiário dos seus cuidados. Atendendo ao fomentar do mais elevado estado de saúde possível, trabalha, em parceria, com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto onde se encontrem, desde hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, cuidados continuados, instituições de acolhimento e domicílio.

Dada a importância dos diversos contextos da prática clínica e distintas abordagens, o ensino clínico constitui um período fundamental, na formação, para o desenvolvimento de capacidades, competências e atitudes profissionais. Período, esse, que permite a vivência de experiências e a transposição de conhecimentos e saberes teóricos especializados, assimilados para a prática (Carmo, 2015).

Deste modo, segue-se a descrição, nos próximos subcapítulos, da aquisição, bem como o desenvolvimento das competências comuns, específicas e de Mestre, inerentes ao EESIP, nos diferentes contextos da prática clínica.

### **1.1. Competências Comuns**

As competências comuns, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, são transversais aos enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialidade. No âmbito da formação, investigação e assessoria, espelham-se na elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, por meio de um suporte eficiente ao exercício profissional especializado.

Ainda assim, sucintamente, assentam na educação, orientação, liderança, aconselhamento e responsabilidade em interpretar, difundir e efetivar investigação pertinente, possibilitando a melhoria contínua da prática. No seguimento, salientam-se os quatro domínios das competências comuns, respetivas unidades de competência e critérios de avaliação, nomeadamente Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão dos cuidados; Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No domínio da **Responsabilidade profissional, ética e legal**, segundo o Regulamento n.º 140/2019, na área de especialidade, o enfermeiro desenvolve uma prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, princípios éticos e deontologia profissional. Neste sentido, demonstra um exercício seguro, profissional e ético com recurso à tomada de decisão ética e deontológica. Tal competência assenta num corpo de conhecimento ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e, ainda, nas preferências do cliente.

O desenvolvimento da enfermagem deu-se a diversos níveis, enaltecendo-se a compreensão da responsabilidade ética e deontológica dos profissionais. À luz da Lei n.º 156/2015, na ótica do Código Deontológico (CD), artigo 100.º – Dos deveres deontológicos em geral, ponto 1, alínea “c”, o enfermeiro assume o dever de defender a pessoa humana das práticas que contrariem a lei, a ética ou o bem comum.

Na abordagem à criança/jovem e família, o especialista depara-se com múltiplos casos geradores de problemas e dilemas éticos. No cuidar em enfermagem, um problema ético consiste numa situação de difícil resolução que, através da reflexão ética, é solucionado, obtendo uma resposta aceitável, assente nos valores profissionais, princípios éticos e deveres deontológicos. Por outro lado, um dilema ético resulta de uma situação

que, aparentemente, não tem solução, eticamente correta ou moralmente aceita, dado o comprometimento de princípios e valores. Deste modo, podem existir duas ou mais opções, no entanto, na ética e deontologia, nenhuma é a ideal (Deodato, 2014).

Nesta linha de pensamento, o modo como o problema é analisado depende dos fatores que o desencadearam, dos indivíduos envolvidos na tomada de decisão e do contexto onde ocorre. Assim, o processo de tomada de decisão constitui uma ferramenta crucial à resolução de problemas.

Em concordância com o Regulamento n.º 140/2019, de forma fundamentada, o enfermeiro analisa e seleciona as respostas mais convenientes, a partir de um vasto leque de opções com que, no seu exercício profissional, se depara. Tal exigência demanda competências para a tomada de decisão ética, alicerçada em fundamentos de cariz ético, deontológico e jurídico, bem como da experiência profissional adquirida. Naturalmente, o pensamento crítico é uma das competências cruciais à tomada de decisão, repercutindo-se na segurança e qualidade dos cuidados prestados (Luiz et al., 2020).

Ao longo de toda a prática, nos diversos contextos de estágio, continuamente, demonstrou-se um exercício seguro, profissional e ético. Desde o momento inicial, manteve-se uma atitude de empenho, respeito e zelo pelos valores da profissão e da Escola Superior que se representa. Atendendo ao respeito pela conduta e fardamento, foram cumpridas as regras vigentes no código interno de Estágios/Ensinos Clínicos da ESESJCluny.

Em equipa, imperou a tomada de decisão assente na experiência e evidência científica de qualidade, segundo os princípios, valores e normas deontológicas, tendo em vista a avaliação sistemática das melhores práticas e preferências da criança/jovem e família. Permanentemente, construindo estratégias de resolução de problemas, em parceria, com a criança/jovem e família/cuidador, à luz dos princípios bioéticos, tais como a autonomia, justiça, beneficência e, por sua vez, não-maleficência.

A título de exemplo, salienta-se o estágio no SUP, onde surgiram alguns procedimentos que, na minha prática profissional, não eram habituais e sentiu-se necessidade de reavivar conhecimentos. Assim que fosse possível, fundamentava-se em evidência científica de qualidade e, sempre, com sentido crítico-reflexivo. A administração do Hidrato de Cloral para realização de um exame complementar de diagnóstico e a lavagem gástrica foram dois desses exemplos, salientando que, este último, ainda não tinha sido experienciado, na área pediátrica.

Atendendo ao elevado sentido de organização e atitude proativa, a estratégia de fundamentar, sempre que se justificou, tornou-se numa mais valia, aquando do surgimento dos procedimentos. Igualmente, no sentido crítico-reflexivo, a redação dos Relatórios de Progresso, Estudos de Caso e Reflexões Críticas constituíram momentos fulcrais. Associada à realização, emerge a reflexão sobre todo o percurso e a consolidação de conhecimentos e competências. De igual modo, a redação do presente Relatório compreende um período de nova reflexão, numa ótica transversal de toda a trajetória, atividades experienciadas e desenvolvimento, bem como aquisição de todas as competências inerentes à especialidade.

O enfermeiro especialista, como referido no Regulamento n.º 140/2019, garante práticas de cuidados com respeito pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais. Nas situações específicas de cuidados especializados, analisa e interpreta-as, gerindo aquelas, potencialmente, comprometedoras.

Segundo o CD, na Lei n.º 156/2015, no seu exercício, pautado pelo artigo 102.º – Dos valores humanos, o enfermeiro observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo ou grupos e assume o dever de cuidar da pessoa, sem discriminação de natureza económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa. Além disso, importa proteger os vulneráveis e, impreterivelmente, respeitar a integridade pessoal.

A criança/jovem, em concordância com o Regulamento n.º 351/2015, constitui um centro de processos interrelacionais, resultante do direito à liberdade de expressão, autodeterminação e respeito pela opinião do seu projeto de saúde. No que concerne à Lei n.º 156/2015, artigo 105.º – Do dever de informação, na primazia pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro deve informar o indivíduo e família, relativamente aos cuidados de enfermagem, bem como respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado.

A título de exemplificação, nos CSP, ao longo das consultas, evidenciou-se o elevado número de pessoas imigradas com as quais houve oportunidade de intervir. Particularmente sobre a Vacinação, frequentemente, as crianças não possuíam qualquer vacina do país de origem. Neste sentido, as famílias eram informadas sobre o Programa Nacional de Vacinação, da sua recomendação, frisando a respetiva importância. As famílias obtinham todas as informações necessárias e recusavam ser vacinadas, sendo respeitado tal direito.

De acordo com a mesma Lei, em relação ao dever de sigilo, artigo 106.º, ponto 1, o profissional assegura segredo profissional e, qualquer que seja a fonte, adota o dever

de considerar confidencial toda a informação obtida. Continuamente, no contexto da prática clínica, privilegiou-se o sigilo profissional, confidencialidade e segurança da informação, em formato digital, papel ou verbal. Além disso, sempre que se abandonava o computador, a sessão era suspensa para impedir os olhares indiscretos.

No que toca ao respeito pela intimidade da criança/jovem e família, destaca-se o artigo 107.º – Do respeito pela intimidade, alínea “b”, atestando a salvaguarda da privacidade e intimidade, tanto no exercício, como na supervisão das tarefas delegadas. Naturalmente, transversal aos estágios, foi assegurado tal respeito, enaltecido nos serviços de internamento, nomeadamente com recurso aos biombos ou, por exemplo, conduzindo a criança/jovem e família até a sala de tratamentos para o procedimento necessário.

Por fim, à luz do Despacho n.º 9390/2021, relativamente à segurança, atendendo aos incidentes que, na prestação de cuidados, ocorrem, torna-se fulcral o estabelecimento de políticas e atividades que os minimizem. O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, emitido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), através do desenvolvimento e implementação de políticas de saúde, projeta evitar danos, aquando dos cuidados de saúde inseguros.

Na ótica dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, propostos pela Organização das Nações Unidas, particularmente o terceiro, projeta o acesso à saúde de qualidade e a promoção do bem-estar para todos. Assim, pretende assegurar a melhoria da saúde, onde se inclui a infantil (Instituto Nacional de Estatística, 2022).

Seguindo as orientações mundiais, a Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, presente no Despacho n.º 9390/2021, constituindo uma importante ferramenta de orientação aos profissionais, na prestação de cuidados, tendo em vista o aumento da segurança. O Plano assenta em cinco pilares, designadamente a cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança; práticas seguras em ambientes seguros. Na prática, objetiva a consolidação e promoção da segurança, sem descuidar alguns princípios, tais como a cultura de segurança, comunicação e a incessante instituição de práticas seguras em ambientes, progressivamente, mais complexos.

Face à priorização, desenvolvimento e criação de condições que possibilitem a centralidade da segurança, verificar-se-á uma maior confiança e abertura para a discussão, por parte dos profissionais e dos alvos dos cuidados. Neste sentido, prevê-se uma resposta às fragilidades do sistema e à ocorrência dos fenómenos indesejáveis.

Ao longo de toda a prática clínica, após as intervenções, sistematicamente, refletiu-se sobre o modo de atuação, escutou-se e fez-se por aproveitar todo o tipo de orientações facultadas, no sentido de aperfeiçoar o que fosse necessário ou direcionar a intervenção. De igual modo, também se partilhou o grau de satisfação, perante todo o progresso alcançado. Por tudo isto, a prática de cuidados foi orientada na conduta da segurança.

No domínio da **Melhoria contínua da qualidade**, segundo o Regulamento n.º 140/2019, o especialista garante um papel dinamizador, no desenvolvimento e suporte das iniciativas e estratégias institucionais, na área da governação clínica. Deste modo, colabora na concepção e operacionalização de projetos institucionais, no âmbito da qualidade, e integra a divulgação inerente até ao nível operacional.

Ao longo dos anos, nos cuidados de saúde, o incessante progresso conduziu, na enfermagem, à exigência da qualidade. No seguimento, verifica-se uma maior centralização, essencialmente, nas organizações de saúde, através da contínua procura pela excelência do exercício e em resposta às exigências diárias.

Enquanto entidade reguladora, a Ordem dos Enfermeiros (OE) emitiu os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, presentes no Regulamento n.º 351/2015, compreendendo um alicerce crucial. Nesta linha de pensamento, visam a melhoria dos cuidados prestados, por meio da implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício, da OE e das instituições de saúde. No que concerne à ESIP, enaltece-se os seis enunciados, tais como a satisfação da criança/jovem, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, adaptação às condições de saúde e, por fim, organização dos cuidados de enfermagem.

Na satisfação da criança/jovem, o EESIP fá-lo, na procura pela excelência profissional, tendo por base a parceria de cuidados estabelecida com os pais ou pessoa significativa. De seguida, na promoção da saúde, pretende atingir o máximo potencial de saúde possível e, no que toca às complicações, previne-as. Por sua vez, no enunciado do bem-estar e autocuidado, maximiza o bem-estar e garante cuidados potenciadores das capacidades individuais. Relativamente ao processo de adaptação às condições de saúde, juntamente com a criança/jovem e família, desenvolve processos eficazes de adaptação aos respetivos problemas. Por fim, no que toca à organização dos cuidados prestados, o profissional contribui para a máxima eficácia.

O Plano Nacional de Saúde (PNS) 2021-2030: Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s, aprovado pela Resolução do Conselho de Ministros n.º 93/2023, vai ao encontro

dos pressupostos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável que, no terceiro objetivo, preconiza o acesso à saúde de qualidade e promoção do bem-estar para todos, em qualquer idade. Em concordância, o PNS visa, num dos cinco desígnios, reduzir, integralmente, a carga das doenças transmissíveis e não transmissíveis, através do fortalecimento no acesso aos cuidados de saúde de qualidade. Assim sendo, emerge como determinante de saúde, a qualidade da prestação de cuidados que, igualmente, constitui uma das 12 necessidades de saúde nacional.

Ao longo de todo o percurso, permanentemente, procurou-se mobilizar conhecimentos e habilidades, na garantia pela melhoria contínua da qualidade. Os registos de enfermagem, transversais aos contextos da prática, assumem-se como exemplo, sendo uma mais valia aos cuidados de qualidade e respetiva continuidade. Além disso, a tutoria por parte de um enfermeiro, já especialista na área, é um importante contributo para direcionar o desenvolvimento e aquisição de novas competências. De igual modo, atendendo ao conhecimento sobre aspetos que se queria trabalhar e, atendendo à personalização do progresso, delinear-se objetivos específicos, nos diversos contextos da prática, cumpridos e registados nos trabalhos desenvolvidos.

À luz do Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Deste modo, reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação da prática e, perante os resultados, a eventual revisão e implementação de programas de melhoria.

De acordo com a Lei n.º 156/2015, segundo o CD, artigo 109.º – Da excelência do exercício, o enfermeiro ambiciona, em toda e qualquer intervenção, a respetiva excelência. Nas alíneas “a” e “b” frisa-se que, periodicamente, analisa o trabalho efetuado e reconhece eventuais falhas que mereçam mudança de atitude. No seguimento, assume o dever de ajustar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades individuais. Além disso, como referido na alínea “c”, compromete-se à atualização dos seus conhecimentos e à utilização, de forma competente, das tecnologias, sem descuidar a continuada formação nas ciências humanas. A alínea “d” menciona a necessidade de garantir, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que possibilitem o exercício com dignidade e autonomia, comunicando, pelas vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade.

Atualmente, na prática profissional, importa criar ambientes que maximizem os resultados da criança/jovem e família, promovam a saúde e bem-estar dos enfermeiros, tendo em vista o pleno desempenho organizacional. Neste sentido, enaltece-se a

preponderância da liderança, comunicação, trabalho de equipa, dotação de recursos humanos, competências e reconhecimento (Ribeiro, 2023).

Assim sendo, salientam-se as áreas de melhoria contínua, preconizadas pela OE, ao nível dos enunciados descritivos da qualidade do exercício e indicadores associados à trilogia de Donabedian, leia-se Estrutura, Processo e Resultado (OE, 2010).

Na prática de enfermagem, os ambientes positivos com repercussões nos clientes, profissionais e instituições, requerem aposta nestes três constituintes. A Estrutura resulta dos fatores organizacionais que permitem o desenvolvimento do trabalho dos profissionais, bem como as condições onde os cuidados são prestados. Por sua vez, o Processo refere-se aos fatores inerentes ao desempenho das atividades de concepção e prestação de cuidados. Finalmente, o Resultado diz respeito às mudanças desejáveis ou não, relativas aos clientes, profissionais ou instituições (Ribeiro, 2023).

Nesta linha de pensamento, a criação de ambientes positivos deve assentar na liderança que otimize a formação e desenvolvimento profissional do enfermeiro. No sentido de se tornarem líderes dos sistemas de saúde, torna-se crucial o desenvolvimento de um suporte organizacional, possibilitador da promoção da prática atualizada e, naturalmente, pautado por formação constante (Ribeiro, 2023).

No seguimento, Donabedian (1990) propõe sete atributos, nos cuidados de saúde, designados por pilares da qualidade, nomeadamente a eficácia, inerente à capacidade de melhoria contínua da prestação de cuidados. A efetividade, referente ao nível do alcance das metas de melhoria e, ainda, a eficiência na obtenção, ao menor custo, dos cuidados de qualidade. A otimização consiste no balanço mais vantajoso entre custo e benefício e a aceitabilidade diz respeito à garantia das preferências individuais, baseada nos valores, desejos e expectativas. Relativa aos pilares anteriores, encontra-se a legitimidade, em concordância com as preferências sociais e, por último, a equidade na prestação de cuidados e respetivos efeitos na saúde.

A DGS possui um departamento dedicado à Qualidade, intitulado por Departamento da Qualidade na Saúde (DQS). Nesta sequência, foi desenvolvida a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) 2015-2020, presente no Despacho n.º 5613/2015 com a missão de, na prestação de cuidados, potenciar a qualidade e segurança. Tal estratégia encontra-se alicerçada em seis prioridades, designadamente a melhoria da qualidade clínica e organizacional, aumento da adesão às normas de orientação clínica, reforço da segurança dos clientes, monitorização permanente da

qualidade e segurança, reconhecimento da qualidade das unidades de saúde e, por fim, a informação transparente ao cidadão com aumento da sua capacitação.

Em consonância com a ENQS 2015-2020, segundo o Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde, atualmente em vigor, aprovado pelo Despacho n.º 69/2009 de 31 de agosto e conduzido pelo DQS, o processo de certificação diz respeito ao modelo nacional e oficial, designado por Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA) (Machado, 2020).

O Modelo possui reconhecimento público, responde aos desafios da qualidade e é compatível com os Programas Nacionais de Saúde vigentes. Além disso, compreende os padrões do Manual de Standards e metodologias inerentes à ACSA, baseado em cinco domínios, sendo o cliente o centro do sistema de saúde, organização da prática focada no cliente, os profissionais, processos de suporte e resultados (Machado, 2020; DGS, 2023b).

Na ótica do Despacho n.º 1695/2018, o Modelo objetiva a prestação de cuidados de saúde seguros e de alta qualidade, por meio de *standards* assentes em evidência e nas melhores práticas. Aquando da certificação, são disponibilizadas informações acerca dos pontos fortes e fracos, otimizando o processo de avaliação e melhoria contínua. De acordo com os padrões preconizados, constitui uma metodologia profícua que possibilita a demonstração das atividades realizadas e, face às avaliações externas, o reconhecimento dos clientes. Simultaneamente, mantém a segurança, qualidade dos cuidados e comprometimento das unidades de saúde para se aperfeiçoarem.

Ao longo dos diversos contextos da prática, foram prestados cuidados seguros e de qualidade à criança/jovem e família, ininterruptamente, à luz de uma visão holística. Nos CSP, surgiu a oportunidade de observar a intervenção de um membro afeto à Comissão de Qualidade e Segurança do Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (RAM).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro garante um ambiente terapêutico e seguro. A gestão do ambiente, centralizado na pessoa, assume-se como premissa básica à efetividade terapêutica e prevenção de incidentes. O especialista, proativamente, atua, tendo em vista a promoção da envolvência ao bem-estar e gestão do risco. De igual modo, na gestão do risco institucional e/ou organizacional, promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protetor dos indivíduos e/ou grupo.

Em relação à humanização dos cuidados, presente na Lei n.º 156/2015, artigo 110.º do CD, alínea “a” e “b”, o enfermeiro assume o dever de olhar a pessoa como uma

totalidade única, inserida numa família e comunidade. No seguimento, age, contribuindo para a concepção de um ambiente propício ao desenvolvimento das suas potencialidades.

Na atualidade, as comunidades caracterizam-se pela grande heterogeneidade, conduzindo à maior adequação dos cuidados, enquanto culturalmente competentes. O conhecimento sobre a cultura, espiritualidade, hábitos de vida, bem como as relações sociais e familiares, possibilitam o envolvimento da família. Tal abordagem permite um cuidado, culturalmente, competente e uma prestação de CCF, imprescindível, ao cuidar em ESIP. Nos CSP, algo que se evidenciou, em larga escala, foi a riqueza de culturas, aquando da prestação de cuidados. Fundamentalmente, eram famílias provenientes da Ucrânia, Rússia, Bielorrússia e Alemanha. No processo de cuidar, foram envolvidas, no sentido de assegurar a satisfação de todas as necessidades, particularmente, culturais e espirituais.

O Conselho Jurisdicional emitiu o Parecer n.º 96/2009 acerca da “(...) exposição sobre a falta de condições para o exercício profissional (...)”. Nesta linha de pensamento, salienta a posição do International Council of Nurses (ICN), relativa à segurança dos clientes ser basilar à qualidade da saúde e dos cuidados de enfermagem. No ano de 2002, quando se posicionou sobre a segurança, enalteceu que a melhoria envolve um leque de ações, nomeadamente o recrutamento, formação, reserva de profissionais, melhoria do desempenho, segurança ambiental e gestão do risco, compreendendo o controlo de infeção, utilização segura dos fármacos, segurança dos equipamentos, prática clínica e ambiente de cuidados seguros.

Segundo o Parecer supracitado, reforça-se o corpo de conhecimentos científicos centrados na segurança do cliente e as infraestruturas para apoiar o seu desenvolvimento. Neste sentido, aliar recursos humanos escassos à ausência da devida formação, resulta em ameaça à segurança dos indivíduos e qualidade da prática. Dotações desadequadas, em ambientes desfavoráveis, podem conduzir a eventos adversos.

Atendendo à segurança da administração da terapêutica, tendo em vista a garantia dos princípios relevantes, no Hospital de Dia Pediátrico, supervisionou-se uma mamã a administrar um injetável. Procedimento já habitual para si, dada a administração diária no domicílio. A progenitora fê-lo adequadamente, decorrendo sem intercorrências. No final, elogiou-se o seu desempenho e a valentia da criança, retribuindo com um sorriso.

Ainda em relação à gestão do risco, no SUP, uma criança recorreu por dor abdominal difusa, sem sintomatologia suspeita da Doença por Coronavírus – Covid-19.

Quando deu entrada na triagem, como não tinha critério sugestivo, não realizou o Teste Rápido de Antigénio. Seguidamente, realizou uma ecografia para despiste de Apendicite que se veio a confirmar e, dada a necessidade de ir ao Bloco Operatório, foi submetida ao teste que se revelou positivo. Nesse momento, olhou-se ao redor e, todos nós, naturalmente, com os cuidados habituais, providos da máscara de proteção. Apesar da criança estar com máscara cirúrgica, por períodos, removia-a e era advertida para a colocar. Diversas foram as crianças que se cruzaram e permaneceram com ela, acompanhantes e profissionais. De facto, a utilização do material adequado, especificamente o uso da máscara, é uma mais valia, estando, mormente, num Serviço de Urgência que funciona como porta de entrada.

Paralelamente, no Serviço de Pediatria, existiam duas alas, onde uma delas acolhia as crianças em Neutropénia. Assim, existiam enfermarias com controlo de pressão e uma antecâmara com todo o Equipamento de Proteção Individual necessário. Por vezes, era necessário orientar os pais/cuidadores sobre a sua colocação e remoção. As portas estavam identificadas com o tipo de isolamento e as medidas necessárias para orientar a conduta. Deste modo, colaborou-se na definição dos recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. Numa visão geral, no que concerne aos resíduos, a prática pautou-se pela seleção, acondicionamento e gestão adequada.

Atendendo à organização do trabalho, objetivando a redução da probabilidade à ocorrência de erro, a terapêutica era validada, sempre, com a enfermeira tutora. A partilha foi muito frutífera, dado que, como se exerce num Serviço de Pediatria, existiam algumas diluições distintas ou terapêuticas que não eram frequentes. Sem descurar, naturalmente, a riqueza de intervir no domínio da oncologia. Além da vertente pediátrica, existe a componente oncológica que torna tudo mais complexo e enriquecedor.

No domínio da **Gestão dos cuidados**, à luz do Regulamento n.º 140/2019, o especialista gere os cuidados de enfermagem, otimizando as respostas da equipa e a articulação com a restante equipa de saúde. Nesta linha de pensamento, do ponto de vista da tomada de decisão, otimiza o processo de cuidados e supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e qualidade.

De acordo com o CD, Lei n.º 156/2015, artigo 100.º – Dos deveres deontológicos em geral, alínea “b”, o enfermeiro responsabiliza-se pelas decisões que toma e atos que pratica ou delega. No artigo 109.º – Da excelência do exercício, alínea “e”, no âmbito da sua prática, ambiciona a excelência, garante a qualidade e assegura a continuidade dos cuidados que delegar, assumindo a responsabilidade.

A título de exemplo, no SUP verificou-se que, a equipa de enfermagem, todos os turnos, possui um elemento como chefe de turno, independentemente da presença da enfermeira gestora. Esta dinâmica adotada é, deveras, profícua, dado que, após reflexão, evidencia-se um aproveitamento mais eficiente das responsabilidades individuais, quando na presença, ininterrupta, de um chefe de turno. Além deste cargo, também integra a prestação de cuidados, conseguindo acompanhar a respetiva continuidade e proceder às alterações que se justifiquem. Outro exemplo são os CSP que, apesar da presença da enfermeira gestora, existem alguns procedimentos pertencentes ao EESIP, nomeadamente a gestão da quantidade de vacinas e pedidos necessários. Naturalmente, faz todo o sentido, dado que o EESIP se encontra na prestação direta de cuidados, o que se torna, facilmente, exequível.

O Regulamento n.º 140/2019 preconiza que, através da colaboração nas decisões, o EESIP disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. No sentido de melhorar a informação para a tomada de decisão, reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados.

No domínio do “negociar com”, em concordância com o Regulamento n.º 351/2015, reforça-se que os cuidados de enfermagem aspiram a promoção da autonomia e uma visão holística da criança/jovem, das suas crenças, valores e capacidades. Por meio da supervisão, procura categorizar o nível de participação dos cuidadores com negociação, liderança e decisão, incorporando-os nos cuidados da menor à maior complexidade.

Na ótica do Regulamento n.º 140/2019, importa orientar a decisão relativa às tarefas a delegar, criar guias orientadores, utilizar técnicas diretas ou indiretas, tais como a instrução ou demonstração e, por fim, avaliar a execução das tarefas delegadas. No que toca à supervisão das tarefas delegadas, enaltece-se o “Modelo de Parceria de Cuidados” de Anne Casey, citada por Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020). Os cuidados podem ser prestados pelos pais, desde que com ensino, instrução e a devida supervisão. Por sua vez, nos variados campos de estágio, a título de exemplo com os assistentes operacionais, salienta-se a importância da demonstração e instrução, orientando-os na conduta adequada.

Segundo o mesmo Regulamento, o especialista gere os recursos, relativamente às situações e ao contexto, identificando o estilo de liderança mais apropriado à garantia da qualidade. No âmbito do trabalho da equipa, otimiza-o, adapta os recursos às necessidades de cuidados e, na respetiva gestão, aplica a legislação, políticas e

procedimentos. De forma eficiente, implementa métodos de organização, coordena a equipa para os cuidados de qualidade, negocia e utiliza os recursos para promover a qualidade.

De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), presente no Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 5.º, ponto 4, nos cuidados de enfermagem, o enfermeiro deve orientar para os recursos adequados, face aos problemas existentes, ou promover a intervenção de outros técnicos, quando necessário. No IPO, foram prestados cuidados a uma adolescente que iniciou protocolo de Quimioterapia, sendo a família encaminhada à assistente social para efetivar o pedido da prótese capilar.

Em equipa, o especialista deve auxiliar a criança/jovem e família, na procura pelos recursos necessários e da forma apropriada para o fazer. De igual modo, deverá promover as relações sociais dos pais/cuidadores, devido a, frequentemente, se verem privados pelo contexto (OE, 2010).

Atendendo a uma das especificidades do especialista, a articulação com outros técnicos da equipa multidisciplinar, nos CSP, enaltece-se a observação da articulação com as escolas, na pessoa da educadora, e com a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ).

No que concerne ao Regulamento n.º 351/2015, no domínio das metodologias de organização que promovam a qualidade, salienta-se o método de trabalho por enfermeiro de referência (gestor de caso). Nos diversos campos de estágio, foi possível acompanhar o enfermeiro chefe de turno, no desempenho das suas funções, tal como a gestão dos recursos humanos, materiais e terapêuticos. A título de exemplo, no IPO, observou-se o desempenho das funções do enfermeiro gestor, no que toca à organização do plano de distribuição, atualização do plano de cuidados, gestão dos elementos afetos ao Hospital de Dia, das vagas disponíveis e admissões previstas nas duas alas de internamento. No que diz respeito ao Serviço de Cirurgia Pediátrica, colaborou-se na realização do horário da equipa de enfermagem e entendeu-se, efetivamente, a complexidade em atender a todas aquelas circunstâncias individuais.

No SUP, no início de cada turno, o enfermeiro chefe de turno procede à distribuição dos cinco elementos pelos cinco postos de trabalho, designadamente Triagem, Triagem Avançada, Sala de Tratamentos, Sala de Observação – Berços e Sala de Observação – Pediátricos, também intituladas por Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD). Nessa distribuição, considera vários aspetos importantes, nomeadamente os alunos e as experiências relevantes. Na triagem, dado ser imperativo

possuir a formação em Triagem de Manchester, é outro dos cuidados que possui, aquando da distribuição. Ainda assim, se possível, o enfermeiro afeto, da última vez, à UICD, prosseguirá, salvo raras exceções, objetivando a continuidade de cuidados (gestor de caso).

Paralelamente, nos CSP, o EESIP possui a sua própria lista de crianças/jovens, no entanto, dependendo do horário ou demais circunstâncias, tais como férias, podem ficar incumbidos da lista do colega. Além de gerir os recursos humanos, muitas das vezes, trata de burocracias, particularmente, reparações de equipamentos, solicitações de terapêutica à farmácia hospitalar e reposição de material.

O enfermeiro, segundo o Regulamento n.º 140/2019, adapta o estilo de liderança ao clima organizacional, o que favorece a melhor resposta dos indivíduos e grupos. No sentido de promover um ambiente positivo e favorável à prática, deve reconhecer os papéis e funções dos membros da equipa, adaptando o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e contingências. Atendendo à introdução de inovações, aplica estratégias de motivação ao desempenho diferenciado e faz uso dos processos de mudança.

No contexto organizacional, o estilo de liderança dos enfermeiros gestores produz repercussões nos profissionais e clientes. Os enfermeiros, quando veem reconhecido o seu bem-estar, evidenciam redução nos níveis de *stress*, exaustão ou absentismo, assim como melhor desempenho, satisfação profissional e melhorias no seu estado de saúde (Fiorini et al., 2022).

A equipa multidisciplinar do SUP, ininterruptamente, é constituída por Médicos Pediatras e/ou Internos de Formação Específica, Enfermeiros, Assistentes Operacionais, Técnicos e Administrativos. Além da Pediatria médica, abarca, também, outras especialidades, designadamente Cirurgia, Neurocirurgia, Ortopedia, Oftalmologia e Otorrinolaringologia. No que concerne à equipa de enfermagem, maioritariamente, conta com EESIP e, ainda, três elementos detentores da especialidade em Saúde Mental e Psiquiátrica. À exceção dos elementos recém-admitidos, os restantes possuem formação sobre o Sistema de Triagem de Manchester, constituindo-se uma mais valia à triagem eficiente.

Em todos os momentos, na equipa, imperou o sentimento de plena integração. Desde assistentes operacionais que não olhavam enquanto estudante, mas como enfermeira em especialidade. Os colegas enfermeiros, sempre, muito acessíveis e recetivos em ajudar. Finalmente, ficou-se a conhecer os colegas com quem se falava ao

telefone, na passagem das crianças para o internamento, serviço onde exerço. Outro dos aspetos que se sucedeu e, inquestionavelmente, induziu alguns sorrisos e gratidão, resultou de se ser reconhecida por alguns pais. Lembraram-se dos cuidados prestados... Gratidão impera quando, por bons motivos, salvo seja, se fica guardado na memória daqueles que conseguimos amparar.

O enfermeiro chefe de turno, continuamente, fazia por auscultar os colegas dos diversos postos de trabalho, compreendendo a evolução e se existia necessidade de permutar com outro elemento. Algo de extrema importância e que contribui ao saudável funcionamento da equipa, atendendo a estar receptiva para, resulta do ambiente positivo criado com o sentido de humor desse mesmo elemento. Diariamente, todos passam por dias difíceis e centenas de dificuldades. Se fosse fácil, com certeza, não seríamos nós, a cá estar. O sentido de humor é algo que enalteço, porque, a título pessoal, gosto de me prover e provocar algumas gargalhadas.

Ao encontro da importância de todos os elementos da equipa multidisciplinar, no cuidado à criança/jovem e família, aqui, se expressa um enorme agradecimento e elogio, aos assistentes operacionais. Na sala de tratamentos, após qualquer procedimento, estão preparados para, rapidamente, procederem à higienização do espaço e nova preparação. Naturalmente, evidencia-se uma grande envolvimento de todos e ambição de querer fazer mais e melhor.

De modo transversal, dado o célere funcionamento da equipa multidisciplinar, uma das forças resume-se à comunicação, constituindo-se uma forte aliada à eficiência dos cuidados. Nos variados grupos profissionais, entre médicos, enfermeiros e assistentes operacionais existe uma relação próxima e profissional que, irrefutavelmente, conduzem a ganhos para todos e, inclusive, passe o pleonismo, à criança/jovem e família.

No domínio do **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, o especialista desenvolve o autoconhecimento, a assertividade e, enquanto central à prática, reconhece a interferência nas relações terapêuticas, bem como multiprofissionais. De igual modo, releva a dimensão de Si, enquanto pessoa e enfermeiro, e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Segundo o CD, artigo 102.º – Dos valores humanos, alínea “e”, presente na Lei n.º 156/2015, na sua prática, observa os valores humanos pelos quais se regem, o indivíduo ou grupo onde está inserido, e assume o dever de, no domínio da consciência e filosofia de vida, abster-se de juízos de valor, sem imputar os seus próprios valores.

Na ótica do Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro reconhece os seus recursos, limites pessoais e profissionais, otimizando o conhecimento de si para identificar os fatores influenciadores na relação com a pessoa e equipa multidisciplinar. Através da conscientização sobre a influência pessoal, na relação profissional, gere as suas idiossincrasias, tendo em vista a construção dos processos de ajuda.

Os serviços de estágio resultaram do interesse pessoal, sendo, maioritariamente, nos serviços idealizados. Na RAM, as práticas contribuíram para o conhecimento e articulação com os recursos existentes, evidenciando-se como de extrema importância. Além disso, tornar-se-á uma mais valia à prestação de cuidados, no Serviço de Pediatria, sempre na primazia pela respetiva continuidade. Ao longo das práticas especializadas, deu-se resposta aos objetivos preconizados e, na qualidade de futura EESIP, aspirando o autoconhecimento e a personalização do progresso, cumpriram-se, na totalidade, os objetivos específicos e estratégias de consecução, previamente delineados.

O SUP constitui uma das grandes portas de admissão ao local onde exerço há, sensivelmente, três anos, o Serviço de Pediatria do Hospital Dr. Nélio Mendonça. Na Licenciatura, não tive oportunidade de contactar com o Serviço de Urgência da RAM, atendendo ao período de intercâmbio que, enternecidamente, abracei. Desde cedo, surgiu o interesse em perceber como as crianças sujeitas ao internamento, se fazem chegar ao SUP, tornando-se possível, através da realização deste estágio especializado.

Neste sentido, delinearão-se quatro objetivos específicos e respetivas estratégias de consecução, tais como Conhecer a estrutura e dinâmica do SUP; Identificar as principais patologias que motivam a vinda ao SUP; Enumerar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes; Aperfeiçoar procedimentos técnicos de enfermagem.

No que toca ao primeiro objetivo “(...) conhecer a estrutura e dinâmica do SUP (...)”, foram estipuladas diversas estratégias, nomeadamente Visita às instalações; Consulta da informação existente, em formato digital ou papel, acerca do funcionamento do serviço; Diálogos com a enfermeira tutora para esclarecimento de dúvidas; Diálogos com os restantes enfermeiros e profissionais do serviço, a título de exemplo médicos e assistentes operacionais; Passagem pelos diversos postos de trabalho para conhecer a dinâmica e o que compreende cada um; Redação no Relatório de Progresso para assimilar conhecimentos.

A dinâmica do SUP é complexa e de uma exímia coordenação entre todos os elementos da equipa multidisciplinar. Permanentemente, a prestação de cuidados abrange as crianças e adolescentes até aos 17 anos e 364 dias. O serviço possui um acesso, à

criança e acompanhante, fisicamente, individualizado dos adultos. Devidamente preparado para os receber, as paredes e portas pautam-se por desenhos de todas as cores e feitios e, ainda, existem jogos, adequados às diversas faixas etárias, guardados no armário da UICD.

A sala de tratamentos, recentemente, sofreu uma melhoria significativa, dado que, através do Orçamento Participativo da Secção Regional da Madeira – OE, foi submetido o projeto intitulado “Janela da Alegria”, auferindo o primeiro prémio. Neste momento, possui um ecrã com acesso à *Internet* que, inquestionavelmente, é uma mais valia, quando adequado, no alívio da dor, em crianças e adolescentes, sujeitos a procedimentos dolorosos.

Num momento inicial, a criança e acompanhante dirigem-se à secretaria, onde será realizada a inscrição e, posteriormente, serão chamados para o Gabinete de Triagem. O enfermeiro procede à triagem, segundo o motivo de vinda e respetiva prioridade, sendo atribuída a pulseira de identificação com nome, área médica, número de processo, hora de chegada e cor. Importa salientar a utilização de um programa informatizado, intuitivo e facilitador do raciocínio ao profissional que procede à triagem.

De acordo com o Despacho n.º 3762/2015, no que concerne à uniformização dos procedimentos, nas equipas multidisciplinares, o Sistema de Triagem de Manchester consiste num dos meios para assegurar cuidados adequados e de qualidade. Além dos critérios conhecidos, o enfermeiro deverá considerar a especificidade da criança, independentemente do nível prioritário atribuído. Em relação à Classificação, as crianças e jovens podem ser categorizados em emergente com um atendimento imediato (cor vermelha), muito urgente, sendo um atendimento de até 10 minutos (cor laranja), urgente até 60 minutos (cor amarela), pouco urgente até 120 minutos (cor verde) e, por último, não urgente com um tempo provável de atendimento de até 240 minutos (cor azul). De qualquer das formas, existe a cor branca para os atendimentos programados, particularmente quando o médico está de urgência e agenda uma reavaliação.

Por fim, permanece a certeza de que, na plenitude, este objetivo específico foi atingido. Ao longo dos dias, perceber como tudo se dá, as relações que se criam e os ensinamentos que ficam. Após este estágio, parece que as peças se encaixaram. Sem sombra de dúvidas, é crucial, enquanto enfermeira no Serviço de Pediatria, perceber tudo o que acontece até a criança/jovem e família chegar até nós.

No que toca ao segundo objetivo específico, “(...) identificar as principais patologias que motivam a vinda ao SUP (...)”, foram delineadas estratégias, como

Identificação dos principais sinais/sintomas que motivam a vinda ao SUP; Enumeração das principais patologias observadas; Prestação de cuidados à criança/jovem e pais/cuidadores; Negociação do plano de cuidados com a criança/jovem e família; Instrução dos pais/cuidadores sobre os cuidados no domicílio.

Na atualidade, muitas das crianças que recorrem ao SUP não são consideradas prioritárias, onde uma ida aos CSP seria suficiente. Regra geral, os pais fazem-no por inexistência desse recurso, desconhecer que existe essa possibilidade ou até têm conhecimento, mas acreditam ser algo grave que necessita de observação no SUP. No decorrer do percurso, os sinais/sintomas mais frequentes, por ordem, que motivaram a vinda ao SUP foram vômitos, febre, dispneia, odinofagia e dor abdominal. Neste sentido, as principais patologias observadas foram as Gastroenterites, Bronquiolites e Amigdalites. Apesar de ser um SUP, é fulcral capacitar os pais/cuidadores e, quando possível, a criança/jovem para o momento da alta. Frequentemente, apenas, passam algumas horas, todavia deve-se instruir e reforçar os cuidados, no domicílio, para um tratamento eficaz e recuperação efetiva.

Relativamente ao terceiro objetivo específico “(...) enumerar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes (...)”, as estratégias consistiram na Prestação de cuidados à criança/jovem e família na UICD; Identificação dos principais diagnósticos de enfermagem; Consulta da informação existente, em formato digital ou papel; Diálogos com a enfermeira tutora e restantes enfermeiros para esclarecimento de dúvidas.

No SUP, são identificados os diagnósticos de enfermagem e delineadas as subsequentes intervenções, às crianças/jovens sujeitos a internamento na UICD, quando superior a um turno. Atendendo à realização de turnos rotativos e ao tempo estipulado para a edificação dos diagnósticos, identificou-se o Risco de Desidratação, Dor aguda, Ansiedade, Risco de Convulsão e Dispneia em Repouso. Muitas das crianças que se fazem chegar ao Serviço de Pediatria, passaram pela UICD, sendo que os cuidados são como um prolongamento, a continuidade do que já se iniciou por lá, motivo pelo qual se tornou numa oportunidade, extremamente, profícua.

Por fim, relativamente ao quarto objetivo específico “(...) aperfeiçoar procedimentos técnicos de enfermagem (...)”, delineou-se a Identificação dos procedimentos técnicos a aperfeiçoar; Diálogo com a enfermeira tutora e partilha desta necessidade; Fundamentação científica dos procedimentos que se revelarem necessários; Prestação de cuidados nesse domínio; Diálogos com a enfermeira tutora e solicitação de *feedback*; Reflexão crítica sobre toda a evolução e aspetos a melhorar.

Após passar por todos os postos de trabalho, atendendo à UICD ser semelhante ao local onde exerce, à triagem ser algo mais estanque, acreditou-se que ficaria a beneficiar se a maioria dos restantes turnos se desse na sala de tratamentos. Não descurando a componente empática que tanto se prioriza, senti a necessidade de aperfeiçoar procedimentos técnicos que, no meu local de trabalho, não eram assim tão frequentes, nomeadamente os cateterismos urinários e de veias periféricas. No seguimento, refletiu-se sobre o percurso e partilhou-se esta necessidade com a enfermeira tutora. Numa perspetiva de direcionar o progresso e a aquisição das competências, concordou-se que, de facto, seria uma mais valia e de maior riqueza.

De igual modo, nos CSP, foram edificados objetivos específicos, atendendo ao autoconhecimento e direcionamento do progresso, nomeadamente Conhecer a estrutura e dinâmica do Centro de Saúde; Preparar e realizar consultas de ESIP. Ainda assim, foram estipulados outros dois que serão abordados de seguida.

Em relação ao primeiro objetivo “(...) conhecer a estrutura e dinâmica do Centro de Saúde (...)”, traçaram-se variadas estratégias, como a Visita às instalações; Consulta da informação existente, em formato digital ou papel, acerca do funcionamento; Diálogos com a enfermeira tutora para esclarecimento de dúvidas; Diálogos com os restantes enfermeiros e profissionais do serviço; Passagem pelas várias freguesias para conhecer a dinâmica e o que compreendem; Redação no Relatório de Progresso para assimilação de conhecimentos.

Quanto às instalações, possui excelentes condições, dada a recente reforma. No âmbito da ESIP, dispõe da consulta de enfermagem de saúde infantil, ao adolescente/jovem, saúde escolar e vacinação. No que concerne à equipa de enfermagem das freguesias que se esteve afeta, existem dois EESIP que, ao longo da semana, realizam turnos alternados. Irrefutavelmente, torna-se crucial, reconhecer os recursos da Comunidade, no sentido da articulação de cuidados e, sempre, à luz da respetiva continuidade.

No que toca ao segundo objetivo “(...) preparar e realizar consultas de ESIP (...)”, as estratégias foram a Prestação de cuidados à criança/jovem e família; Avaliação do Desenvolvimento, através da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil (Schedule of Growing Skills II); Dar resposta às preocupações dos pais/cuidadores, quando recorrem à consulta de enfermagem; Negociação do plano de cuidados com a criança/jovem e família; Instrução dos pais/cuidadores sobre os

cuidados no domicílio, tendo em vista a capacitação parental; Diálogos com a enfermeira tutora para a obtenção de *feedback* e proceder a melhorias, se necessário.

O Centro de Saúde possui, na literacia em saúde, um enorme potencial, tendo em consideração a capacitação dos pais/cuidadores no cuidado à criança/jovem. A disponibilização do contacto para que recorram, consiste numa das intervenções à transmissão de segurança e estabelecimento da tão fundamental relação terapêutica.

Após reflexão, foram atingidos todos os objetivos específicos que, pessoalmente, foram delineados nos cuidados hospitalares, particularmente SUP, e CSP. Objetivos, esses, que resultaram do autoconhecimento, enquanto pessoa e enfermeira, dos pontos que se sentiu necessidade de aperfeiçoar e das metas a alcançar. Atendendo à personalização de todo o progresso, tornaram-se em coordenadas fulcrais ao direcionamento de toda a aquisição e desenvolvimento das competências do EESIP.

Como referido no Regulamento n.º 140/2019, o especialista gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional, no sentido de otimizar a congruência entre auto e heteroperceção, gerindo, de forma eficiente, sentimentos e emoções. Deste modo, existem momentos que requerem uma atuação sob pressão, sendo necessário antecipar situações de eventual conflitualidade. Em todos eles, impera o bom senso e o uso adequado das técnicas à resolução de conflitos.

Em prol do crescimento pessoal e profissional, diversos foram os serviços onde houve oportunidade de prestar cuidados a crianças/jovens e famílias, nos mais variados contextos. A adaptação foi uma constante, às inúmeras instituições, serviços, equipas multidisciplinares, horários e métodos de trabalho. Os turnos pautaram-se por pontualidade e assiduidade, cumprindo as horas estipuladas de prática clínica e orientação tutorial. A realização de turnos rotativos, entre manhãs, tardes e noites compreendeu um contributo essencial à aquisição das competências, dadas as distintas dinâmicas entre eles. As avaliações intercalares foram outro aspeto positivo, imprescindíveis à aferição do ponto de situação, de reflexão e perceber se seria necessário melhorar algum aspeto ou, paralelamente, prosseguir o trabalho desenvolvido até então.

A título de exemplo, no SMINP e SUP foram turnos rotativos, verificando-se, neste último, uma maior afluência nas segundas-feiras e, ainda, no período da tarde. No Centro de Desenvolvimento da Criança, realizaram-se só manhãs e, nos CSP, alternância entre manhãs e tardes. Nos CSP evidencia-se, no período da manhã, uma maior frequência por recém-nascidos e lactentes, enquanto que, no período da tarde, verifica-se uma maior adesão por crianças mais crescidas. Frequentemente, fruto da disponibilidade dos

pais/cuidadores e da gestão familiar com os restantes membros do agregado, creches e escolas.

Na procura por oportunidades de aprendizagem e conhecimentos, atravessou-se o Oceano com tudo aquilo que acarreta, desde a gestão de emoções, o distanciar-se da família, dos amigos... O sair da zona de conforto e embarcar numa aventura desta envergadura é uma excelente confirmação de adaptabilidade individual e organizacional. Atendendo às diferentes dinâmicas e horários, o estágio especializado no IPO contou com turnos rotativos com o acréscimo do horário ser distinto da RAM, particularmente manhãs das 8h às 15h, tardes das 14h30 às 21h30 e noites das 21h às 8h30. De igual modo, no CMIN, o horário também foi, ligeiramente, díspar com manhãs das 8h às 14h30, tardes das 14h às 20h30 e, ainda, noites das 20h às 8h30.

A prática clínica incorpora a gestão das exigências emocionais e o exercício profissional. Por parte dos enfermeiros, a adaptabilidade e resiliência compreendem dois dos principais atributos à gestão dos desafios e flexibilidade, face às expectativas e circunstâncias imprevisíveis. O enfermeiro em formação, mormente nos estágios, possibilita o desenvolvimento da adaptabilidade, na vertente individual e organizacional (Middleton et al., 2022).

À luz do Regulamento n.º 140/2019, o enfermeiro baseia a sua prática especializada em evidência científica, alicerçando os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente. Assim, assume-se como facilitador nos processos de aprendizagem, atua como formador oportuno e, no campo da investigação, agente ativo. Na ótica do diagnóstico das necessidades formativas, gere os programas e dispositivos formativos, favorece a destreza nas intervenções e avalia o impacto educativo.

De acordo com o REPE, presente no Decreto-Lei n.º 161/96, artigo 9.º – Intervenções dos enfermeiros, ponto 6, no seu exercício, contribui na gestão, investigação, docência, formação e assessoria, tendo em vista a melhoria e evolução da prestação de cuidados. Neste sentido, avalia e propõe os recursos humanos necessários ao exercício, estabelecendo normas, critérios de atuação e avaliação do desempenho. Além disso, recomenda protocolos e sistemas de informação adequados, faculta parecer técnico sobre as instalações, materiais e equipamentos utilizados. Por fim, colabora na elaboração de protocolos entre as instituições de saúde e as escolas, facilitadores e dinamizadores da aprendizagem dos formandos.

A enfermagem baseia o seu conhecimento na fundamentação científica, por meio do cruzamento de vários saberes, tais como a ética, moral e a legislação que regulamenta a profissão. Deste modo, transversal aos vários contextos da prática, foram revistos conteúdos e fundamentados outros, em evidência científica de qualidade. Evidência, essa, presente em fontes fidedignas, de teor relevante e atual. De igual modo, fi-lo, na redação e fundamentação do presente Relatório.

Dada a relevância da perícia e sabedoria das enfermeiras tutoras, tratou-se de levar alguns tópicos para dialogar, no sentido de debater e refletir sobre tal. Continuamente, gosto de escutar a voz da experiência e levo-a comigo. Ainda assim, permanentemente, assumiu-se uma atitude proativa, procurou-se oportunidades de crescimento, foi manifestado interesse em participar e evidenciados processos de melhoria, contribuindo para todo o progresso alcançado.

A evidência aponta que o pensamento crítico se encontra, diretamente, relacionado à tomada de decisão, por parte do enfermeiro. A metodologia de ensino possibilita o desenvolvimento de tal competência, no entanto existem outros fatores relacionados, designadamente a idade do enfermeiro e a experiência (Luiz et al., 2020).

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, no domínio da prática clínica, o enfermeiro suporta-a em evidência científica e atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento, visando ganhos em saúde. Nesta linha de pensamento, identifica lacunas do conhecimento, oportunidades de investigação e colabora nos estudos. Portanto, interpreta, organiza e divulga os resultados provenientes da evidência, discute implicações, contribui para o conhecimento novo e desenvolvimento da prática clínica especializada.

Por último, no ambiente de trabalho, promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos. Atendendo aos conhecimentos que possui sobre enfermagem e outras disciplinas, revela-os na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. Deste modo, rentabiliza oportunidades de aprendizagem com iniciativa na análise de situações clínicas, recurso às tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados. Finalmente, assegura a formulação e implementação dos processos de formação e desenvolvimento na prática. A título de exemplo, surge o desenvolvimento de uma sessão de formação aos pais/cuidadores, nos CSP, minuciosamente, explanada no próximo subcapítulo.

## **1.2. Competências Específicas**

As competências específicas, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, artigo 3.º – Conceitos, resultam das respostas humanas aos processos de vida, problemas de saúde e campo de intervenção definido para cada área de especialidade. Tais competências são demonstradas, através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde do alvo dos cuidados.

As áreas de atuação, à luz do Regulamento n.º 422/2018, dizem respeito à “(...) avaliação e 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 (...)”. De igual modo, salienta-se a deteção, bem como o “(...) 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 (...)” (p. 19192).

Neste sentido, importa possuir conhecimentos e competências para antecipar e responder às situações emergentes, avaliar a família e responder às necessidades, designadamente na adaptação às mudanças de saúde e dinâmica familiar. De forma transversal, agiu-se, sempre, segundo os dez pressupostos das Cartas da Criança Hospitalizada e, ainda, nos cuidados de saúde primários (Instituto de Apoio à Criança, 2017; Instituto de Apoio à Criança, 2021).

No domínio da prestação de cuidados especializados, o EESIP possui três competências específicas, respetivas unidades de competência e critérios de avaliação, tais como *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*.

Em concordância com o Regulamento n.º 422/2018, relativamente à primeira competência, **Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**, o EESIP considera a natural dependência da criança e a sua progressiva autonomização, bem como o binómio criança-família como alvo dos cuidados.

O foco de atuação do EESIP, no processo do cuidar, deverá assentar em estratégias promotoras da autonomia, autocuidado e negociação da participação da criança/jovem e família. Assim, através da sua inclusão, aspira-se a melhor adaptação do

binómio ao contexto de saúde-doença e gestão da condição, atribuindo-lhe responsabilidade nas decisões (Dos Santos, 2020).

Deste modo, importa negociar a participação da criança/jovem e família, no sentido da independência e bem-estar, tal como referido no Regulamento n.º 422/2018. Como parte integrante da prática, importa considerar os CCF, atendendo à influência da família nos seus membros. Estes cuidados possuem a concepção de que famílias e profissionais de saúde são parceiros, nos cuidados à criança/jovem, enaltecendo princípios de dignidade e respeito com partilha de informação e colaboração (Barbieri-Figueiredo, 2015).

Ao longo de todos os contextos da prática, as transformações que a família atravessa encontram-se plasmadas na apreciação, elaboração dos diagnósticos, planeamento, implementação e avaliação dos resultados, tendo em vista a obtenção de respostas adequadas e o desenvolvimento da reflexão crítica, enquanto EESIP. A criança/jovem, pelas suas características, necessita de cuidados de saúde diferenciados que abranjam a sua família. No seguimento, cabe à família, a responsabilidade primeira de promover o desenvolvimento pleno e, à criança, especificamente ao jovem, a autodeterminação, rumo à autonomia progressiva.

Segundo o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP estabelece e gere uma parceria de cuidados, promotora da otimização da saúde e parentalidade, gestão do regime e reinserção social da criança/jovem. Na área infantojuvenil, de acordo com o Regulamento n.º 351/2015, a parceria consiste numa articulação, a qual poderá incluir, em unicidade ou numa ótica multidimensional, a criança/jovem. A respetiva operacionalização resulta das relações instituídas, de cariz aberto e colaborativo, entre o binómio e a equipa de enfermagem, nas quais podem intervir, naturalmente, outros membros familiares. Atendendo à família, enquanto contexto da criança/jovem, os cuidados requerem a instituição de uma comunicação efetiva com predomínio da partilha de conhecimentos e de intervenções nos domínios de atuação, tais como o envolvimento, participação, parceria, capacitação e negociação dos cuidados.

Na ótica do Regulamento n.º 422/2018, importa comunicar com a criança/jovem e família com recurso a técnicas apropriadas à idade, estágio de desenvolvimento e, culturalmente, sensíveis. No Regulamento n.º 351/2015, reforça-se a importância da satisfação da criança/jovem e família, objetivando o respeito pelas crenças e cultura, através da incessante procura pela empatia, na instituição de uma efetiva comunicação.

O processo comunicativo bem-sucedido advém de vários fatores, circunstâncias internas, externas e interações entre os indivíduos do ecossistema comunicacional. Antevendo uma comunicação eficaz, integralmente, é necessário que os intervenientes possuam o mesmo intuito, na partilha de princípios, objetivos, motivação e recursos (Melo et al., 2023).

A título de exemplo, no SUP, uma criança, após tolerar a Prova de Tolerância Oral, teve indicação médica para ingerir uma refeição ligeira e, eventualmente, ter alta. Seguidamente, negociou-se com a criança, incentivou-se e esta recusou a ingestão. A progenitora, igualmente, fê-lo, também, sem sucesso. Após esta recusa, transmitiu-se que haviam umas bolachas deliciosas e super especiais. Rapidamente, coleí dois autocolantes de valentia e bom comportamento ao invólucro de umas simples bolachas e oferecia-as. A criança sorriu e ingeriu-as na totalidade. Muitas das vezes, não é o que se diz/faz, mas como se procede, constituindo um exemplo relevante de como a mudança adequada de abordagem é crucial.

Além da comunicação adequada, é fundamental utilizar estratégias motivadoras ao binómio para a assunção dos seus papéis em saúde. O estágio especializado no SMINP compreendeu um importante contributo, onde, diariamente, dei de caras com o verdadeiro sentido do altruísmo. Felizmente, nunca estive naquele serviço e a curiosidade era imensa. Suspeita assumida, porque gosto muito dos mais pequeninos, aqueles pequenos grandes guerreiros. A surpresa deu o ar da sua graça e aqueles que, no meu serviço, eram pequenos, ali, eram os mais crescidos. A equipa de enfermagem é de uma qualidade exímia e com uma dinâmica fora de série.

Ao redor, um espaço pequeno, bem delimitado, rodeado de fios, no entanto de uma organização utópica. Tudo, devidamente, etiquetado e coordenado. Foi-me apresentado o serviço, a mini copa, o mini vestiário... Era tudo XS, à exceção da dedicação daqueles profissionais, a quem tenho o orgulho de apelidar por colegas. Essa, era, sem sombra de dúvidas, XL. Perfeitamente, recordo-me das palavras proferidas, à enfermeira tutora “(...) é um espaço pequeno, mas acolhedor. Sente-se o calor humano (...)”. Sente-se, de facto. Máquinas, monitores, bombas infusoras, ventiladores por todo o lado. Fios e mais fios. Ao mínimo alarme, o enfermeiro lá está para dar resposta. Profissionais, altamente, diferenciados. A precisão, perícia e competência andam de mãos dadas.

O EESIP é multifacetado. A atuação num serviço deste calibre é uma valiosa confirmação disso. A sua intervenção engloba o recém-nascido, frágil, indefeso, mas

também a respetiva família. Mamãs que, muitas das vezes, se encontram no pós-parto. Aquela fase que, por si só, já acarreta alguma instabilidade emocional, por tudo o que envolve. Hormonas aos saltos, subida do leite, adaptar-se ao novo corpo. Ainda assim, o seu bem mais precioso tem de ali ficar, naquelas caixas mágicas, rodeado de fios e maquetinas. A abordagem do EESIP é esta, é muito esta. Conjuntamente, aliar, passe o pleonasma, o saber ser/estar, o saber saber e o saber fazer.

Do serviço ao lado, chegam algumas mamãs, hospitalizadas. Elas que trazem o coração nas mãos e o colo vazio, restando-lhes o acreditar. O receio impera, todavia, são recebidas com uma voz ténue, palavras de segurança e aconchego. A voz que teima em sair trémula, as lágrimas que quase vertem. A atenção dada aos pais/cuidadores, o apreço com que cuidam dos pequeninos é algo de louvar. Toda e qualquer intervenção se pautou por humanização, no mais puro significado.

Na prática, foram prestados cuidados a gémeos nascidos de 25 semanas. Naquele momento, já estavam com 32 semanas e uns crescidos, no auge das suas 1400 gramas de fofura. Atendendo à proveniência desta família, foi um caso, particularmente, especial. A família atravessou o Oceano pela inviabilidade de ser recebida na sua zona de conforto, no seu Hospital. O estágio findou e, entretanto, a família já foi transferida para o Hospital de origem, com uma vida pela frente. Gémeos tão pequeninos e que inspiram cuidados de uma magnitude estratosférica. À saída, o agradecimento é uma constante.

A RAM dispõe do equipamento adequado e de recursos humanos aptos para situações de tamanha complexidade. Genuinamente, orgulhosa pelo que se faz, cá, na Madeira. Um dos projetos mais deliciosos consistiu nos polvos, feitos à mão, e à sua simbologia. As enfermeiras do SMINP, excelentes profissionais, ainda têm umas mãos de fada. Além do horário laboral, algumas profissionais fazem gorros para os pequeninos e, inclusive, até já tinham uns de Pai Natal. Singelamente, é de um amor, dedicação e humanização que orgulha qualquer colega.

A intervenção do EESIP, segundo o Regulamento n.º 351/2015, tem por objetivo a promoção das competências da criança/jovem e família, emergindo, como axiomas, a maximização e potenciação da saúde, promoção do crescimento e desenvolvimento. Face ao conceito de que a família, especialmente os pais/cuidadores são os melhores prestadores de cuidados da criança/jovem. O compromisso do EESIP passa pela colaboração, com cada família, na adaptação ao seu processo de saúde-doença, interagindo, através do apoio, ensino, instrução e treino. Assim, objetiva a capacitação da

família para a gestão eficiente dos cuidados, fornece o suporte necessário, dotando-a de conhecimentos e competências.

Neste sentido, é de extrema importância escutar a criança/jovem e família, incentivar a formulação de questões, desmistificar dúvidas e reforçar que todas elas são relevantes. A título de exemplificação, no SUP, uma mãe de primeira viagem, já com todos os seus medos e incertezas, naturalmente, muito angustiada pelo seu príncipe estar com uma Bronquiolite. Deste modo, forneceu-se a câmara expansora, o inalador, folheto informativo e procedeu-se aos ensinamentos, relativamente à administração, cuidados, higienização e conservação do material. A terapêutica foi administrada, disponibilizou-se um espaço para dúvidas, mas referiu ter percebido.

Na administração seguinte, orientou-se para fazê-lo com supervisão. Aí sim, surgiram as dúvidas, sendo reforçada a importância de colocar em prática para sentir, efetivamente, quais as dificuldades que poderiam surgir no domicílio, aquando da administração. Novamente, disponibilizou-se um espaço para dúvidas e, neste momento, elas surgiram. As dúvidas foram respondidas, desmistificadas, reforçados ensinamentos e elogiou-se o seu desempenho.

Cuidadosamente, mais do que ensinar e explicar, é impreterível que os pais/cuidadores coloquem em prática, se a situação o permitir. Só na realização, manuseando o material, é que se sentirão capazes e, totalmente, esclarecidos. Muitas das vezes, o que se verifica são agudizações dos antecedentes da criança, tais como a Aasma, onde, quando solicitamos para administrar a terapêutica inalatória que, habitualmente, cumpre no domicílio, não o faz adequadamente. Ao longo do percurso, já se presenciou um episódio de não ter agitado/aquecido o inalador ou quando administram seguidamente, sem contabilizar o tempo necessário entre os ciclos respiratórios. Situações que conduzem a exacerbações do processo patológico por não cumprir, de forma apropriada, o procedimento de administração.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, sistematicamente, o EESIP procura oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família, avalia conhecimentos e colabora na aquisição de novos, no sentido da adoção de comportamentos promotores de saúde.

A título de exemplo, no Serviço de Cirurgia Pediátrica, prestaram-se cuidados a um adolescente e família, submetido a Apendicectomia via laparoscópica, o que motivou a realização do Estudo de Caso, intitulado “Cuidar do adolescente e família com afeção cirúrgica – Apendicectomia: O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e

Pediátrica”. A apendicite aguda resulta da inflamação do apêndice vermiforme e constitui a emergência cirúrgica abdominal mais frequente (Carvalho et al., 2022).

Num momento inicial, surge uma dor abdominal peri-umbilical ou generalizada. Seguidamente, o apêndice torna-se mais inflamado, juntamente com o peritoneu, e a dor localiza-se mais no quadrante inferior direito. A dor pode ser acompanhada por diminuição da ingestão alimentar, náuseas, vômitos, diarreia ou obstipação, febre, poliúria ou urgência miccional. Quanto à etiologia, acredita-se que decorra da obstrução, dado o seu reduzido lúmen, conduzindo à inflamação, isquémia localizada, perfuração e desenvolvimento de abcesso ou perfuração com peritonite. A evidência atual considera, igualmente, a hiperplasia linfóide, supercrescimento bacteriano, fecalito, corpo estranho, trauma ou massa tumoral (Jones et al., 2023).

O tratamento de primeira linha consiste na apendicectomia, seguida de antibioterapia, quando necessário. Clinicamente, se possível, a abordagem laparoscópica resulta em pós-operatórios menos dolorosos e recuperação mais célere (Jones et al., 2023). Após a intervenção cirúrgica, as complicações resumem-se à infeção da ferida cirúrgica, abcesso intra-abdominal, obstrução intestinal, hérnias incisionais e apendicite do coto, esta última, aquando da identificação incorreta da base do apêndice, no momento cirúrgico (Catal et al., 2021).

Os antecedentes pessoais de Fibrose Quística e os familiares de apendicite, aparentemente, elevam o risco. A dieta também é identificada como fator causal, uma vez que é menos comum nos países em desenvolvimento, onde não existe tamanha ingestão de açúcar, comparativamente aos países desenvolvidos. Por fim, outro dos aspetos que tem vindo a ser estudado corresponde às reações de hipersensibilidade associadas aos episódios de apendicite aguda (Carvalho et al., 2022).

Além dos cuidados inerentes à intervenção cirúrgica, segundo a Norma n.º 010/2013 relativa ao Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), importa atender à fase de desenvolvimento, neste caso, a adolescência, dado que se caracteriza por transformações físicas exuberantes, aumento das capacidades cognitivas, enriquecimento do repertório afetivo e maior estruturação do processo de socialização. Atendendo à simplificação, apesar de existirem muitos outros, passíveis de intervenção pelo EESIP, somente foram explorados alguns focos de atenção, junto do adolescente e família.

À luz da procura pelas oportunidades de intervenção, antevendo comportamentos promotores de saúde, decidiu-se abordar a seletividade alimentar do adolescente para frutas e hortícolas. Segundo a Ontologia de Enfermagem, elaborou-se o

diagnóstico “Potencial para melhorar conhecimento sobre autogestão do regime dietético”, relativo ao adolescente. Por sua vez, à mãe, edificou-se o “Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre gestão do regime dietético” (OE, n.d.).

O Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 é um dos prioritários do PNS 2021-2030, presente na Resolução n.º 93/2023. Em Portugal, a alimentação desadequada constitui uma das causas evitáveis de doenças crónicas não transmissíveis, perda de qualidade de vida e mortalidade precoce.

O Programa supramencionado visa a promoção do estado de saúde da população portuguesa, por meio da atuação num dos principais determinantes, a alimentação. Deste modo, pretende criar ambientes alimentares saudáveis, promover a literacia e capacitar a população para as melhores escolhas alimentares. Ainda assim, objetiva reforçar e reorientar os serviços de saúde para a promoção da alimentação saudável e atuação eficaz na melhoria do estado nutricional da população. Como metas, até 2030, planeia aumentar a percentagem do consumo de, no mínimo, 400 gramas de fruta e hortícolas em crianças, adolescentes e adultos. Pelo menos, reduzir 15% do consumo de alimentos não saudáveis, entendendo-se como aqueles que não constam da Roda dos Alimentos. Por último, frisa-se a meta de diminuir, no mínimo 15%, a proporção de crianças e adolescentes com consumo diário de bebidas açucaradas e/ou providas de edulcorantes.

O último Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física de 2015-2016 evidenciou que 40.7% das crianças e 48.7% dos adolescentes possui um consumo de açúcares livres superior a 10%, do valor energético total, acima das recomendações da OMS. No que toca ao consumo de fruta e hortícolas, recomenda-se igual ou superior às 400 gramas por dia, verificando-se que 72% das crianças e 78% dos adolescentes não atinge (Lopes et al., 2017).

Ainda assim, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030 faz alusão à influência da família, no crescimento e desenvolvimento infantil, particularmente nos hábitos alimentares dos seus membros. Neste sentido, ao adolescente e progenitora, foram delineadas algumas intervenções, segundo a Ontologia de Enfermagem, tais como ensinar sobre o regime dietético; ensinar sobre dieta restrita em gorduras; ensinar sobre ingestão de líquidos; ensinar sobre autogestão do regime dietético; avaliar evolução do conhecimento sobre autogestão do regime dietético (OE, n.d.).

Fruto da hospitalização, aproveitou-se a oportunidade para intervir num domínio carenciado, enquanto alicerce à capacitação dos pais/cuidadores para a importância de

uma dieta completa, variada e equilibrada. Relativamente aos ensinamentos, validaram-se os conhecimentos que possuíam sobre a alimentação, foram reforçados outros, de acordo com as competências do EESIP e evidência científica. Por último, encaminhou-se para o nutricionista e frisou-se a importância dos pequenos esforços diários que conduzem à mudança de hábitos para a vida, elogiando cada passo, por menor que seja.

No que concerne ao Regulamento n.º 422/2018, o EESIP faz uso da informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar, trabalhando com agentes da comunidade, tendo em vista a melhoria da acessibilidade aos cuidados de saúde. O EESIP, continuamente, avalia o contexto familiar, em parceria, quando necessário, com outros profissionais da equipa de saúde, no sentido de assegurar a articulação, continuidade e adequação dos cuidados prestados à criança/jovem e família.

Na prestação de cuidados, objetivando o conhecimento sobre a relação interna e externa da família, foram utilizados os instrumentos referidos no Modelo de Calgary, designadamente Genograma e Ecomapa, presentes nos dois Estudos de Caso. O enfermeiro, além de conhecer os membros da família, individualmente, também deverá deter conhecimento sobre as relações entre cada um, com a comunidade e o meio onde estão inseridos para melhor compreensão e atuação na estrutura familiar (Shajani & Snell, 2019).

De igual modo, estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. A título de exemplificação, surge a prática clínica no Centro de Desenvolvimento da Criança. As crianças são referenciadas quando existe suspeita ou fatores de risco inerentes às perturbações do neurodesenvolvimento. A proveniência poderá ser do SMINP, onde se salienta o protocolo que engloba o Prematuro com peso, ao nascer, inferior às 1500 gramas; Atraso de Crescimento Intrauterino; Convulsões neonatais; Malformações do Sistema Nervoso Central ou outras com risco de perturbação do desenvolvimento; Encefalopatia hipóxico-isquémica; Recém-nascido ventilado; Cromossomopatias; Doença Metabólica; Infecções, tais como Sepsis e Meningite. Finalmente, podem ser referenciadas pelo Pediatra assistente, Médico especialista em Medicina Geral e Familiar, Consulta Externa ou após internamento no Serviço de Pediatria.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, no âmbito da saúde escolar, o EESIP intervém em programas e apoia a inclusão de crianças/jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. O ensino clínico no Centro de Desenvolvimento da Criança constitui um dos exemplos.

A reunião multidisciplinar, a cada duas semanas, representa uma metodologia eficiente e, de veras, profícua. Na última reunião, fica agendada a próxima, para assegurar que, a maioria dos profissionais, se encontra disponível. Pediatras, Enfermeiros, Fisioterapeutas, Terapeutas da fala, Terapeutas ocupacionais, Educadoras, Psicólogas e Assistente Social reúnem-se e debatem. Os casos são discutidos, sob a perspectiva dos variados profissionais, visando a continuidade de cuidados, articulação, adaptações ou intervenções adicionais que se julguem necessárias. A oportunidade de assistir a uma reunião desta natureza foi incrível e essencial à identificação do papel de destaque que o EESIP assume. De notar o funcionamento da equipa multidisciplinar e o quanto, efetivamente, é proveitoso trabalhar em prol do objetivo comum.

A Terapeuta Ocupacional trouxe o caso de uma criança observada por si e que ainda não tinha sido observada pela Fisioterapia. Assim sendo, validou-se com a Pediatra e esta referenciou para a Medicina Física e Reabilitação, por se encontrar sob a alçada destes profissionais. Ainda uma outra criança, imigrante, evidenciou dificuldades na linguagem, foi sugerido o apoio pelo ensino especial e procedeu-se à articulação com a escola.

Segundo o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP diagnostica, precocemente, e intervém nas doenças comuns e/ou situações de risco que possam afetar, de forma negativa, a vida ou qualidade de vida da criança/jovem e família. Por outras palavras, deve aliar o conhecimento do perfil de desenvolvimento para identificar atrasos no ritmo ou incapacidades de desenvolvimento (OE, 2010).

No seguimento, presente na Norma n.º 010/2013: PNSIJ, um dos objetivos reside no detetar, atempadamente, e encaminhar as situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança/adolescente, nomeadamente as malformações congénitas, como a “(...) doença luxante da anca, cardiopatias congénitas, testículo(s) não descido(s), perturbações da visão, audição e linguagem, perturbações do desenvolvimento estatura-ponderal e psicomotor, problemas dentários, alterações neurológicas, alterações do comportamento e do foro emocional e relacional (...)” (p. 9).

À luz do Regulamento n.º 422/2018, nas diversas faixas etárias, importa prevenir, identificar e deter conhecimento sobre a abordagem às doenças comuns, sensibilizando pais/cuidadores para os sinais e sintomas que justifiquem o recurso aos serviços de saúde. No Centro de Desenvolvimento da Criança, todos os dias, sem exceção, foram de um aprendizado exponencial. As consultas de ESIP foram muito

enriquecedoras, dado que não se restringem, apenas, à aplicação da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil.

A promoção da saúde encontra-se em cada palavra proferida, é a educação para a saúde, são os cuidados antecipatórios, quando se alerta para os cuidados associados à lavagem nasal. Relativamente ao cinto de segurança, pais/cuidadores são alertados sobre os cuidados na cadeira de transporte e automóvel. A alimentação, estratégias para promover o controle de esfíncteres, brincadeiras para estimular determinada lacuna, designadamente o sentar ou o brincar com massas e colocá-las num cordel para trabalhar a pinça fina.

No quotidiano, envolver a criança, nas Atividades de Vida Diária, possui múltiplos benefícios. Desde inculcar a capacidade de organização, tolerância, até treinar frases complexas, como por exemplo “(...) primeiro arrumas os brinquedos e depois vamos lanchar (...)” ou “(...) antes de irmos lanchar, vamos arrumar os brinquedos (...)”.

O Regulamento n.º 422/2018 preconiza que o EESIP deve identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal estar psíquico e situações de risco, como maus tratos, negligência ou comportamentos de risco à criança/jovem.

Na infância, as principais causas de lesões não intencionais são os acidentes de viação, seguidos pelos afogamentos, intoxicações, queimaduras e quedas. Maioritariamente, correspondem a lesões evitáveis, demandando a aposta na identificação dos fatores de risco e vigilância, tendo em vista a modificação ambiental, bem como comportamental (Jullien, 2021).

Nos últimos anos, o significativo impacto dos acidentes na mortalidade, ocasionou uma tomada de posição, por parte da União Europeia e OMS. Na ótica mundial, publicou-se o “World report on child injury prevention”, salientando a magnitude, fatores de risco e impacto dos acidentes nas crianças e jovens até aos 19 anos. No sentido da respetiva prevenção e promoção da segurança, reforçou-se o apelo à priorização efetiva e sustentável, nas políticas e programas nacionais (Peden et al., 2008).

Por sua vez, a DGS emitiu o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016, sem outra atualização, enaltecendo a existência de estratégias preventivas eficazes, na mitigação do número e impacto físico e emocional dos acidentes. A evidência científica aponta para a importância dos regulamentos e legislação, no apoio aos comportamentos e práticas seguras, limitando a exposição ao risco. Ainda assim, tais medidas só se tornam efetivas, através da fiscalização, nomeadamente na vigilância do “(...) ambiente urbano e rodoviário, a segurança dos produtos, a educação cívica e o

desenvolvimento de competências para lidar com o risco, a par da melhoria do acesso e da qualidade dos cuidados médicos (...)” (p. 4). Além disso, importa dirigir as respostas aos grupos mais suscetíveis, direcionar os resultados da avaliação para a intervenção comunitária e multissectorial.

Do ponto de vista das evidências fisiológicas e emocionais de mal estar psíquico, a título de exemplo, cita-se o Estudo de Caso desenvolvido no Serviço de Cirurgia Pediátrica. A presença da progenitora foi uma constante, sempre colaborante e atenciosa. Face à hospitalização e tudo o que envolve, a mãe evidenciou períodos de ansiedade e que, efetivamente, foi uma mais valia priorizar nos diagnósticos de enfermagem. Segundo a Ontologia de Enfermagem, determinou-se o “Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo de ansiedade” (OE, n.d.).

A ansiedade resultou do impacto, na continuidade dos cuidados, no domicílio, da seletividade alimentar do filho. Desde cedo, referiu querer aprimorar os seus conhecimentos e delinear-se o ensinar mãe/pai sobre estratégias de controlo da ansiedade; ensinar mãe/ pai sobre estratégias de relaxamento; avaliar evolução do conhecimento da mãe/pai sobre estratégias de controlo da ansiedade (OE, n.d.).

A doença da criança/jovem e a hospitalização afetam todos os membros da família, constituindo um evento gerador de *stress*. Assim, importa salientar alguns pilares basilares, tais como o cuidado atraumático e os CCF, enquanto cruciais ao apaziguamento do sofrimento de todos os membros (Tavares, 2020).

Nos cuidados de enfermagem à família, existem inúmeros fatores com impacto nas reações dos pais à doença/hospitalização, nomeadamente o prognóstico, mecanismos próprios de enfrentamento, experiência prévia com a hospitalização, procedimentos médicos envolvidos no momento do diagnóstico e respetivo tratamento, sistema de apoio disponível, padrões de comunicação entre os membros da família, crenças religiosas e culturais (Hockenberry et al., 2017).

A vulnerabilidade familiar diz respeito a algo que não experienciaram antes e, face ao desconhecido, evidenciam insegurança. A doença e hospitalização integram eventos imprevisíveis que ocasionam dor e sofrimento, conduzindo a dificuldades na adaptação à parentalidade. Tais repercussões nos projetos de vida e expectativas de toda a família, conduzem a adaptações e transições acrescidas para as quais o EESIP deve estar desperto (OE, 2015).

As principais preocupações dos pais/cuidadores dizem respeito ao estado de saúde da criança/jovem, reação ao internamento e à doença, situação escolar, gestão da

vida profissional, aspetos financeiros, entre outros. No que toca às respetivas necessidades, frisa-se a recuperação da criança e o regressar ao domicílio, melhores condições físicas na hospitalização, mais tempo para si e melhor comunicação com a equipa de saúde (Rodrigues et al., 2020).

Deste modo, deve-se disponibilizar apoio aos membros da família, especialmente disponibilidade para ficar, escutar as mensagens verbais e, ainda, as não verbais. Especificamente os pais, carecem de auxílio para aceitar os próprios sentimentos, relativamente à criança doente, e, quando lhes é facultada a oportunidade, revelam sentimentos de perda de controle, raiva e culpa. No sentido de reduzir a carga emocional, é de extrema importância reforçar que compreendem uma resposta normal e expectável ao *stress* (Hockenberry et al., 2017).

Os CCF, igualmente, abarcam as necessidades dos irmãos. Se necessário, incluem a sua preparação para a visita hospitalar e a preparação dos pais para as reações dos restantes filhos, uma vez que podem experienciar solidão, medo, preocupação, raiva, ciúme, culpa e ressentimento (Hockenberry et al., 2017).

À progenitora, foram facultados mecanismos e estratégias de controlo de ansiedade e relaxamento. Tal intervenção foi fulcral, atendendo à influência do bem-estar dos membros na família. A mãe adquiriu conhecimentos muito proveitosos e que lhe trarão maior autocontrolo, no momento da hospitalização e também numa ótica futura. Ininterruptamente, disponibilizou-se espaço para esclarecimento de dúvidas, sendo promovida a expressão de sentimentos e escuta ativa. Sempre recetiva e grata pelos cuidados.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP avalia os conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família referentes à saúde, assistindo-a nas situações de abuso, negligência e maus tratos. Ainda assim, sensibiliza pais/cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção.

O Comité Português para o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) (2019), na Convenção sobre os Direitos da Criança, artigo 19.º, entende que os Estados Partes devem tomar todas as medidas, desde legislativas, administrativas, sociais a educativas, adequadas à proteção da criança, contra qualquer forma de “(...) violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual (...)”, enquanto estiver sob a guarda de outrem (p. 16).

Na prática clínica, foram prestados cuidados a crianças e famílias institucionalizadas, por motivos de violência. Sem sombra de dúvidas, é impossível ficar indiferente, ao perceber tamanhas cicatrizes e medos que tais vítimas carregam. De igual modo, também foi possível observar a redação dos relatórios para a CPCJ e toda a dinâmica inerente.

O EESIP, em concordância com o Regulamento n.º 422/2018, encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. Nos CSP, houve a rica oportunidade de participar na vacinação de BCG – Bacilo de Calmette Guerin, algo não tão comum, atualmente, dada a inclusão apenas dos grupos de risco. Nesse turno, uma das crianças selecionadas apresentou-se à consulta com tiragem global e desconforto. A progenitora referiu que, por uma Bronquiolite, estava a cumprir com inaladores por câmara expansora. Atendendo ao quadro de agudização, a vacinação foi adiada e procedeu-se às orientações de como proceder e ser observada pelo médico assistente.

No que toca à segunda competência, presente no Regulamento n.º 422/2018, **Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade**, oportunamente, o EESIP mobiliza os recursos, nas situações de particular exigência, recorrendo a um amplo leque de abordagens e terapias.

No âmbito do exercício profissional, tal como se verifica no Regulamento n.º 351/2015, incessantemente, o EESIP procura pela excelência, prevenindo complicações para a saúde da criança/jovem, através do rigor técnico-científico, implementação de intervenções e rápida identificação dos focos de instabilidade com devida resposta antecipatória. Naturalmente, demonstrando conhecimentos e habilidades em Suporte Avançado de Vida Pediátrico.

No SUP, um adolescente recorreu por vômitos e, após avaliação da glicémia capilar, constatou-se 56mg/dL. Prontamente, o médico foi informado e procedeu-se à correção. Além disso, na triagem, existe um protocolo para administração de analgésico ou antipirético, segundo o peso da criança. Na avaliação, se a criança estiver queixosa ou febril, este último associado a desconforto ou presença de antecedentes que o justifiquem, imediatamente, o enfermeiro administra a terapêutica. Situações que justificam a importância de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e, de forma célere, prestar cuidados de enfermagem adequados.

Ainda no SUP, no que toca à sala zero, sempre que ocorre uma situação que a justifique, à entrada do serviço, existe uma campainha que se aciona para que todos entendam o que aí vem. Esta é uma sala partilhada com o Serviço de Urgência Geral

(adultos) e que, segundo os colegas, vêm sempre auxiliar. Aquando da permanência no SUP, não existiram muitas oportunidades de observar e colaborar, dado que, na faixa etária infantojuvenil, tais situações são menos frequentes.

Por sua vez, no Serviço de Cirurgia Pediátrica, houve o privilégio de realizar alguns turnos na Nefrologia Pediátrica (Unidade de Hemodiálise) com uma enfermeira tutora perita. Efetivamente, importa reconhecer as situações de instabilidade, a título de exemplo relativas às quantidades preconizadas, atendendo à homeostasia corporal. A Nefrologia exige saberes específicos, sendo uma área que exigiu dedicação extra, por ser um domínio que, naquela proporção, se desconhecia.

Ao nível nacional, o CMIN constitui um centro de referência para o transplante renal pediátrico de baixo peso, dispondo de um equipamento único que possibilita a hemodiálise ao recém-nascido com peso superior às 1800 gramas. Deste modo, fez-se por aproveitar tamanha oportunidade, no domínio da hemodiálise, diálise peritoneal, procedimentos adotados e terapêuticas instituídas.

Ainda assim, participou-se da transferência de uma criança, desde outro Hospital até ao CMIN, ficando a par das dinâmicas que tal procedimento implica. Uma outra oportunidade, deveras, muito frutífera, consistiu em assistir a uma cirurgia de correção à escoliose, realizada pela equipa que se desloca à RAM. O olhar atento sobre todos os procedimentos necessários, a complexidade inerente e o poder fazê-lo, *in loco*, foi extraordinário. Tal experiência será uma mais valia, quando, no atual serviço, forem prestados cuidados no pós-operatório, às crianças submetidas a procedimentos desta natureza.

No que concerne à Neonatologia, uma metodologia eficiente e de extrema utilidade é a presença de uma *checklist*, junto às incubadoras com todo o material a conter. O serviço também dispõe de outras, nomeadamente para transferências ou altas. O carro de urgência está, estrategicamente, concebido com cada gaveta destinada ao peso da criança.

À luz do Regulamento n.º 351/2015, o EESIP maximiza o bem-estar da criança e do jovem, por meio da prescrição de intervenções, face às problemáticas reconhecidas. Essas problemáticas poderão ser vivências da morte e luto, gestão da dor, através das medidas farmacológicas e não farmacológicas, doenças raras ou problemas relativos ao risco em saúde infantil com influência no crescimento e desenvolvimento.

O EESIP, na ótica do Regulamento n.º 422/2018, aplica conhecimentos e capacidades facilitadoras da “dignificação da morte” e dos processos de luto, atendendo

à importância da saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem e família. A título de exemplificação, nos CSP, foram prestados cuidados a um recém-nascido e sua mãe. A mãe com uma indumentária completamente negra, ainda em processo de luto, pelo marido, pai do bebê, ter falecido uma semana antes do parto. Além de cuidar do recém-nascido, importa cuidar também do cuidador fragilizado, face à nova condição. O EESIP avalia a resposta da família, face à adaptação deste novo contexto, e adequa os recursos de suporte, orientando-a.

No sentido de aprofundar conhecimentos e estratégias de intervenção, frequentou-se uma reunião científica, em formato de Webinar, intitulada “Cuidados em Fim de Vida: Os desafios na Neonatologia”, pertencente ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca. O certificado de participação encontra-se no Anexo A.

Nas dimensões da vida, a espiritualidade assenta nas crenças, valores, relações interpessoais e transcendência, proporcionando ferramentas de apoio à criança/jovem e família, na vivência da sua condição de saúde. Neste sentido, compreende um recurso de resiliência e de promoção do bem-estar à criança/jovem e família, fundamental ao pleno desenvolvimento (Caldeira, 2020).

O EESIP detém conhecimentos e habilidades que os aplica, na gestão de terapias não farmacológicas para o alívio da dor e, de igual modo, gere as medidas farmacológicas, tal como se verifica no Regulamento n.º 422/2018. O controlo da dor é um direito de todos, particularmente das crianças pela sua vulnerabilidade, e assume-se indicador de boa prática, considerado pela DGS como o quinto sinal vital (OE, 2013).

A dor é uma experiência desagradável, sensorial e emocional, provocada por dano tecidual real ou potencial (European Pain Federation, 2022). Além disso, é subjetiva, única e intransmissível, o que requer uma intervenção personalizada, transpondo, grandemente, a administração de fármacos. Nesta linha de pensamento, é basilar diagnosticar, avaliar a intensidade, nomeadamente através das escalas de avaliação, intervir e registar (OE, 2013).

Na Orientação n.º 014/2010, a DGS considera algumas orientações técnicas, indicativas de boa prática, sobre a avaliação da dor nas crianças. Primeiramente, acreditar sempre na criança, disponibilizar tempo para se expressar e atender ao comportamento habitual ou aquele que se considera para a sua idade. A partir dos três anos e, sempre que seja possível, privilegiar a autoavaliação, dialogar com a criança, pais/cuidadores e fazer uso de um instrumento adequado de avaliação, mantendo-o nas avaliações subsequentes.

Nos instrumentos utilizados, adotar as instruções preconizadas para cada um e, face às situações de dor intensa, priorizar o tratamento, em detrimento da respetiva avaliação.

As escalas de avaliação mais utilizadas, nos diversos contextos da prática, foram a Echelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN); Escala de Faces Revista; Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC); Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R); Escala Numérica (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No alívio da dor, as intervenções não farmacológicas compreendem um forte recurso, isoladamente ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. Na prática clínica, verificou-se a existência de um protocolo para avaliação da dor, após a intervenção cirúrgica e, se oportuno, administração subsequente de analgesia.

Naturalmente, sem descurar as medidas não farmacológicas, a título de exemplo na Neonatologia, salienta-se a sucção não nutritiva, contenção, método canguru, massagem, administração de Glucose a 30% ou leite materno. No SUP, enaltece-se o embalo e a utilização dos recursos audiovisuais, atendendo à existência, na sala de tratamentos, do ecrã com acesso à *Internet* e que faz as maravilhas de quem, por lá, passa.

Nos CSP, ao encontro de um objetivo específico delineado “(...) conhecer os projetos, no âmbito da ESIP (...)”, atestou-se a diversidade dos projetos afetos à especialidade. Não obstante, um fez-se sentir com especial significado – Vacinação sem Dor. A enfermeira tutora está ligada a esse projeto e fá-lo com uma mestria exímia. Fica-se, deveras, fascinados com a leveza com que o faz.

Num momento inicial, é fornecida a bisnaga do Emla<sup>®</sup> (Lidocaína 25mg/g + Prilocaína 25mg/g) e os pais/cuidadores são orientados sobre a aplicação prévia à vacinação. Regra geral, até aos três meses, quando a mãe amamenta, possibilita-se essa opção ou pode ser administrada Glucose a 30%. Quando os lactentes são mais crescidos, até podem ficar na mama, mas, como facilmente se distraem, muitas das vezes, é adotada a técnica da distração com brinquedos.

A partir dos dezoito meses, as crianças podem ver breves vídeos no computador, adequados a cada faixa etária, e, por fim, para as crianças mais crescidas, é possibilitada a realidade virtual que, salvo raras exceções, faz as delícias dos adultos e pequeninos. Todas as estratégias são negociadas e, individualmente, avaliadas, adaptando a cada caso. No final, existem bolas de sabão, um balão e um brinde. Deste modo, foi possível privar com estratégias muito ricas e eficazes, sendo de extrema pertinência à prática profissional.

A administração da vacinação foi algo que motivou o questionamento e sentiu-se necessidade de fundamentar. Na licenciatura, aprendeu-se que a via intramuscular exige aspiração para descartar a via endovenosa, o que, na prática do EESIP, é distinto. Nas crianças, o princípio é ser rápido, em bólus e sem aspiração. No seguimento, a Mesa do Colégio da Especialidade de ESIP, emitiu o Parecer n.º 08/2018 sobre a “Injeção rápida de vacina intramuscular sem aspiração em Pediatria”. Segundo o Estatuto da OE, presente na Lei n.º 156/2015, artigo 42.º, ponto 5, os pareceres técnico-científicos são vinculativos, logo preconiza-se ser o procedimento a adotar.

No que toca ao Regulamento n.º 422/2018, o EESIP responde às doenças raras com cuidados adequados, à luz da evidência científica, no sentido de responder e encaminhar as crianças/jovens com tais condições. No estágio especializado, prestaram-se cuidados a uma criança portadora de Glicogenose Tipo I. Os pensamentos direcionaram-se para o período de integração no serviço, quando foram prestados cuidados a uma outra criança com tal patologia e sentiu-se necessidade de querer saber mais, fundamentando a intervenção em evidência científica.

O EESIP, em concordância com o Regulamento n.º 422/2018, presta cuidados promotores da majoração dos ganhos em saúde, utilizando variadas terapias comuns e complementares, devidamente assentes em evidência. Neste sentido, face às terapias a utilizar, procura evidência científica para alicerçar a tomada de decisão, demonstra conhecimento e habilidades nos diferentes tipos e, ainda, sobre as posições adotadas pela OE.

O Conselho de Enfermagem emitiu o Parecer n.º 18/2011 sobre “Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE)?”. Na prática, algumas das técnicas podem ser integradas, mencionadas na CIPE como recursos, tendo em vista a promoção do bem-estar físico, psicológico e espiritual. Ao longo dos diversos contextos da prática, destacam-se as mais empregues, nomeadamente a musicoterapia, massagem, toque terapêutico, técnica de relaxamento e distração.

Em conformidade com o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, oncológica, deficiência e/ou incapacidade. Assim, visa diagnosticar as necessidades especiais e incapacidades, capacitando as famílias para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação. A redação dos Estudos de Caso, no Serviço de Cirurgia Pediátrica e IPO, foram um importante contributo, no sentido de transpor para o papel, todo o progresso, designadamente o aferir

das necessidades, diagnosticar, planejar, implementar e avaliar os resultados obtidos com eventual necessidade de reajustamentos.

Particularmente, cita-se o Estudo de Caso sobre o adolescente submetido à Apendicectomia, onde a hospitalização conduziu à intervenção especializada, constituindo uma mais valia à recuperação e continuidade do autocuidado. Os conhecimentos foram validados e outros transmitidos, facultadas estratégias de fácil aplicabilidade ao quotidiano familiar e mecanismos de *coping*, úteis ao *continuum* saúde-doença, em prol de um estilo de vida mais saudável. Estratégias simples e descomplicadas que, após a alta hospitalar, auxiliarão na transição ao novo contexto. Além disso, identificou-se e trabalhou-se a vivência materna de ansiedade, o que se revelou muito pertinente, dada a influência do bem-estar de cada membro no bem-estar familiar.

Os referenciais teóricos orientadores da prática profissional são variados e, dadas as transições em curso, especificamente a adolescência e a condição patológica, selecionou-se o Modelo de Transição de Afaf Meleis. O adolescente doente encontra-se numa transição desenvolvimental e de saúde-doença. O processo de adaptação à doença é um período de suscetibilidade acrescida, uma vez que cursa com dois processos simultâneos de transição, implicando maior aposta nos cuidados das necessidades específicas. O desenvolver confiança e *coping* diz respeito à vivência da transição, evidenciando um nível de conhecimento mais elevado, maior compreensão das especificidades e adaptação adequada (Meleis, 2010).

O EESIP, na ótica do Regulamento n.º 422/2018, atua num período crucial do ciclo vital, compreendido até aos 18 anos de idade ou, em situações especiais, face à patologia crónica, incapacidade ou deficiência, poderá atingir os 21 ou 25 anos, até que a transição para a vida adulta se dê com sucesso.

No âmbito da excelência profissional, de acordo com o Regulamento n.º 351/2015, o EESIP procura alcançar os mais elevados níveis de satisfação da criança/jovem e família, através de diversas intervenções. Intervenções que minimizem o impacto dos fatores geradores de *stress*, intrínsecos à hospitalização e/ou vivências de situações de risco/doença crónica. No estágio clínico, foi possível intervir perante crianças com patologias crónicas, tais como a Diabetes Mellitus Tipo I, Asma, Esferocitose, entre outras.

O diagnóstico de uma doença crónica, mormente o cancro, constitui um evento com múltiplas repercussões. A doença oncológica afeta toda a dinâmica familiar, comprometendo o funcionamento e, naturalmente, com necessidade de reajustamento dos

projetos de vida. O processo, estrutura e função familiar influenciam e, por sua vez, são influenciados pela saúde de cada um dos seus membros. Por outras palavras, a doença acarreta diversas alterações nos mais variados aspetos da vida individual e familiar, refletindo-se em todos os elementos (Marques, 2015).

O cancro é a segunda causa de morte de crianças entre 1 e 14 anos, após os acidentes. Desde 1970 a 2019, em idade pediátrica, a taxa de mortalidade tem vindo a diminuir, devido, em larga escala, aos avanços tecnológicos e às melhorias no tratamento instituído (American Cancer Society, 2022).

O Registo Oncológico Nacional faz referência aos dados de 2019, apontando para 330 novos casos dos 0 aos 19 anos. A maior incidência localiza-se na faixa etária entre os 15 e os 19 anos, totalizando 119 diagnósticos. Primeiramente, o Cérebro e Sistema Nervoso Central são as regiões mais afetadas com 56 novos casos, seguido da Leucemia Linfóide com 44 diagnósticos. Em terceiro lugar, surge o Linfoma de Hodgkin Clássico com 38 novos casos (IPO, 2022).

A evidência científica indica que a doença e hospitalização resultam em experiências de sofrimento à criança/jovem e família, sendo que as respostas, reciprocamente, se influenciam. Neste sentido, o EESIP deve estar desperto para perceber as respostas e implementar cuidados de qualidade, tendo em vista a readaptação ao novo contexto (Lopes, 2022).

O EESIP possui um papel preponderante, atua enquanto facilitador da transição experienciada, particularmente pelo adolescente e família. As orientações são definidas, fornecem-se estratégias de atuação e conhecimentos, objetivando a capacitação de todos os membros para a continuidade de cuidados.

A criança/jovem e família carecem de cuidados individualizados, atendendo à mitigação dos possíveis efeitos negativos da hospitalização. Na prestação de cuidados, reconhece-se a importância da família, enquanto elemento fundamental à parceria de cuidados. Apesar de representar um período de *stress*, a doença e, por sua vez, a hospitalização, constituem uma oportunidade para facilitar a mudança positiva. Contrariamente ao comum, face à hospitalização, algumas famílias reforçam os seus mecanismos de enfrentamento e/ou o desenvolvimento de novos conhecimentos e estratégias (Hockenberry et al., 2017).

No IPO e Hospital de Dia Pediátrico, este último, onde tive a oportunidade de realizar quatro turnos, foram prestados cuidados às crianças/jovens e famílias com o diagnóstico de doença oncológica, sob protocolos de Quimioterapia nas diversas vias de

administração, hemoderivados, após intervenções cirúrgicas, terapêuticas, controlos analíticos, neutropénias febris, entre muitos outros. A dinâmica das duas alas de internamento, especialmente, as enfermarias com controlo de pressão, as especificidades da antecâmara e respetivos cuidados. Ainda assim, medulogramas e punções lombares evidenciaram-se como procedimentos frequentes.

O Estudo de Caso debruçou-se sobre os cuidados a uma adolescente que iniciou protocolo de Quimioterapia, designado por “Cuidar do adolescente e família com doença oncológica – O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica”. Ao longo da intervenção, intervim com o intuito de reduzir o impacto do diagnóstico, através da manipulação dos estímulos, provenientes do ambiente. Assim, ocorrem mecanismos de *coping* positivo e a conseqüente adaptação à doença e às alterações por ela causadas. Nesta linha de pensamento, urge estabelecer o diálogo, tanto com a jovem, bem como com a sua família, no sentido de exporem as suas dificuldades e expectativas, procurando atingir os mais elevados níveis de bem-estar.

Desde o início, apresentou um ar aseado, os cabelos longos eram algo de que tinha muito orgulho e a queda seria algo penoso. Pacientemente, transmitiu-se empatia, de que não seria algo fácil, mas existiam várias opções disponíveis para tentar colmatar esta lacuna que tanto a preocupava. O cabelo voltaria a crescer, tal como sempre, reforçando-se que seria uma fase, explicaram-se os cuidados antecipatórios e o próprio processo de queda. Na primeira sessão de Quimioterapia, não cairia logo, nem todo de uma só vez. O processo seria gradual e, se o desejasse, teria tempo de cortar. Inúmeras foram as possibilidades apresentadas, designadamente os lenços, turbantes, gorros e até prótese capilar. Após deliberação, optou pela última opção e, paulatinamente, interpretou, de outro modo, o uso da prótese e dos acessórios possíveis de conjugar.

Além da componente pediátrica que, por si só, já é de uma magnitude estratosférica, ainda se junta a componente oncológica. No IPO, trabalham colegas com um exímio desempenho e elevada sabedoria. Profissionais, imensamente, qualificados e com tecnologia de topo. A partilha é, extremamente, enriquecedora, desde outras técnicas de se fazer o mesmo, até aos diferentes materiais de que dispõem. Alguns deles atravessaram o oceano para tentar replicar, na Madeira, o que de melhor lá se faz.

A área oncológica, a título pessoal, sempre teve um significado especial, as crianças pequeninas, a lutarem com “doenças crescidas”. A criança frágil e, atrás dos holofotes, lá está a sua família. Muitas das vezes, não teve tempo de se recompor, assimilar e, com tudo, lá está para cuidar do seu bem mais precioso. Situações que

espelham, no verdadeiro sentido, a importância de cuidar da criança/jovem doente e também da sua família debilitada. Inicialmente, a opção seria, apenas, uma semana no IPO e ainda bem que o destino me trocou as voltas... A palavra de apreço vai, também, para outro tipo de profissionais, os acarinhados Doutores Palhaços, aqueles que espalham sorrisos e prescrevem alegria. Trabalho de louvar e, a título pessoal, um privilégio privar com tamanha dedicação, no apaziguamento de todas as dores, desde as físicas àquelas da alma.

No que toca à prestação de cuidados, em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem, deve-se atender às especificidades e exigências desenvolvimentais. No Estudo de Caso desenvolvido, um diagnóstico desta natureza, especialmente na adolescência, compreende a quebra de relações afetivas, modificações dos projetos académicos, alteração da imagem corporal e repercussões na autoestima. O EESIP assume um papel de destaque, atendendo à fase de desenvolvimento, dada a visão holística da família e ao sentido de oportunidade que a hospitalização acarreta. Além da afeção oncológica a tratar, impera o cuidado da criança/jovem que atravessa uma importante etapa do ciclo vital, no sentido de responder, eficazmente, à maximização do seu potencial de desenvolvimento.

Paralelamente, no domínio da prestação de cuidados em situação de deficiência/incapacidade, destaca-se o exemplo de uma criança com Trissomia 21 (Síndrome de Down). A criança recorreu ao SUP, por mialgias e febre, na companhia do pai. Após confirmação do diagnóstico, leia-se Miosite, teve indicação para permanecer a cumprir infusoterapia, no período noturno. Nesta situação, a criança não ficou internada pela deficiência/incapacidade, mas pela Miosite, todavia implica ter uma intervenção holística, diferenciada e apropriada aos antecedentes pessoais.

Além disso, existem as perturbações do neurodesenvolvimento para as quais o EESIP deve estar desperto. No Centro de Desenvolvimento da Criança, diariamente, dei de caras com o verdadeiro sentido do altruísmo. Pais que, religiosamente, acompanham os filhos às terapias. Quaisquer que sejam. Crianças especiais, dizem eles, ou seremos nós? Acredito que, talvez nós é que, passe a pergunta retórica, somos especiais. A criança precisa do estímulo adequado para potenciar o seu crescimento e desenvolvimento. Todas, todas elas são especiais. Será que, do mesmo modo, se festeja a evolução de uma criança sem qualquer tipo de perturbação, comparativamente àquela que, por exemplo, possui alguma perturbação do neurodesenvolvimento? Talvez, até se subvaloriza cada

vitória. O politicamente correto não seria festejar cada vitória por mais minuciosa que fosse?

A admiração transcende-me, face àqueles pais que, à mínima evolução, lá estão para aplaudir os seus filhotes. Carinhosamente, recordo-me de uma criança que veio, acompanhada pela mãe, à consulta. A criança diagnosticada com Perturbação do Espectro do Autismo, estava muito agitada na sala e, por breves segundos, estabelecia contacto visual. Alimentação com diversas alterações, designadamente só ingeria pão, sopa e fruta ralada. A mãe, quando questionada sobre o controlo de esfíncteres, até se emocionou. A felicidade notória estava estampada no seu rosto, afirmando que a criança fez algo inédito até então. Quando sentiu a fralda suja, veio ter consigo e deu a entender que estava desconfortável. Passos pequeninos, no entanto, sem esquecer que, por mais longa que seja a caminhada, começa, sempre, pelo primeiro passo.

A intervenção passa pela promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, oncológica, deficiência ou incapacidade. Atendendo às especificidades e toda a componente psicológica que acarreta, importa deter um conjunto de cuidados holísticos, tendo em vista a vivência, da forma mais positiva possível. O EESIP ocupa um lugar de relevância, enquanto facilitador de informação, catalisador de mudanças e desenvolvimento de estratégias internas (OE, 2010).

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP, na sua intervenção, procede à adequação do suporte familiar e comunitário. Segundo a Norma n.º 010/2013: PNSIJ, um dos focos de atenção diz respeito à avaliação da dinâmica familiar e da rede de suporte sociofamiliar, incessantemente, no contacto com o binómio. No primeiro ano de vida da criança, deve-se atender ao estado emocional da progenitora, dado o risco de depressão pós parto, e/ou do cuidador. Precocemente, é crucial encaminhar os casos que possam influenciar, de forma negativa, o desenvolvimento da criança.

Nos CSP, cita-se um objetivo específico delineado “(...) colaborar numa consulta domiciliária (...)” e as estratégias definidas, como o Diálogo com a enfermeira tutora e partilha da apetência para o fazer; Negociação com a família sobre a possibilidade de ida ao domicílio; Enumeração das barreiras às consultas domiciliárias; Identificação do material necessário para o efeito; Identificação das dinâmicas afetas a uma consulta desta natureza; Prestação de cuidados à criança/jovem e família no seio familiar; Aferição das condições habitacionais e rede de suporte; Resposta às necessidades da criança/jovem e família.

Num momento inicial, partilhou-se com a enfermeira tutora o desejo de investir na capacitação parental e, de igual modo, no contexto domiciliar. Infelizmente, por parte das famílias, a ida do enfermeiro ao domicílio está associada a processos institucionais e à CPCJ, constituindo um entrave. Não foi fácil e algumas foram as recusas, todavia, finalmente, a família de um recém-nascido aceitou. No seguimento, tratou-se de agendar o horário adequado à família e à agenda de consultas. Posteriormente, seguiu-se o transporte para o fazer e a preparação do material necessário, nomeadamente para a avaliação antropométrica e realização do Teste do Pezinho, à luz do Programa Nacional de Rastreio Neonatal, presente no Despacho n.º 7276/2019.

O Teste do Pezinho disponibiliza o rastreio neonatal de patologias raras, cujo diagnóstico precoce possibilita a modificação da respetiva evolução, com repercussões positivas na qualidade de vida da criança e família (Vilarinho, 2022). O objetivo geral, segundo o Despacho n.º 7276/2019, consiste em assegurar, universalmente, o rastreio e diagnóstico neonatal, incluindo o maior número possível de patologias, visando promover respostas de qualidade às necessidades das crianças.

Ainda segundo este Despacho, no leque diagnosticado, sob responsabilidade do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, encontra-se o Hipotiroidismo Congénito, Fibrose Quística e Doenças Hereditárias do Metabolismo, como a Fenilcetonúria. Em março de 2021, no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, iniciou-se um estudo-piloto que inclui a Drepanocitose, sendo replicado, integralmente, na região de Lisboa e Setúbal. O intuito será, posteriormente, avançar para todo o país (Vilarinho, 2022).

Tudo a postos, inicia-se a aventura. À chegada, o pai à espera, de sorriso rasgado, muito feliz por nos ver. A mãe, logo atrás, igualmente feliz e agradecida, com o bebé ao colo, a deambular com alguma dificuldade, atendendo à cicatriz da cesariana que a incomodava. Mais à frente, surge o irmão. A casa possuía excelentes condições habitacionais, no entanto foi um aspeto que a mamã frisou, no sentido de não se observar a desorganização. No seguimento, desconstruiu-se e reforçou-se que estranho seria se estivesse tudo, devidamente, organizado. O expectável era isso mesmo e a mamã tinha de aproveitar para tentar descansar.

Assim, questionou-se como corria a alimentação (amamentação exclusiva), a relação com os irmãos, desmistificaram-se algumas dúvidas e deu-se início ao Teste do Pezinho. A mãe preferiu não amamentar e foi administrada Glucose a 30%. O estar no seu meio, junto dos papás e do mano, contribuiu para o bebé se manter calmo. De seguida,

procedeu-se à avaliação antropométrica, reflexos, fontanelas, icterícia e coto umbilical, reforçando cuidados. Após toda esta frutífera experiência, salienta-se que a consulta domiciliária é uma importante oportunidade para perceber o contexto familiar onde se insere a criança. Momento para estar em contacto com os elementos familiares, identificar o tipo de família, as ligações que existem e as condições habitacionais. Como estão no seu meio, frequentemente, sentem-se mais à vontade e, referente às mães, torna-se mais cómodo, atendendo à avalanche associada ao pós-parto.

Na ótica do Regulamento n.º 422/2018, o EESIP demonstra conhecimentos sobre estratégias promotoras da esperança realista, gere o processo de reposta e referencia crianças/ jovens e famílias com incapacidades e/ou doença crónica para as instituições de suporte e cuidados de especialidade. Nos cuidados de ESIP, o conceito de esperança tem ganho destaque, particularmente na criança/jovem com necessidades especiais e respetiva família (Carvalho et al., 2019).

A CIPE caracteriza a esperança como “(...) emoção: sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior, otimismo; associada ao traçar de objetivos e mobilização de energia (...)” (ICN, 2023).

As intervenções para a promoção de esperança são personalizadas, dada a individualidade familiar, no entanto possuem aspetos centrais, onde se inclui a redução da incerteza, aumento do sentimento de controlo e da confiança nos enfermeiros. Neste sentido, compreendem o auxílio do indivíduo em edificar metas e objetivos, evicção da omissão da verdade, envolvimento nos cuidados, desenvolvimento de um adequado plano de cuidados, incutindo as relações terapêuticas e com oportunidades aos pais/cuidadores de se envolverem nos grupos de apoio (Carvalho et al., 2019).

A título de exemplo, no IPO, aquando dos cuidados prestados à adolescente com afeção oncológica, esta beneficiou da promoção da esperança, por parte do enfermeiro, com recurso a meios ambientais e interpessoais, permitindo uma melhor adaptação. Assim, ajudou-a a se proteger do desespero incapacitante, auxiliando na adaptação às necessidades pessoais não satisfeitas (Hockenberry et al., 2017).

O EESIP possui um papel preponderante, na promoção de esperança a pais/cuidadores de crianças/jovens com necessidades especiais de saúde, face às adversidades com que se deparam (OE, 2011).

Em concordância com o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP, relativamente à terceira competência, **Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo**

**de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.** Nas variadas etapas do ciclo vital, considera as especificidades e exigências, respondendo, de forma eficaz, na promoção da maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento, desde a vinculação à juventude. Sistemáticamente, promove a vinculação ao recém-nascido doente ou com necessidades especiais, bem como avalia o desenvolvimento da parentalidade e negocia o envolvimento dos pais.

A vinculação do recém-nascido possui um momento apropriado para cada interveniente, naturalmente com o contributo das suas competências comportamentais e da reorganização da dinâmica familiar. Nesta linha de pensamento, na primeira semana de vida, os pais evidenciam felicidade, acompanhada por alguma ansiedade. Fruto da aquisição das rotinas de cuidados ao recém-nascido, identificação do tipo de choro e mecanismos de compensação. O papel do EESIP passa pelo esclarecimento das dúvidas e explanação das competências esperadas ao recém-nascido. Atendendo ao conhecimento sobre as fases que se avizinham, os pais, possivelmente, conseguirão dominar a ansiedade, empregando uma atitude otimista e equilibrada (Vilaça & Ramos, 2020).

No decorrer da intervenção, urge a capacitação desta díade, uma vez que o EESIP deve negociar o plano de cuidados com a família, no sentido da melhor adaptação e adesão à dinâmica familiar. Além de prestar cuidados *in loco*, atua com orientação antecipatória e procede aos ensinamentos, dos pais e cuidadores, tendo em vista o crescimento e desenvolvimento infantojuvenil. Ao longo de todo o estágio, agiu-se, sempre, no sentido de promover a parentalidade e a vinculação, esta última, especialmente, nos recém-nascidos.

À luz do Regulamento n.º 422/2018, o EESIP demonstra conhecimentos sobre as competências do recém-nascido, promove o comportamento interativo, o contacto físico com os pais e a amamentação. Incessantemente, após os procedimentos dolorosos, era fomentado o colinho da pessoa significativa, inculcando a respetiva importância. Às mães que amamentavam, era disponibilizada essa opção, antes, durante e após o procedimento, se assim o desejassem.

Na Neonatologia, destaca-se o método canguru e a importância atribuída, sem fundamentalismos, ao leite materno. Num cantinho da Sala de Intensivos Neonatais, com a janela virada para a baía do Funchal, existe um espaço para a colheita. Devidamente equipado com o material necessário à extração, desde a máquina aos biberões. Por meio da promoção de um ambiente terapêutico e seguro, as mães, confortavelmente, sentam-se e, com privacidade, procedem à extração. Diversos são os folhetos facultados,

nomeadamente sobre o aleitamento e o método canguru, estando o enfermeiro, sempre disponível, para colaborar.

Infelizmente, dada a dinâmica e o espaço, os pais/cuidadores não podem permanecer no período noturno, no entanto frisa-se outra das comodidades, como a atribuição das senhas de refeição para irem, até ao refeitório, gratuitamente. Além disso, às famílias deslocadas, provenientes de algum Hospital fora da RAM, é disponibilizado alojamento, alimentação e restantes condições que se julguem necessárias.

Segundo o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP comunica com a criança e família, de forma apropriada, ao estágio de desenvolvimento, crenças e cultura. No relacionamento com a criança/jovem e família, demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e habilidades de adaptação ao desenvolvimento da criança/jovem.

A competência cultural do enfermeiro compreende a capacidade de colher dados culturais e avaliar os problemas da criança/jovem e família. Os cuidados, culturalmente, competentes, abarcam a avaliação da saúde, atendendo à origem da família e respetiva concepção sobre o conceito de saúde. Neste sentido, envolve o saber escutar, ser curioso e questionar, evidenciando respeito pelos receios e preocupações da família, além de reduzir os mal entendidos linguísticos ou culturais (Golsäter et al., 2023).

O EESIP, ao se focar nos aspetos culturais, crenças e práticas de saúde, deve deter competências comunicacionais para estar atento às variações das respostas verbais e não verbais. Assim sendo, deve negociar e assumir um compromisso cultural, sem descuidar o respeito genuíno pela família, tendo em vista a obtenção de uma relação terapêutica e a prestação de cuidados, culturalmente, sensíveis (Değer, 2018).

A comunicação eficaz entre enfermeiro, crianças, jovens e famílias é fundamental, repercutindo-se no aumento da satisfação e nos ganhos em saúde (Sandridge et al., 2023). Na relação terapêutica, constitui um indicador de qualidade e possui alguns elementos facilitadores, designadamente a abordagem biopsicossociocultural, incluindo a conjuntura familiar, contexto sociocultural e atividades da criança, bem como instituição de diálogo recíproco, horizontal, com partilha de conhecimentos e escuta ativa. Naturalmente, considerando a empatia, cuidado e acolhimento, enquanto valores fulcrais (De Oliveira, 2021).

Ao longo dos diversos contextos da prática, inúmeros foram os contactos com distintas culturas, sempre na primazia pelos cuidados, culturalmente, competentes. No que toca à comunicação, importa fazê-lo, segundo o estágio de desenvolvimento da

criança/jovem, nível de literacia da família e cultura. Deste modo, salienta-se a relevância de se baixar ao nível da criança e explicar, dentro do esperado para a sua fase de desenvolvimento, os procedimentos. A instituição de palavras adequadas, nomeadamente substituir os adesivos/pensos por autocolantes; rede tubular por luva do homem aranha; avaliar a tensão arterial por medir a força do braço ou colocar uma braçadeira como o capitão da equipa de futebol, entre muitos outros.

A título de exemplo, no Centro de Desenvolvimento da Criança, recorreu uma criança de 4 anos à consulta. Num momento inicial, chorosa, pouco colaborante ou recetiva à intervenção. Face ao comportamento, tentou-se gerir, todavia não queria, de forma alguma, permanecer na sala, nem mesmo junto à marquesa, ao lado da porta. Constantemente, a puxar pela mão da mãe, em direção à porta, para se irem embora.

Ainda assim, tentou-se avaliar o Desenvolvimento, através da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil, no entanto não se conseguiu a sua participação. Então, saí da minha zona de conforto, baixei-me ao seu nível e começamos com algumas brincadeiras para ganhar confiança e estabelecer a relação terapêutica. Ela entrou na brincadeira e, volta e meia, dirigia-se para mim e dava cinco. Depois de ter conquistado algum espaço, levei as cores, um papel e, no chão do corredor, consegui que desenhasse alguns rabiscos circulares e a linha horizontal.

Atendendo a ser uma criança que, rapidamente, muda de brincadeira e procura outra, saiu junto de mim e sentou-se nas cadeiras mais distantes do corredor. Lá fui eu, para junto dela, com os cubos e os encaixes. Quando me aproximo, a criança está de olhos fechados, a fingir que não me vê. Entretanto, entramos na brincadeira e consegui que cumprisse com a torre de cinco cubos e os encaixes das formas geométricas. No final da intervenção, a mãe ficou surpresa e agradeceu os cuidados. Além disso, quando se partilhou com a médica assistente, esta verbalizou que, naquele dia, a criança participou em brincadeiras com as quais, até então, não esteve disposta a fazê-lo.

De acordo com o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP promove a autoestima do adolescente, facilitando a comunicação expressiva de emoções e, quando necessário, reforça a imagem corporal positiva. Na adoção de comportamentos saudáveis, identifica os estádios do processo de mudança, negocia o contrato de saúde com o adolescente e fomenta a autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

A adolescência é uma fase de desenvolvimento caracterizada por grandes transições e necessidades específicas (Dos Santos, 2020). Assim, compreende uma etapa de vida complexa, envolvida num conjunto de tarefas que incluem a procura de

identidade, autonomia crescente e mudanças ao nível físico, cognitivo e social. Tais transformações integram constantes desafios e confrontos com o mundo ao redor, essencialmente com os progenitores e outros adultos (OE, 2010).

Na ótica do Regulamento n.º 351/2015, alguns focos de intervenção do EESIP assentam na promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas ao projeto de saúde. Deste modo, importa fomentar a imagem corporal positiva, a título de exemplo nas adolescentes sob protocolos de Quimioterapia, com o uso de maquilhagem para substituir a queda das sobrancelhas ou acessórios que dissimulem uma prótese. A sexualidade é outro conceito a ter em consideração e, neste domínio, o EESIP deve manter uma relação de empatia e confiança para que expressem os seus medos e preocupações (Hockenberry et al., 2017).

Nos CSP, apesar de não ter sido habitual o cuidado ao adolescente, estes foram frequentes na Cirurgia Pediátrica e IPO, motivando os dois Estudos de Caso abordados. Particularmente, no IPO, salienta-se um adolescente submetido à Rotoplastia, uma amputação do membro inferior com posterior implantação do pé, ficando a articulação tibiotársica no papel de joelho. Naturalmente, com toda a avalanche inerente de emoções, onde foi necessário promover a escuta ativa, providenciar os preciosos silêncios e dar espaço. Ininterruptamente, incentivar e elogiar, surtindo efeito.

Segundo a Norma n.º 010/2013: PNSIJ, tendo em vista a obtenção ininterrupta de ganhos em saúde, um dos objetivos reside no promover o desenvolvimento pessoal, social e a autodeterminação das crianças e jovens na crescente responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde. O exercício adequado das responsabilidades parentais deve ser apoiado e estimulado, através da promoção do bem-estar familiar, bem como da otimização dos recursos disponíveis, potenciando o trabalho em equipa.

Em conformidade com o Regulamento n.º 422/2018, o EESIP avalia o crescimento e desenvolvimento infantil, demonstrando conhecimentos sobre as especificidades de cada etapa e, ainda, com orientação antecipatória às famílias.

A promoção do desenvolvimento infantil e, por sua vez, do crescimento, consiste em ajudar a criança, em parceria com a família, nas suas circunstâncias de vida e no seu ritmo, a se desenvolver dentro dos padrões esperados para a idade. De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática em ESIP, existem alguns princípios, nomeadamente de que as crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou contínuos. Cada criança é única, possui o próprio ritmo e o desenvolvimento infantil assume-se como multidimensional,

dados os fatores biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais que o influenciam (OE, 2010).

Na atuação do EESIP, os focos de intervenção, à luz do Regulamento n.º 351/2015, dizem respeito à promoção do crescimento e desenvolvimento da criança/jovem com orientação antecipatória às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento, gestão do bem-estar da criança, deteção precoce e encaminhamento.

Apesar de transversal à prática clínica, no domínio dos CSP, a intervenção do EESIP é vasta e, deveras, muito enriquecedora. As consultas de ESIP não consistem, unicamente, na vacinação. Diversas são as oportunidades de intervenção, designadamente a Avaliação do Desenvolvimento, por meio da Escala de Avaliação das Competências no Desenvolvimento Infantil. Ainda assim, avaliam-se os dados antropométricos, tais como o peso, comprimento/estatura, perímetro cefálico e Índice de Massa Corporal, demonstrando e explicando, aos pais/cuidadores, os respetivos dados expressos em percentis.

No seguimento, atender aos marcos de desenvolvimento, o que é esperado para cada idade e, paralelamente, perceber quando existe algum tipo de atraso. Face ao último cenário, visando a intervenção precoce, o que deve ser feito e, quando é aplicável, brinquedos e brincadeiras que estimulem tal lacuna.

No cuidar ao recém-nascido, emergem temáticas importantes para validar e/ou abordar, sucintamente e de forma gradual, quanto aos conhecimentos sobre os cuidados ao Coto Umbilical, Eritema Tóxico, Acne Neonatal, Cuidados de Higiene, Lavagem Ocular, Lavagem Nasal, Obstipação, Massagem Infantil, Aleitamento/Amamentação, Regurgitação, Febre e Sinais de alarme. Aspetos importantes também como o Sono, Uso de Chupeta, Síndrome de Morte Súbita do Lactente, Prevenção de acidentes, Brincadeiras promotoras do desenvolvimento infantil, Brinquedos adequados a cada idade e Aquisições esperadas em cada fase.

Além disso, é de extrema importância perceber a dinâmica familiar, antevendo potenciais focos que possam comprometer a estabilidade, nomeadamente o estado do agregado à chegada do novo membro, reação dos irmãos, como se sente a mãe no pós parto, relação entre o casal, entre outros. Numa criança mais crescida, coexistem alguns destes focos, a ter em consideração, e acrescentam-se outros, ao encontro da Introdução alimentar, Controlo de esfíncteres, Sestas, Estabelecimento de limites e Importância das rotinas.

Relativamente ao Programa Nacional de Vacinação, é fundamental elucidar sobre as vacinas recomendadas, as que existem no Centro de Saúde e aquelas extra plano. Nas extra plano, orientar para a necessidade da prescrição médica e quais existem, idades da administração e doses implicadas. No sentido de orientar os pais/cuidadores, pode-se escrever, no Boletim Individual de Saúde, as idades quando se administram as vacinas, tendo em vista a organização familiar para agendamento de consulta. De igual modo, é crucial explicar qual o intuito da vacina, reações adversas e como proceder. A título de exemplo, nas vacinas vivas orais, orientar para os cuidados no domicílio por parte de indivíduos imunodeprimidos, atendendo, sempre, à visão holística da família.

Ao longo dos diversos contextos da prática, uma preocupação transversal aos pais/cuidadores foi a febre. No SUP consistiu num dos principais motivos de recorrência, sem, frequentemente, existirem sinais de alarme associados. Infundáveis são as justificações para pais e cuidadores recorrerem ao SUP, várias vezes escutou-se “(...) ligaram-me da escola, porque estava com febre (...)”. A febre... a temida febre. Na generalidade, não é fácil fazer perceber de que é, maioritariamente, de etiologia viral, o que levará o seu tempo até se resolver. Permanentemente, pais/cuidadores anseiam por uma solução imediata e, essa, raramente, existe. Nesta linha de pensamento, muitas crianças recorrem, ao longo do seu quadro infeccioso, várias vezes aos serviços de saúde, frequentemente, saturando-os.

No domínio da intervenção do EESIP, há todo um processo de capacitação desta dade. Eu não sou mãe e não quero, de forma alguma, desvalorizar o sofrimento da criança e família. Longe de mim. O que ocorre, na grande maioria das vezes, é estarem angustiados, porque é o Seu filho que está com febre e não sabem o que fazer. Se calhar, na teoria, até saberiam, mas, quando nos toca, quando toca no que nos é mais precioso, a situação muda. A fragilidade vem ao de cima e importa cuidar, não só da criança doente, mas também do seu cuidador fragilizado. Deste modo, emergiu a necessidade de aprofundar esta temática, desenvolvida no próximo capítulo, sob uma Revisão Integrativa da Literatura, enquanto metodologia da Prática Baseada em Evidências (PBE).

Num momento inicial, já possuía interesse em trabalhar o domínio da capacitação parental, sendo uma temática que se adequasse à prática profissional para um melhor aproveitamento e aplicação. Ao longo do estágio nos CSP, foi possível integrar a equipa de enfermagem afeta ao projeto das Competências Parentais, retomado em maio. Tal empreendimento comporta sessões quinzenais de, sensivelmente, 40 minutos aos pais/cuidadores, acerca de diversas temáticas. A título de exemplificação, compreende o

domínio da introdução alimentar, alimentação, amamentação/aleitamento, sono, birras, prevenção de acidentes, controlo da dor na vacinação e febre na criança.

Após conhecimento de uma oportunidade desta natureza, a felicidade transbordou por perceber que, efetivamente, existem projetos incríveis nos CSP. Neste sentido, dialogou-se com a enfermeira tutora e partilhou-se a apetência para tal. Assim, selecionou-se a temática da febre e, à luz da evidência científica, planeou-se a sessão de formação a pais/cuidadores, presente no Apêndice B, onde se justificou a abordagem, destinatários, objetivos, indicadores de atividade, conteúdos, recursos humanos, materiais e físicos utilizados.

O planeamento baseou-se no Manual do Formando, segundo as metodologias e técnicas mais adequadas, nomeadamente método expositivo, demonstrativo, interrogativo e discussão em grupo (Baptista, 2007).

Neste sentido, elaborou-se uma apresentação em *PowerPoint* alusiva, a constar no Apêndice C, com informações úteis e práticas, no cuidado à criança. Sucintamente, abordou-se a definição da febre, etiologia, locais de avaliação, valores de referência, o que fazer perante uma criança com febre, antipiréticos via oral e retal, dosagens, sinais de alarme e convulsão febril. Por fim, procedeu-se a uma síntese dos conteúdos, onde se salientaram os pontos chave e lançaram-se questões para o grupo sobre exemplos práticos.

Além disso, utilizaram-se imagens dos xaropes disponíveis e foram reforçadas as dosagens e semelhanças entre ambos. Os supositórios foram mostrados em imagem e em mãos para a chamada de atenção, quanto à dose e enormes semelhanças que, facilmente, induzem em erro. Finalmente, foi disponibilizado um espaço para questões ou dúvidas e distribuiu-se o folheto desenvolvido, contemplado no Apêndice D, com as principais informações a reter.

No sentido de recolher sugestões de melhoria ou adequar futuras sessões, foi distribuído um questionário de avaliação da formação, em vigor nos CSP, explanado no Anexo B. O questionário possui uma escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído o valor 1 a “nada” e o 5 a “muito”, de acordo com a opinião individual. A escala incidiu nos conteúdos programáticos e métodos, formador, organização da sessão, avaliação global e críticas ou sugestões, emergindo como indicadores de atividade.

Nos indicadores de atividade, de notar que o parâmetro inferior foi o da organização, especificamente o horário da sessão, sendo um dos entraves verbalizados pelos presentes por coincidir com o horário de almoço (12 horas). O indicador mais elevado localizou-se nos 100% e consistiu na avaliação global da formação, onde se

avaliou a aquisição de conhecimentos, resposta aos objetivos propostos, nível de recomendação da sessão e se a documentação fornecida foi adequada e suficiente.

O objetivo geral passou por dotar os participantes dos conhecimentos, técnicas e competências fundamentais ao cuidar da criança com febre. Atendendo à evidência atual, diversos estudos concluem que, na gestão da condição febril, as intervenções educativas melhoram o controlo, os conhecimentos e as competências parentais. No seguimento, destaca-se a educação baseada em simulação com casos práticos, possibilitando o colocar em prática do que, previamente, foi aprendido. Os pais/cuidadores adquirem novos conhecimentos e desenvolvem competências, naturalmente, com repercussões muito positivas na gestão da febre (Tavan et al., 2022).

A febre é, indiscutivelmente, um foco de grande preocupação e, muitas das vezes, de recorrência aos cuidados de saúde. Deste modo, é de extrema pertinência prover pais e cuidadores das ferramentas e mecanismos de resposta, face a um quadro febril.

### **1.3. Competências de Mestre**

Ao longo de toda a prática clínica, foram desenvolvidas e adquiridas todas as competências preconizadas ao EESIP. No entanto, atendendo a esta especialidade, igualmente, conferir o grau de Mestre, importa referir que, tendo por base o Decreto-Lei n.º 65/2018, também se obtiveram tais competências.

De acordo com o artigo 15.º, é impreterível deter conhecimento e capacidade de compreensão, tendo em vista o desenvolvimento, sustentando casos de investigação. De igual modo, deve-se saber aplicar os conhecimentos e possuir capacidade de resolução de problemas em situações novas, contextos alargados e multidisciplinares, na área de interesse. Paralelamente, nas situações de informação escassa ou incompleta, o EESIP possui capacidade para responder às questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos, compreendendo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais. Ainda assim, é capaz de comunicar, claramente, aos detentores de especialidade ou não, as conclusões, conhecimentos e raciocínios. Por fim, desenvolve competências que, ao longo da vida, lhe possibilite uma aprendizagem autónoma.

Por outras palavras, segundo o artigo 18.º, o grau de Mestre assegura uma especialização académica, através da investigação, inovação e aprofundamento das competências profissionais. À luz do artigo 23.º, àqueles que, simultaneamente, detenham aprovação nas unidades curriculares, afetas ao plano de estudos, bem como no ato público de defesa, é lhes conferido o grau.

A realização deste 2.º ciclo de estudos, além de tudo o que foi, *a priori*, mencionado, acarretou um olhar mais minucioso, crítico e reflexivo. Uma visão, deveras, mais competente e sensível a diversas questões que, ao longo da prática profissional, irão florescer. Esta visão, anteriormente, já aqui estava, mas mais tímida e resguardada, sofrendo, como as pedras preciosas, passe a metáfora, um processo de lapidação e emancipação. Sente-se, de facto, um empoderamento pessoal e, sem sombra de dúvidas, profissional.

No decorrer de todo o percurso formativo, obteve-se aprovação em todas as unidades curriculares preconizadas, revelando-se um importante contributo às práticas clínicas subsequentes. Por sua vez, no domínio das práticas clínicas, intituladas por estágios especializados, concretizaram-se todos os momentos de avaliação e, tendo em vista a personificação do progresso, delinearam-se e cumpriram-se os objetivos específicos.

Atendendo à importância dos recursos da comunidade, articulação e respetiva continuidade de cuidados, foi de extrema pertinência identificar e conhecer tal suporte humano, organizacional e institucional. O meu atual serviço, frequentemente, impõe a articulação com os recursos de suporte, tais como o Centro de Desenvolvimento da Criança ou os CSP. Após este percurso, é como que as peças se encaixaram, neste grande *puzzle* da prestação de cuidados.

Neste domínio de articulação, frequentou-se o I Congresso de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica na RAM, presente no Anexo C. Os diversos colegas EESIP apresentaram os vários projetos e, novamente, ficou-se a testemunhar o quão incríveis são as intervenções desenvolvidas em prol das nossas crianças/jovens e famílias.

Posteriormente, esteve-se presente nas I Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica, realizadas em Azambuja, atestado no Anexo D. Formação Profissional com enfoque em temáticas fundamentais na prática do EESIP, nomeadamente a articulação entre os vários profissionais, desde obstetra, pediatra, osteopata pediátrico e restantes enfermeiros. A abordagem integrativa da dor e choro no bebé, prevenção da obesidade desde a vida intrauterina e diretrizes sobre o sono para os primeiros anos de vida, foram outras das temáticas lecionadas.

Além disso, também se frisou a educação nos primeiros anos de vida, reforçando a parceria com os pais/cuidadores, a abordagem tecnológica e os primeiros socorros no

contexto escolar. Finalizou-se com um Workshop sobre Desengasgamento no bebê: segurança do bebê à mesa, presente no Anexo E.

No âmbito da investigação, relativo à área de interesse, salienta-se a produção da Revisão Integrativa da Literatura, presente no próximo capítulo, com posterior publicação, tendo em vista a síntese do conhecimento científico e incorporação na prática.

Finalmente, a redação do presente Relatório também contribuiu para todo o progresso desenvolvido, atingido e demonstrado. A aprendizagem foi, deveras, exponencial e um forte contributo à continuidade do trabalho, aqui, iniciado. Neste sentido, positivamente, aguardar-se-á a aprovação nas provas públicas que se avizinham, culminando na obtenção do grau.

## **2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

A Revisão Integrativa da Literatura constitui um método que possibilita a síntese do conhecimento científico e respetiva incorporação na prática, fundamentando-a. Por outras palavras, conduz à completa compreensão da temática em estudo, dada a reunião e síntese de ideias, agilizando a transferência do conhecimento para a prática profissional. No âmbito da PBE, a revisão integrativa é a abordagem metodológica mais vasta com a inclusão de estudos experimentais e não experimentais (De Sousa et al., 2017).

Nesta linha de pensamento, a revisão comporta seis fases, designadamente identificação do tema e estabelecimento da hipótese ou questão de investigação, amostra ou procura na literatura, extração de dados ou categorização dos resultados, análise crítica dos estudos incluídos, interpretação dos resultados e, por fim, síntese do conhecimento ou apresentação da revisão (Dantas et al., 2022).

### **2.1. Enquadramento Conceptual**

O Comité Português para a UNICEF (2019), na Convenção sobre os Direitos da Criança, artigo 1.º, entende a criança como todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei, atingir a maioridade mais cedo. À luz do artigo 24.º, ponto 1, compete-lhe o direito de gozar do melhor estado de saúde possível e de usufruir dos serviços médicos necessários. Relativamente à alínea “e”, os estados partes devem garantir o acesso à informação e apoio na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde.

De acordo com a CIPE, a família é considerada uma unidade social ou todo coletivo, constituída por pessoas ligadas através de consanguinidade, afinidade, relações emocionais ou legais. Assim, o grupo, unidade ou o todo são compreendidos como um sistema, sendo maior do que a soma das partes (ICN, 2023). Segundo o Regulamento n.º 351/2015, a família diz respeito ao conjunto de indivíduos responsáveis pela prestação de cuidados à criança/jovem, com repercussões no respetivo crescimento e desenvolvimento. Neste sentido, integra o contexto/mesossistema, na ótica de que os pais são os melhores prestadores de cuidados, sem descurar a importância de outros cuidadores.

O papel parental é um foco de atenção do enfermeiro, designado por papel de um membro da família que age à luz das responsabilidades de ser mãe/pai. Nesta responsabilidade, incorpora as expectativas dos comportamentos adequados ou inadequados, na promoção do crescimento e desenvolvimento (ICN, 2023).

Além dos elementos parentais, por vezes, a criança possui um cuidador, entendido como aquele que atende às necessidades de um dependente. O papel de cuidador é definido como a ação, tendo em vista a responsabilidade de cuidar de alguém. Deste modo, agrega a expectativa das instituições de saúde, dos seus profissionais e membros familiares (ICN, 2023).

Neste sentido, é de extrema importância considerar o cuidado centralizado na família, como parte integrante da prática de enfermagem, atendendo à sua influência em cada membro. Os CCF compreendem uma filosofia originada nos cuidados pediátricos, posteriormente ampliada para outros contextos, conduzindo à mudança paradigmática, nos cuidados de saúde. Segundo a concepção de que, nos cuidados à criança, famílias e profissionais são parceiros, enaltecendo os princípios de dignidade e respeito com partilha de informação e colaboração. Tal abordagem implica uma avaliação sistemática da complexidade e necessidades dos membros familiares, identificando as respetivas crenças e valores, estilo de comunicação e capacidade para decidir. Nos diversos contextos da prática, dada a proximidade do EESIP às famílias, assume um papel privilegiado para intervir (Barbieri-Figueiredo, 2015).

No que toca ao Regulamento n.º 351/2015, os cuidados de enfermagem à família deverão basear-se num paradigma integrativo e holístico, objetivando a otimização das suas forças, recursos e capacidades. Assim, deverá ser estabelecida uma comunicação efetiva, atendendo aos domínios de intervenção, nomeadamente envolvimento, participação, parceria, capacitação e negociação dos cuidados.

Enquanto um dos atributos basilares dos CCF, encontra-se a parceria de cuidados. Anne Casey, citada por Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020), desenvolveu um modelo de enfermagem pediátrica, intitulado por “Modelo de Parceria de Cuidados”, pautado por respeito, comunicação, partilha de informação, empatia, visão holística, negociação e parceria.

Neste Modelo, os pais/cuidadores são envolvidos, ativamente, pelos profissionais afetos aos cuidados à criança/jovem. Os cuidados são planeados, face às capacidades e desejo de envolvimento, numa relação de colaboração recíproca com o intuito de proporcionar o bem-estar à criança/jovem. Deste modo, preconiza-se que

pais/cuidadores e enfermeiros estejam num patamar de igualdade, dado que ambos negociam e partilham cuidados, tomando, conjuntamente, as decisões (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Na equipa de saúde, o EESIP deve atender aos pais/cuidadores, membros ativos e intervenientes, capacitando-os, considerando o benefício do conhecimento sobre a criança/jovem e a vontade que possuem em contribuir. O Modelo reconhece a presença constante da família como pilar crucial, logo o EESIP cria oportunidades, com recurso aos meios adequados para que possa desenvolver e adquirir competências, aspirando a satisfação das necessidades (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

O Modelo abrange cinco conceitos fundamentais, designadamente a criança, família, enfermeiros, saúde e ambiente, sendo distinguida a concepção entre cuidados familiares e cuidados de enfermagem. Os cuidados familiares dizem respeito àqueles prestados pelos pais e advêm das necessidades quotidianas da criança. De igual modo, os cuidados de enfermagem são especializados e objetivam a satisfação das necessidades de saúde da criança. Naturalmente, não existe fronteira intransigente entre os dois tipos de cuidados, uma vez que, em função das circunstâncias, poderão ocorrer situações onde o enfermeiro desempenha cuidados familiares. Paralelamente, existem outras situações, onde os pais com ensino, instrução e supervisão, prestam cuidados de enfermagem (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Atendendo aos focos de atenção na prática do EESIP, a instituição de estratégias de intervenção centradas na criança e família, potenciam os ganhos em saúde. À luz da Orientação n.º 005/2018, a febre, enquanto foco do enfermeiro, adota um carácter relevante, dada a sua frequência, em idade pediátrica. Na Ontologia de Enfermagem, apesar de existir o foco Hipertermia, não apresenta o conceito de Febre, portanto deu-se preferência pela definição presente na CIPE.

A febre define-se como termorregulação comprometida, correspondendo à “(...) elevação anormal da temperatura corporal; alteração do centro termorregulador do termostato interno, associada a um aumento da frequência respiratória, aumento da atividade metabólica, taquicardia com pulso fraco ou cheio e cheio e com ressalto, agitação, cefaleia ou confusão (...)”. Ainda assim, “(...) a subida rápida da febre é acompanhada por calafrios, tremores, arrepios, pele pálida e seca (...)” e, por sua vez, a crise ou descida é acompanhada por pele quente, ruborizada e sudorese (ICN, 2023).

Por outras palavras, segundo a Orientação n.º 005/2018, o conceito de febre diz respeito a uma elevação da temperatura corporal igual ou superior a 1°C, superior à média

diária individual, face ao local de avaliação. Quando se desconhece a temperatura média diária, considera-se febre, quando a temperatura retal é maior ou igual a 38°C, axilar e oral, maior ou igual a 37,6°C e timpânica, maior ou igual a 37,8°C. A febre, embora comum, ocasiona grande preocupação nos pais/cuidadores. A evidência indica que não é, maioritariamente, prejudicial, no entanto perduram, na gestão do quadro febril, medos e lapsos que influenciam a atuação dos responsáveis pela criança.

Na faixa etária pediátrica, a febre constitui uma das principais causas de idas ao SUP (Leigh et al., 2020). Os pais recorrem aos serviços de saúde quando a febre é alta, persistente ou na tentativa de identificar a etiologia (Villarejo-Rodríguez & Rodríguez-Martín, 2020). Ainda assim, existem outros fatores associados às deslocações excessivas, nomeadamente o medo injustificado, procura de ajuda, conforto e padrão comportamental de evicção da sintomatologia (Pehlivanurk-Kizilkan et al., 2022).

A menor idade da criança foi associada ao aumento das idas não urgentes ao SUP, conduzindo a custos extraordinários de saúde e, conseqüentemente, com impacto na qualidade dos cuidados aí prestados (Kirby et al., 2021). De acordo com a Sociedade de Urgência e Emergência Pediátrica da Sociedade Portuguesa de Pediatria, a Urgência Pediátrica hospitalar admite situações emergentes e/ou urgentes, isto é, situações que ameaçam no imediato e/ou a curto prazo a vida da criança/jovem. Neste sentido, detém equipas, altamente, diferenciadas para dar resposta a estes quadros. Assim, é impreterível o adequado uso deste recurso, seguindo a sua máxima de salvar vidas e limitar conseqüências (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2020).

No domínio das situações não urgentes, o que se verifica é uma falta de entendimento, por parte dos pais/cuidadores, dos conhecimentos básicos sobre a gestão da febre. Por sua vez, a gestão eficaz decorre da educação adequada dos pais/cuidadores (Edwards et al., 2020). Os cuidados adotados, frequentemente, não são os recomendados. A título de exemplo, salienta-se o alternar antipiréticos, sobredosagem, preocupação dos pais/cuidadores em não medicar para os profissionais atestarem a veracidade ou uso de soluções alcoólicas para reduzir a temperatura (Pitoli et al., 2021).

Atendendo à associação, mencionada anteriormente, da menor idade da criança ao maior recurso aos serviços de saúde e, ainda, aliada às inúmeras experiências nos diversos contextos de estágio, abordar-se-á o lactente. Na atualidade, existe uma dualidade sobre esta faixa etária. O conceito faz referência àquele que se alimenta de leite e o momento inicial dá-se após os 28 dias de vida, contudo o término localiza-se aos 12 ou 24 meses. Neste sentido, seguir-se-á as orientações preconizadas até aos 12 meses,

correspondendo ao primeiro ano de vida da criança (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Face ao conceito de que a família, particularmente os pais ou cuidadores, segundo o Regulamento n.º 351/2015, são os melhores prestadores de cuidados à criança. O compromisso do EESIP passa pela colaboração, com cada família, na adaptação ao seu processo de saúde-doença, interagindo, através do apoio, ensino, instrução e treino. Assim, objetiva a capacitação da família para a gestão eficiente dos cuidados à criança, fornecendo o suporte necessário e com a dotação de conhecimentos e competências.

Deste modo, urge a necessidade de identificar quais as estratégias mais adequadas, na capacitação parental, para tranquilizar e apoiar na gestão deste sinal (Pitoli et al., 2021). Naturalmente, face à capacitação, antevê-se impacto nos serviços de saúde, particularmente o SUP, com motivos que, realmente, justifiquem tal abordagem. Para finalizar e após tal enquadramento conceptual, emerge a necessidade de aferir, em evidência científica, o papel do EESIP, na capacitação parental no cuidar do lactente com febre, tendo em vista a adequação de cuidados, à luz da PBE.

## **2.2. Metodologia**

A PBE consiste numa abordagem que possibilita a resolução de problemas, no domínio dos cuidados de saúde, com recurso à melhor evidência. Neste sentido, a revisão integrativa da literatura iniciou-se com a formulação da questão de investigação, tornando-se a base na procura pela evidência disponível (De Sousa et al., 2018).

Assim, recorreu-se à estratégia PICO, onde o P corresponde à População/Paciente/Problema (Population/Patient/Problem), o I diz respeito ao fenómeno de Interesse (Interest) e o Co refere-se ao Contexto (Context). Apesar desta estratégia não contemplar o critério da intervenção, correspondente à letra I, é possível utilizá-la na recuperação da informação (Araújo, 2020).

No domínio da população, decidiu-se abordar os pais ou cuidadores do lactente com febre até aos 12 meses. A literatura considera lactente desde 1 aos 23 meses, no entanto, alicerçado nas exigências e desafios que acarreta o primeiro ano de vida da criança, selecionou-se o período compreendido entre o primeiro mês até aos 12 meses, antevendo repercussões positivas ao longo de toda a infância. As intervenções serão as desenvolvidas pelo EESIP e o contexto consistirá nos serviços de saúde, nomeadamente CSP e hospitalares.

Neste sentido, delineou-se a questão de investigação “Quais as intervenções educativas, descritas na literatura, nos CSP e hospitalares, do EESIP, na capacitação parental ao cuidar do lactente com febre?”. Atendendo ao acesso dos estudos que melhor analisam a temática, selecionaram-se os descritores Medical Subject Headings (MeSH), por meio da National Library of Medicine (n.d.) e os equivalentes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), através da Biblioteca Virtual em Saúde (n.d.), combinados com os termos booleanos “AND” e “OR”. No sentido de complementar a pesquisa, as definições dos descritores selecionados encontram-se no Apêndice E.

Assim, desenhou-se a seguinte frase booleana “(infant AND fever) AND (caregivers OR parents) AND (pediatric nursing OR training program OR health education) AND (hospital, pediatric OR primary health care)”. A revisão objetiva, primeiramente, aprofundar conhecimentos e estratégias de intervenção, enquanto EESIP, no domínio da capacitação parental ao lactente com febre. Em segundo lugar, pretende identificar as intervenções educativas do EESIP, descritas na literatura, nos CSP e hospitalares, tendo em vista a capacitação parental no cuidar do lactente com febre.

A pesquisa realizou-se em junho, do ano vigente, nas oito bases de dados selecionadas, nomeadamente CINAHL<sup>®</sup> Complete, MEDLINE<sup>®</sup> Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Library, Information Science & Technology Abstracts, pertencentes à plataforma EBSCOhost<sup>®</sup>. Além disso, recorreu-se ao RCAAP, base de dados B-on e PubMed<sup>®</sup>.

Previamente delineados, os critérios de inclusão foram estudos nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol, datados entre 1 de maio de 2018 a 31 de maio de 2023 e que respondam à questão de investigação, especificamente incluam a faixa etária do lactente com febre. Como critérios de exclusão, resumem-se os restantes idiomas além do Português, Inglês ou Espanhol, artigos duplicados, aqueles que não respondam à questão de investigação e, por último, não cumpram o recorte temporal selecionado.

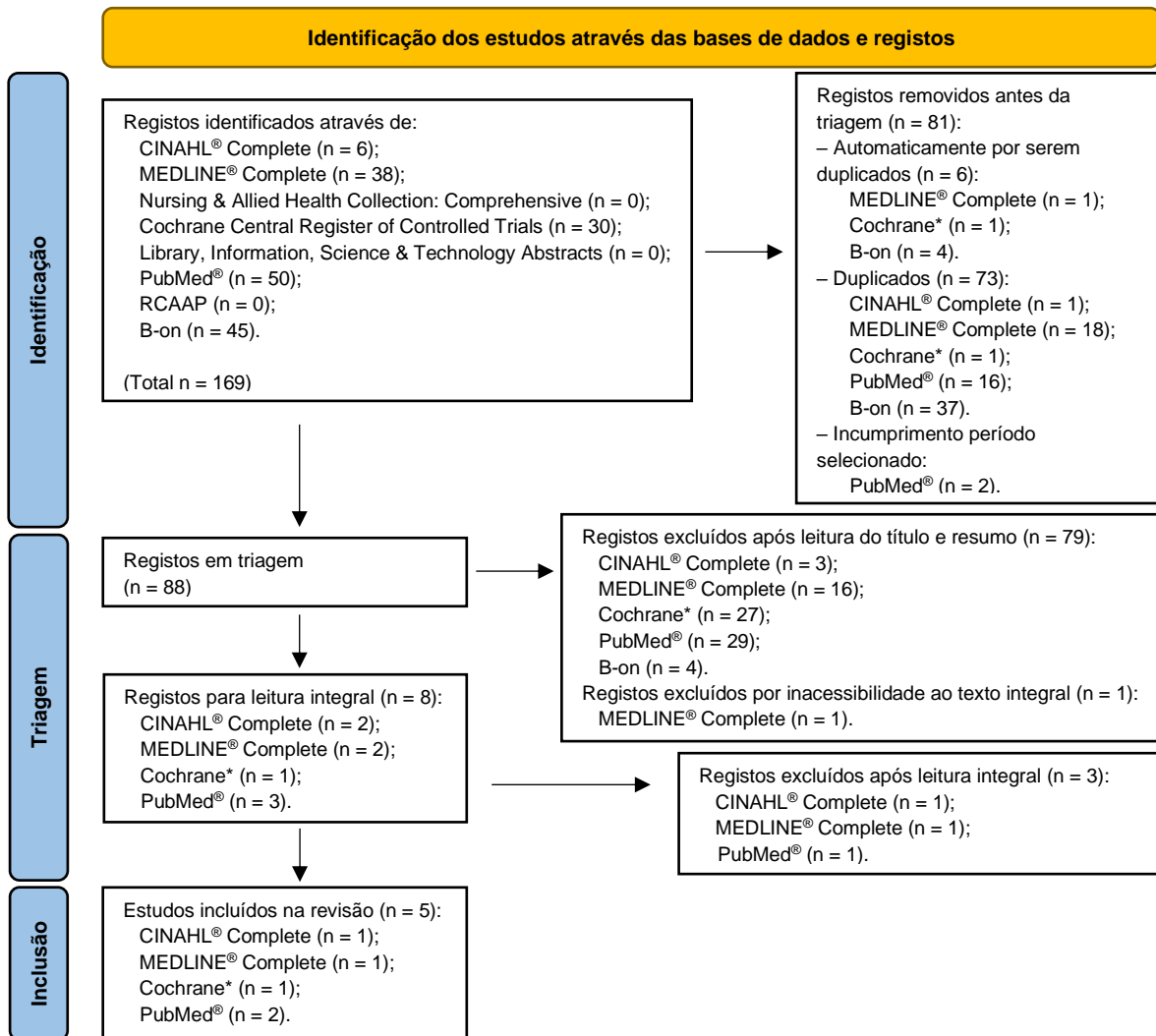
O processo de pesquisa iniciou-se pela plataforma EBSCOhost<sup>®</sup>, nas cinco bases de dados mencionadas, introduziu-se, na pesquisa avançada, a frase booleana e, nos “Modos de Pesquisa”, selecionou-se a opção Booleana/Frase. De acordo com os critérios de inclusão, obtiveram-se 14 estudos, sendo três da MEDLINE<sup>®</sup> Complete e 11 da Cochrane Central Register of Controlled Trials. Atendendo ao seu teor não estar, diretamente, relacionado à questão de investigação, foi necessário ampliar a pesquisa para o texto integral, processo esquematizado no Apêndice F.

Nos “Modos de Pesquisa”, selecionou-se a opção “pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei”, sem outros aspetos selecionados, obtendo-se 74 estudos, seis na CINAHL<sup>®</sup> Complete, 30 na Cochrane Central Register of Controlled Trials e 38 na MEDLINE<sup>®</sup> Complete. Neste sentido, salienta-se que, nas bases de dados Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Library, Information Science & Technology Abstracts, não se obtiveram estudos. De igual modo, na pesquisa pelo RCAAP, através da frase booleana e recorte temporal, também não se obtiveram resultados.

No que toca à B-on, apenas se conseguiu quatro estudos com os parâmetros iniciais e, à semelhança da plataforma EBSCOhost<sup>®</sup>, também se expandiu a pesquisa para o texto integral que, juntamente com os critérios de inclusão, resultou em 45 estudos. Por fim, relativamente à PubMed<sup>®</sup>, por meio da frase booleana, no horizonte temporal selecionado, obteve-se 50 estudos.

Na amostra incluíram-se todos os estudos obtidos, leia-se 169, sendo seis na CINAHL<sup>®</sup> Complete, 38 MEDLINE<sup>®</sup> Complete, 30 Cochrane Central Register of Controlled Trials, 50 PubMed<sup>®</sup> e, por último, 45 B-on, tal como se verifica no Fluxograma PRISMA da Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA



Fonte: Page et al. (2021).

No sentido de auxiliar e organizar todo o processo de triagem, recorreu-se à plataforma Rayyan. A análise, seleção, extração e síntese da evidência deu-se por meio de três revisores independentes, seguindo os princípios preconizados. Ainda assim, salienta-se a categorização da evidência, segundo os cinco níveis de Joanna Briggs Institute (JBI, 2021).

Previamente à triagem, eliminaram-se 81 estudos, dos quais seis foram pelas bases de dados, automaticamente por serem duplicados, nomeadamente um MEDLINE® Complete, um Cochrane Central Register of Controlled Trials e quatro B-on. Já na plataforma Rayyan, deteteram-se 73 duplicados, sendo eliminados, correspondendo a um CINAHL® Complete, 18 MEDLINE® Complete, um Cochrane Central Register of Controlled Trials, 16 PubMed® e 37 B-on. Por fim, a PubMed® incluiu dois estudos que não cumpriram o recorte temporal e, neste sentido, também se descartaram.

Deste modo, seguiram 88 estudos para triagem, excluindo-se 79, após leitura crítico-reflexiva do título e resumo, por não responderem à questão de investigação, a título de exemplo três CINAHL<sup>®</sup> Complete, 16 MEDLINE<sup>®</sup> Complete, 27 Cochrane Central Register of Controlled Trials, 29 PubMed<sup>®</sup> e quatro B-on. A acessibilidade ao texto integral, apesar de não constar dos critérios de inclusão para não restringir a pesquisa, não foi possível num dos estudos, presente na MEDLINE<sup>®</sup> Complete, sendo removido.

Assim sendo, para leitura integral seguiram oito estudos por revelarem possíveis contributos à questão de investigação, nomeadamente dois CINAHL<sup>®</sup> Complete, dois MEDLINE<sup>®</sup> Complete, um Cochrane Central Register of Controlled Trials e três PubMed<sup>®</sup>. Seguidamente à leitura integral dos restantes estudos, três foram excluídos, por não responderem à questão de investigação, correspondendo a um CINAHL<sup>®</sup> Complete, um MEDLINE<sup>®</sup> Complete e um PubMed<sup>®</sup>. Por fim, a amostra final da revisão é constituída por cinco estudos, designadamente um CINAHL<sup>®</sup> Complete, um MEDLINE<sup>®</sup> Complete, um Cochrane Central Register of Controlled Trials e dois PubMed<sup>®</sup>.

### 2.3. Resultados

A amostra final da revisão é constituída por cinco estudos, selecionados, criteriosamente, após aplicação dos critérios, *a priori*, definidos. No sentido de atestar a validade, todos os estudos foram, minuciosamente, analisados e esquematizados, explanados no Apêndice G, para facilitar a extração de dados e respetiva análise. Seguidamente, segue-se a Figura 2, enquanto instrumento utilizado para a extração sintetizada dos dados dos artigos incluídos.

Figura 2 – Instrumento à extração de dados dos artigos incluídos

Título – Base de Dados	Autor, Ano País – Idioma	Objetivos	Intervenções educativas
Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education – MEDLINE <sup>®</sup>	(Davis et al., 2018) Estados Unidos da América – Inglês	Diminuir o uso evitável e de baixa gravidade ao Serviço de Urgência, na “Coastal Family Medicine”.	Cartazes; Linha de triagem telefónica; Marcadores de páginas nos boletins de saúde.

Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever – PubMed®	(De Maat et al., 2018) Holanda – Inglês	Explorar experiências dos pais sobre a gestão da febre; Avaliar comportamento e necessidades quando procuram informações; Desenvolver e avaliar um pacote de informações na alta hospitalar sobre a febre.	Pacote de informações com folheto e página virtual, esta com vídeos sobre febre, sinais de alarme, sintomas, convulsões febris e segurança, complementados com explicação verbal. Uso de semáforos para identificar o risco de doença grave.
Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever – Cochrane Central Register of Controlled Trials	(Kelly et al., 2019) Irlanda – Inglês	Avaliar a eficácia do folheto para aumentar o conhecimento parental sobre a febre; Melhorar a gestão dos antipiréticos e medidas não farmacológicas (esponja morna); Reter conhecimento após duas semanas.	Folheto informativo.
Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas – PubMed®	(Vázquez Fernández et al., 2019) Espanha – Espanhol	Determinar a efetividade do programa de educação para a saúde sobre o número e adequação das consultas nos primeiros 6 meses de vida; Identificar os principais motivos de consulta até aos 6 meses.	Sessões de formação a grávidas no último trimestre e parceiros. Metodologia grupal com seis sessões dinâmicas de 90 minutos (febre, uso racional do Serviço de Urgência, infecção respiratória, gastroenterite, lesões cutâneas e acidentes).
Video Discharge Instructions for Acute Otitis Media in Children: A Randomized Controlled Open-label Trial – CINAHL®	(Belisle et al., 2019) Canadá – Inglês	Avaliar a eficácia das orientações na alta por vídeo, comparativamente ao folheto, no Serviço de Urgência, aos pais de crianças com Otite Média Aguda, na redução da febre e dor.	Vídeo gravado; Folheto; Orientações verbais.

Fonte: (Davis et al., 2018; De Maat et al., 2018; Belisle et al., 2019; Kelly et al., 2019; Vázquez Fernández et al., 2019).

Na análise, salienta-se que, no ano de 2018, foram publicados dois estudos e três no de 2019. Importa reforçar que, após 2019, não existe nenhum outro mais recente. Relativamente à autoria, um estudo foi produzido por quatro autores, dois estudos desenvolvidos por seis autores e outros dois por dez autores.

No que toca às bases de dados, identificaram-se dois estudos na PubMed®, um na MEDLINE® Complete, um Cochrane Central Register of Controlled Trials e, por último, um na CINAHL® Complete.

Em relação ao idioma, quatro estudos foram em inglês e um em espanhol. Relativamente à localização, dois estão afetos à América do Norte, nomeadamente Estados Unidos e Canadá. Na Europa, desenvolveram-se três, respetivamente em Espanha, Holanda e Irlanda. Deste modo, não se identificou qualquer artigo no idioma português, nem desenvolvido no país.

De acordo com os níveis de evidência preconizados pelo JBI, existem dois estudos experimentais, controlados e randomizados (1.c) e um quase experimental, controlado prospectivamente (2.c). Ainda assim, possui um estudo observacional, analítico, sem grupo de controlo (3.e) que, apesar de não se enquadrar plenamente, é a opção com melhor correspondência. Neste sentido, são mencionados os questionários aplicados e a revisão de literatura, no entanto não se encontram descritos. Por último, existe um estudo observacional, descritivo e transversal (4.b) que, igualmente, traduz em parte o artigo analisado, dada a realização das entrevistas e discussão em grupo (JBI, 2021).

No que diz respeito à publicação, quatro foram em conteúdos de saúde no geral, sendo um no jornal e três em revistas. Por fim, apenas um foi publicado numa revista específica de saúde infantil e pediátrica.

A leitura do *corpus* dos artigos permitiu a criação de categorias para auxiliar na análise. Segundo a abordagem a adotar e o contexto onde poderão ser implementados, encontram-se categorizados na Figura 3.

Figura 3 – Categorização das intervenções educativas

Abordagem \ Contexto	Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares
Formato em papel	Marcadores de páginas Cartazes Folheto	
Formato digital	Vídeo gravado Página virtual	
Comunicação verbal direta	Linha de triagem telefónica Transmissão direta na prestação de cuidados	
	Programas pré-natais	

No que concerne ao contexto, selecionaram-se os CSP e Cuidados Hospitalares, locais passíveis de aplicação. A abordagem poderá ser em formato papel, digital ou comunicação verbal direta. Relativamente ao formato em papel, torna-se possível utilizar, em ambos os contextos, desde os marcadores de páginas, cartazes e folhetos. Por sua vez, o formato digital também é passível de replicação, nos CSP e Hospitalares, incluindo vídeos gravados e o acesso a uma página virtual. Por fim, através da comunicação verbal direta, nos dois contextos, é possível implementar uma linha de triagem telefónica e, na prestação de cuidados, diretamente, transmitir conhecimentos. Dada a dinâmica dos programas pré-natais, permanecem afetos, apenas, aos CSP.

## **2.4. Discussão**

Num dos SUP com maior afluência do país, o Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), em 2022, 47% dos atendimentos categorizaram-se em pouco urgentes (cor verde), segundo o sistema de triagem (CHUSJ, 2023).

Ainda em relação a um Hospital do Norte, na análise realizada aos episódios de urgência, durante 5 anos, verificou-se que, em média, sensivelmente, metade das crianças têm até 5 anos de idade. Dessas, cerca de 50% possuem até 12 meses, correspondendo à fase da primeira infância até aos 2 anos. Período de maior imaturidade imunológica o que, associada à inadequada literacia em saúde, por parte dos pais/cuidadores, globalmente, resulta numa maior procura pelos serviços de saúde. A maioria dos episódios são pouco urgentes, no entanto, aparentemente, existe preferência em recorrer ao SUP, em detrimento de outras respostas, onde se inclui os CSP (Ferreira, 2017).

No domínio pediátrico, a febre constitui um dos principais sinais, sendo impreterível, adequadamente, mensurá-lo e dar resposta. Num estudo realizado em 2011, no norte de Portugal, concluiu-se que os pais/cuidadores possuem um conhecimento inadequado sobre cuidar de uma criança com febre, articulado às crenças erróneas. A título de exemplo, consideram febre aos valores inferiores àqueles preconizados, 31.2% administram antipirético em apirexia e acreditam que, quando não tratada, a febre pode ocasionar meningite, coma, atraso mental ou morte. Além disso, também se fez referência às intervenções não farmacológicas, no que toca ao alívio da roupa. Por tudo isto, concluiu-se que são necessárias intervenções de educação para a saúde, dirigidas aos pais/cuidadores, no sentido de ensinar a gerir, eficazmente, este sinal (Santos et al., 2016).

Por sua vez, na revisão sistemática e meta-análise, publicada por Vicens-Blanes et al. (2023), a febre, apesar de, por si só, não constituir um sinal prejudicial, pais/cuidadores centram-se no valor da temperatura como principal indicador de gravidade. Assim, destaca-se a abordagem de redução célere da temperatura até atingir a normotermia. Neste sentido, torna-se fundamental a intervenção dos profissionais de saúde, particularmente o EESIP, na transmissão de conhecimentos e estratégias de atuação.

No domínio da saúde, a Literacia consiste na capacidade do indivíduo em obter, processar e compreender as informações básicas, tendo em vista a adequação das decisões, bem como a utilização dos serviços de saúde. A literacia em saúde consiste numa das prioridades da DGS, dado contribuir para a promoção da saúde, prevenção da

doença, eficácia e eficiência dos recursos, repercutindo-se na respetiva sustentabilidade (De Almeida et al., 2019).

O processo de transição para a parentalidade constitui uma oportunidade crucial à capacitação parental, especificamente, no que concerne à interpretação dos sinais e sintomas do lactente, por parte dos pais/cuidadores (Væver et al., 2022).

No primeiro ano de vida, atendendo à suscetibilidade e dependência da criança, a capacitação parental compreende o principal recurso na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. O EESIP coopera na aquisição de competências pelos pais/cuidadores, sendo basilar o desenvolvimento de processos interpessoais, cognitivos e comportamentais (Meleis, 2012).

De acordo com o Regulamento n.º 351/2015, o EESIP presta cuidados num nível avançado com segurança e competência, proporcionando educação para a saúde, atua na promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento e recuperação com respeito pela proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, segundo uma abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

Os CCF asseguram que os profissionais de saúde, particularmente o EESIP, constituem-se parceiros na prestação de cuidados à criança. Neste sentido, urge a mudança de um modelo patriarcal e paternalista, focado no saber e poder dos profissionais, para um modelo pautado pela parceria, dignidade e respeito, na partilha de conhecimento e colaboração (Barbieri-Figueiredo, 2015). Por outras palavras, nos diversos contextos da prática clínica, os CCF promovem uma maior empatia, altruísmo, respeito, comunicação e parceria de cuidados (Fernandes et al., 2021).

À luz do Regulamento n.º 351/2015, a intervenção do EESIP centra-se no apoio à família, capacitando-a para lidar e/ou se ajustar à situação, proporcionando o desenvolvimento das competências parentais. A relação de parceria compreende uma articulação em equidade, dinâmica e flexível. Por sua vez, os cuidados de enfermagem pautam-se por uma comunicação com predominância da partilha de conhecimentos, mediante a negociação, liderança e decisão. Assim, emerge o potencial dos pais/cuidadores, responsáveis pelo desenvolvimento nas distintas etapas, com consequente influência no desenvolvimento e bem-estar da criança.

Diversos estudos reforçam a eficácia dos programas de capacitação parental, nos primeiros 12 meses de vida, na promoção do desenvolvimento infantil. A intervenção do EESIP consiste na promoção das competências parentais, no sentido da autonomia, ao cuidar do lactente, fomentando o desenvolvimento integral (Nunes, 2022).

No que concerne aos estudos incluídos, o primeiro salienta, como intervenções educativas, a linha de triagem telefónica, os cartazes e os marcadores de páginas nos boletins de saúde. Apesar da amostra ser de tamanho reduzido, verificou-se uma redução de 50%, nas idas aos serviços de saúde, por febre, comparativamente ao ano anterior e com efeitos até aos 12 meses após a intervenção. Naturalmente, com repercussões nos custos inerentes e na qualidade dos cuidados prestados (Davis et al., 2018).

Neste sentido, Sarria-Guerrero et al. (2019), publicaram um estudo relativo a um Hospital Pediátrico de Barcelona, onde analisaram as características das teleconsultas e triagens telefónicas, descrevendo o impacto sobre a decisão de recorrer a um serviço de saúde. Das teleconsultas avaliadas, 81% foram consideradas não urgentes, sendo a febre (21.7%) e as dúvidas sobre a terapêutica, os motivos mais frequentes. Após 24 a 48 horas da teleconsulta, era realizada outra chamada para perceber a evolução da situação clínica e se, efetivamente, recorreu aos serviços de saúde. O nível de satisfação foi elevado e os cuidados prestados foram classificados em muito úteis. Através desta triagem, realizada por enfermeiros especialistas, produziu-se uma alteração no recurso aos serviços de saúde de quase metade dos pais/cuidadores.

No que toca à comunicação verbal, recomenda-se uma linguagem clara, estilo de diálogo e isenta de termos técnicos. Impreterivelmente, deve-se limitar a quantidade de informação, priorizando, em cada intervenção, os aspetos mais relevantes, salientando-os. O emprego de outros formatos, nomeadamente o formato em papel ou digital parece favorecer o sucesso da comunicação verbal. Por último, importa validar a compreensão dos pais/cuidadores, solicitando que retribuam a informação que obtiveram e questionem, esclarecendo as dúvidas existentes (Connelly & Gupta, 2017).

Em Portugal, ao encontro do preconizado, existem os Boletins de Saúde Infantil e Juvenil, distribuídos na maternidade, onde se registam informações importantes. Em algumas páginas, especificamente, faz-se referência à febre e aos principais sinais de alarme (DGS, 2023a).

No que toca ao segundo estudo, De Maat et al. (2018) exploraram as experiências dos pais sobre a gestão da febre. Os progenitores procuravam informação quando a febre era prolongada, a criança era incapaz de verbalizar ou permanecia com diminuição da ingestão. Além disso, aferiram algumas atitudes, não recomendadas, na atualidade, tais como os banhos de água fria e administração de antipirético em horário fixo para “prevenir” o pico febril. O medo do antipirético deixar de ser eficaz,

antibioterapia para a convulsão febril e as temperaturas altas serem prejudiciais à saúde, foram outras crenças erróneas identificadas.

Ainda segundo a mesma autoria, desenvolveram e avaliaram um pacote de informações, fornecido aquando da alta. O pacote englobava um folheto e acesso a uma página virtual, esta com vídeos sobre febre, sinais de alarme, sintomas, convulsões febris e segurança, complementados com explicação verbal. Nesta intervenção, era utilizado um sistema de semáforos para identificar o risco de doença grave e quando recorrer aos serviços de saúde. No momento da alta, quando os pais não se sentiam reconhecidos, verificou-se um aumento da ansiedade e, no futuro, uma maior procura por motivos semelhantes. Assim, importa transmitir informações fidedignas e passíveis de consulta no domicílio, revelando-se que, a intervenção é bem sucedida, quando se complementa a intervenção verbal com conteúdo escrito ou visual.

No Canadá, um estudo realizado por Hart et al. (2019), avaliou a eficácia de uma intervenção interativa, objetivando educar os cuidadores sobre a febre, num SUP. A intervenção era baseada na *Internet*, sendo comparada à leitura e informações verbais, bem como escritas. Deste modo, evidenciou-se que aquelas associadas à *Internet*, correspondem melhorias significativas nos conhecimentos e alta satisfação do cuidador, comparativamente aos formatos escritos e verbais. Por sua vez, a satisfação produz repercussões positivas na relação terapêutica e adesão ao plano de cuidados.

No que concerne ao folheto, um estudo conduzido por Peetoom et al. (2018), desenvolveu uma intervenção para melhorar a tomada de decisão sobre a febre e infeções comuns que motivam o absentismo. A intervenção dirigia-se aos pais e cuidadores de crianças frequentadoras de creches, dado que o absentismo devido à febre é, maioritariamente, motivado por preocupações utópicas e atitudes negativas. No sentido de os capacitar sobre a fisiopatologia da febre e estratégias de autogestão, a intervenção consistia, entre outras, de um folheto informativo sobre febre infantil, infeções comuns e estratégias de autogestão com um sistema de semáforos para identificar a gravidade e quando recorrer aos serviços de saúde. Portanto, a educação sobre febre e doenças comuns, otimiza os processos de tomada de decisão, reduzindo o absentismo laboral, escolar e o recurso aos serviços de saúde.

Em relação ao terceiro estudo incluído, indo ao encontro do folheto, Kelly et al. (2019) avaliaram a respetiva eficácia no aumento do conhecimento parental sobre a febre, especificamente identificação do valor preconizado, melhorar a gestão dos antipiréticos e as medidas não farmacológicas, tais como o uso da esponja morna. A intervenção

educativa consistia no folheto informativo, tendo em vista o aumento do conhecimento e a redução da recorrência aos serviços de saúde.

De acordo com a mesma autoria, o folheto demonstrou aumentar a definição correta da febre e a diminuição das práticas desadequadas até duas semanas. A administração de antipirético, quando a criança está desconfortável, também evidenciou melhorias, aumentando de 76%, no grupo de intervenção, para 82.4%, comparativamente a 28% no grupo de controlo. No alternar antipiréticos, 15% do grupo de intervenção fá-lo, relativamente a 51% no grupo de controlo. Finalmente, o discordar com o uso da esponja morna, aumentou para 97%, no grupo de intervenção. No que toca à apreciação do folheto, 88% classificou-o em útil, fácil de ler e de recordar. Por fim, os participantes sugeriram introduzir a temática da convulsão febril.

A título de fundamentação, de acordo com a evidência científica, De Souza et al. (2021) reforça que, na gestão da febre, a implementação de medidas não farmacológicas não está recomendada, excetuando aquelas que colaborem na resposta fisiológica do organismo.

O quarto estudo incluído, desenvolvido por Vázquez Fernández et al. (2019), fundamentou-se no elevado número de idas aos CSP e hospitalares, fruto do desconhecimento dos pais/cuidadores e, ainda, medo de contrair uma doença grave. Até aos 6 meses de vida, verifica-se uma maior afluência, dada a suscetibilidade acrescida, inexperiência e dúvidas inerentes. Assim, avaliou-se a efetividade de um programa de educação para a saúde, no número e adequação das consultas, nos primeiros 6 meses, bem como identificação dos principais motivos.

Segundo a autoria supracitada, o programa consistia em sessões de formação a grávidas, no último trimestre e respetivos parceiros. A metodologia era grupal com participação ativa, composta por seis sessões dinâmicas de 90 minutos sobre diversas temáticas, entre as quais a febre e o uso racional do SUP. Após a intervenção, confirmou-se uma redução no número de consultas sobre as temáticas abordadas, constituindo a febre uma das mais evidentes. De igual modo, surtiu melhorias no grau de adequação das consultas, de 70% no grupo de intervenção, em comparação a 50% no grupo de controlo.

Nos CSP, um estudo desenvolvido por Fernández Y Fernández-Arroyo et al. (2014), em Madrid, avaliou a qualidade das sessões educativas, dirigidas às grávidas e parceiros. Deste modo, confirmou-se que os grupos focais e programas de educação para a saúde assumem-se como ferramentas de educação, sendo efetivos na aprendizagem de hábitos de saúde, segurança e vínculo com o lactente.

Por sua vez, no estudo de Maeda et al. (2014), analisou-se que 74.2% das puérperas hospitalizadas participaram em programas educativos. A análise contribuiu para a aferição das temáticas mais solicitadas, na educação para a saúde, correspondendo a uma das três mais procuradas, os cuidados com o recém-nascido (35.9%). Finalmente, 94.2% das puérperas avaliaram a sessão como informativa e clara.

No período pré-natal, as intervenções de enfermagem são fundamentais por possibilitarem a aprendizagem, estabelecimento de vínculo e resposta às necessidades das grávidas e parceiros. Neste sentido, destacam-se intervenções, no âmbito dos hábitos de vida saudável e cuidados ao lactente, com repercussões na qualidade de vida dos pais. As atividades individuais ou em grupo constituem um elemento basilar, contribuindo à partilha de experiências, crescimento e qualificação dos cuidados (Alfing, 2016).

Por último, o quinto estudo incluído, conduzido por Belisle et al. (2019), avaliou a eficácia das orientações, no momento da alta, num SUP. Intervenção dirigida aos pais de crianças com Otite Média Aguda, com recurso a um vídeo educativo, comparativamente ao folheto, na redução da febre e dor. Os objetivos centraram-se na adesão ao plano de cuidados e resolução sintomática. Especificamente, no aumento do conhecimento parental, repercutindo-se no absentismo (escolar e laboral), reincidência ao SUP e respetiva satisfação. Ambos os formatos abordavam sinais, sintomas, terapêutica e quando recorrer aos serviços de saúde, correspondendo a uma alternativa às orientações verbais que, por vezes, são complexas.

Segundo o mesmo autor, no vídeo, evidenciou-se uma maior gestão sintomática, compreensão e retenção do conhecimento. Por sua vez, o folheto demonstrou uma maior aquisição de conhecimentos, relativamente à abordagem verbal. Após análise, evidenciou-se uma melhoria significativa com os dois formatos, dado que o conteúdo era o mesmo, associada ao elevado grau de satisfação, por parte dos pais. Atendendo ao contexto de saúde, importa salientar que, nenhum progenitor, deixou de receber informação. Particularmente, no SUP, o vídeo consiste numa intervenção educativa a considerar, em conjunto com orientações verbais, quando a afluência é elevada e o tempo escasseia.

De igual modo, no domínio educativo, Gwiasda et al. (2022), desenvolveram um vídeo sobre a febre na criança, integrado na aplicação “FeverApp”. Na “FeverApp”, os pais/cuidadores recebem informações atualizadas sobre a febre infantil, assentes em evidência científica. O vídeo compreende, sensivelmente, quatro minutos e abarca

conteúdo informativo sobre a febre, designadamente a reação que ocorre, sinais de alerta que motivem observação médica e convulsões febris.

Segundo tal estudo, os resultados foram significativos, nomeadamente com melhorias nas crenças sobre a importância da febre, passando de 75% antes do vídeo para 93% após. Ainda assim, depois da intervenção, 83% concordaram que seriam mais cuidadosos, quanto à administração de antipiréticos. A informação transmitida e a qualidade do vídeo foram, positivamente, avaliadas. Neste sentido, os autores concluíram que o vídeo possibilitou a obtenção significativa de conhecimento, motivou a mudança intencional de comportamento, a curto prazo, e a redução da incerteza.

Por sua vez, na Dinamarca, Borch-Johnsen et al. (2023) produziu tutoriais em vídeos simples e informativos sobre os sintomas comuns nas crianças, incluindo a febre e quando procurar observação médica. A abordagem é interativa, transmite informação e segurança aos pais/cuidadores e objetiva melhorar a literacia em saúde e otimizar os recursos disponíveis. Os vídeos receberam pareceres positivos, por parte parental, sendo classificados em informativos, de fácil compreensão e tranquilizadores.

Ao encontro da evidência apresentada, há já alguns anos, Monsma et al. (2015), conduziu uma revisão integrativa, concluindo que as intervenções, especialmente dirigidas aos pais/cuidadores com baixo nível de literacia em saúde, contribuem para reduzir a ansiedade parental e respetivas consequências. Essas intervenções deverão ser individualizadas, culturalmente sensíveis e assentes em evidência científica. A título de exemplificação, enumerou-se o panfleto, folheto, vídeos e orientações verbais reforçadas com discussão.

Recentemente, a revisão *scoping* conduzida por Arias et al. (2019), identificou 11 intervenções educativas, tais como as sessões de formação individuais, entre pares e em grupo (palestras, discussões, tutoriais, demonstrações e módulos estruturados). O formato informatizado foi referido com recurso aos tutoriais e diretrizes, uma linha direta de triagem de enfermagem, utilização de vídeos e, ainda, combinação dos formatos entre presencial e online. Na maioria das intervenções, evidenciou-se um impacto positivo no aumento do conhecimento, competências na gestão da febre e diminuição da recorrência aos serviços de saúde.

## **2.5. Considerações Finais**

A revisão integrativa da literatura possibilitou a identificação das intervenções educativas, passíveis de implementação pelo EESIP, nos CSP e hospitalares. Ao encontro

da evidência atual, diversas foram as intervenções enumeradas com repercussões positivas na capacitação de pais e cuidadores de lactentes com febre. Naturalmente, tais repercussões surtem impacto positivo na afluência aos serviços de saúde, custos associados, melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da satisfação de famílias e profissionais, bem como redução da ansiedade parental (Martins et al., 2020).

No contexto dos CSP e hospitalares, a título de exemplo, frisa-se as intervenções educativas em formato papel, como os marcadores de páginas, cartazes e folhetos. O formato digital diz respeito aos vídeos e acesso a páginas virtuais. Por sua vez, através da comunicação oral direta, identificou-se a linha de triagem telefônica e a transmissão direta de conhecimentos. Por último, dada a dinâmica dos CSP, tornam-se exequíveis os programas pré-natais.

Atendendo à adequação da atuação do EESIP, estas intervenções tornam-se essenciais e um importante incentivo à criação de estratégias nestes formatos mais interativos, objetivando a assimilação, retenção do conhecimento adquirido e transposição para a prática. Após análise, os vídeos destacam-se como o formato predileto dos pais/cuidadores (Arias et al., 2019).

No que toca às limitações, reconhece-se a abundância de evidência sobre o SUP, no entanto escasseia a dos CSP, tornando-se numa sugestão para estudos futuros. Finalmente, acredita-se que seria de extrema pertinência, à luz do Despacho n.º 10319/2014, reforçar as respostas, por parte dos CSP, através de alternativas apropriadas e de fácil acesso, garantindo a acessibilidade às situações agudas não urgentes. Medidas que evitam a afluência já característica ao SUP e asseguram a sua efetiva capacidade de resposta.

### **3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO**

Nos serviços de saúde, o elevado volume de admissões, repercute-se nos custos, qualidade dos serviços prestados e satisfação dos clientes e profissionais. O recurso excessivo ao SUP é, mundialmente, transversal. Neste sentido, Portugal constitui o país da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico com maior número de admissões, assinalando-se mais de 70 admissões por 100 habitantes. A faixa etária pediátrica compreende um dos grupos com maior afluência, verificando-se uma maior incidência em crianças até aos 3 anos, associado à eventual ansiedade parental e inexperiência (Martins et al., 2020; Melnikova, 2020).

A febre assume-se, na infância, como o sintoma mais comum. Apesar da prevalência e elevada aposta na educação e investigação, continua a ocasionar grande preocupação e ansiedade parental. Diversos estudos atestam um conhecimento e comportamentos pouco adequados, apesar das múltiplas diretrizes de como proceder. A evidência refere uma grande influência por preocupações irrealistas de possíveis danos associados, particularmente no lactente (Merlo et al., 2023; Vicens-Blanes et al., 2023).

Na ótica mundial, salientam-se as cinco recomendações para intervenções parentais, assentes em evidência, capazes de, entre outras, melhorar a relação do binómio criança-família com repercussões positivas na saúde mental da família. Especificamente, enaltece-se a quinta recomendação, onde se reforçam as intervenções dirigidas aos pais/cuidadores de crianças até aos 3 anos, com o intuito de prestarem cuidados adequados (World Health Organization, 2022).

Ao nível nacional, frisa-se a oitava recomendação do PNS 2021-2030, onde se preconiza a aposta nos determinantes inerentes ao sistema de saúde e à prestação de cuidados. Assim, importa reforçar o investimento no aumento da literacia da população, objetivando a capacitação na gestão da saúde e, por sua vez, a maior adequação na procura pelos recursos disponíveis. Dada a priorização no PNS, a literacia em saúde assume-se como estratégia de intervenção multidisciplinar, a título de exemplo nas componentes específicas, tais como a literacia digital.

O Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030, considera, como boas práticas, a produção de conteúdo assente em evidência científica e nas melhores práticas de literacia em saúde. Além disso, importa definir as

ferramentas mais adequadas aos estádios do ciclo vital e contextos, no sentido da capacitação, consciencialização e tomada de decisão esclarecida. Na promoção da literacia e comportamentos protetores, a comunicação constitui-se como elemento basilar, sendo impreterível o planeamento e adaptação à população, pais/cuidadores e profissionais.

À luz do Referencial para Desenvolvimento de Projetos Promotores de Literacia em Saúde, enaltece-se alguns pilares fundamentais à promoção da respetiva literacia, nomeadamente promover o interesse e incentivo à população, divulgar informação fidedigna, compreensível e centrada em comportamentos, desenvolver capacidades individuais e incentivar a autonomia nas tomadas de decisões em saúde. De igual modo, a intervenção deverá caracterizar-se pelo empoderamento e participação da população alvo, tendo em vista a avaliação de necessidades, desenvolvimento de competências, recursos e autonomia (De Arriaga et al., 2023).

Na RAM, segundo a Resolução do Conselho do Governo Regional n.º 34/2023, o Plano Regional de Saúde 2021-2030, emitido pela Direção Regional da Saúde, foi aprovado. No domínio desse Plano, reforça-se o eixo estratégico da promoção da saúde e bem-estar, sendo preconizada a edificação de programas integrados, no sentido de responder às necessidades identificadas, segundo a evidência, o ciclo de vida e os variados contextos. No que toca ao eixo estratégico do progresso do Sistema Regional de Saúde, como estratégia de intervenção, assinala-se a melhoria do acesso, pela população, à informação e serviços de saúde, compreendendo, por exemplo, as ferramentas digitais.

Atendendo à fundamentação apresentada e à mais valia, atualmente, do formato digital, enquanto EESIP, propõe-se a publicação da Revisão Integrativa da Literatura, presente no Apêndice H sob o formato de artigo, na revista científica selecionada. Dado o contributo para a PBE e, igualmente, o crescimento profissional, na qualidade de EESIP. Ainda assim, pretende-se continuar a colaborar no projeto das Competências Parentais, desenvolvido nos CSP, sobre a “Febre na Criança”.

No domínio dos cuidados hospitalares, tenciona-se apresentar a Revisão desenvolvida aos colegas do Serviço, fomentando o raciocínio crítico-reflexivo e a discussão. De igual modo, pretende-se solicitar autorização superior para implementação do Folheto nos serviços afetos à Saúde Infantil. Finalmente, continuar-se-á a investir na capacitação parental, no que toca a futuras formações, tais como a implementação da Massagem Infantil, frequentada no mês de setembro, do ano vigente, certificada pela Associação Portuguesa de Massagem Infantil e presente no Anexo F.

## CONCLUSÃO

A aprendizagem consiste num *continuum* dinâmico, atendendo à natureza integral e não fragmentada. Assim, considera-se a existência da imprescindível dimensão da socialização à profissão, intrínseca ao desenvolvimento de competências, no trabalho em equipa, organização individual, compreensão das dinâmicas dos serviços, estabelecimento de relações interpessoais, comunicação, tomada de decisão e partilha de saberes (Carmo, 2015).

O enfermeiro, no papel de estudante, assume-se como agente ativo, personaliza o processo de aprendizagem, em função das suas necessidades e expectativas. A produção do presente Relatório é um momento fulcral, dada a nova reflexão sobre todo o percurso, no sentido da assimilação dos conhecimentos e competências desenvolvidas e adquiridas.

Numa perspetiva global, o balanço é muito positivo. O crescimento, enquanto pessoa e enfermeira, é de uma magnitude estratosférica, aproximando-se, cada vez mais, da EESIP que se anseia. Ao longo de todos os contextos da prática clínica, desenvolveu-se, aprimorou-se e demonstrou-se as competências comuns ao enfermeiro especialista, as específicas do EESIP e, intrinsecamente, aquelas inerentes ao grau de Mestre.

Nesta linha de pensamento, de acordo com De Sousa et al. (2017), no âmbito da investigação, particularmente na PBE, a Revisão Integrativa da Literatura constitui uma ferramenta crucial à síntese dos resultados relevantes, conduzindo ao saber crítico.

A febre, na infância, constitui o sintoma mais comum. Apesar da respetiva prevalência e da elevada aposta na educação e investigação, continua a ocasionar grande preocupação e ansiedade nos pais/cuidadores (Vicens-Blanes et al., 2023). A literacia em saúde constitui um pilar fundamental na melhoria e promoção da saúde infantil e pediátrica, sendo que, a maioria dos pais/cuidadores, possuem um baixo nível, condicionando o cuidado ao lactente (Goes, 2022). Aquando do recurso aos serviços de saúde, fazem-no por medo, inexperiência ou procura de cuidados que desconhecem, tendo em vista a respetiva segurança (Pitoli et al., 2021).

O EESIP possui uma posição privilegiada, dado o seu conhecimento e experiência na aferição, planeamento e implementação de intervenções adequadas. O lactente, pelas suas características, carece de cuidados que abranjam a sua família. Deste modo, o contacto acolhedor e próximo com o enfermeiro é primordial ao estabelecimento

de uma relação terapêutica com os recursos de saúde. Assim, importa identificar as necessidades e dificuldades dos pais/cuidadores, objetivando a resposta e, quando necessário, facilitação de uma saudável transição para a parentalidade (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Nunes, 2022).

A revisão integrativa proporcionou a identificação das intervenções educativas, passíveis de implementação pelo EESIP, no contexto dos CSP e hospitalares. Variadas foram as intervenções enumeradas, naturalmente com repercussões positivas na capacitação de pais e cuidadores, no cuidado ao lactente com febre. Repercussões, essas, que surtem impacto positivo na afluência aos recursos de saúde disponíveis, custos inerentes, melhoria da qualidade dos cuidados prestados, aumento da satisfação de famílias e profissionais, bem como mitigação da ansiedade parental (Martins et al., 2020).

Nos CSP e hospitalares, a título de exemplo salientam-se as intervenções educativas em formato papel, tais como os marcadores de páginas, cartazes e folhetos. Por sua vez, o formato digital engloba os vídeos e acesso a páginas virtuais. Através da comunicação verbal direta, identificou-se a linha de triagem telefônica e, ainda, a transmissão direta. Finalmente, dada a dinâmica dos CSP, torna-se possível a realização dos programas pré-natais.

Atendendo aos focos de atenção na prática do EESIP, a instituição de intervenções educativas centradas na família, potenciam os ganhos em saúde. Na ótica da Orientação n.º 005/2018, a febre, enquanto foco do enfermeiro, adota um caráter relevante, dada a sua frequência, em idade pediátrica. Sucintamente, a capacitação dos pais/cuidadores face a um quadro febril, implica os cuidados sobre a febre, avaliação da temperatura, sinais de alerta e quando recorrer aos serviços de saúde.

Nos diversos campos de estágio, plenamente, cumpro com os objetivos preconizados e, a título de enriquecimento e personalização de todo o progresso, dei resposta aos objetivos específicos. Enquanto ator principal de todo o processo e da aquisição de competências, assumi uma atitude proativa, através da elaboração, *a priori*, dos objetivos específicos e da definição de estratégias de consecução com participação ativa, fundamentada e respeitadora dos princípios da profissão.

Permanentemente, procurei experiências de aprendizagem significativas, responsabilizei-me pela aprendizagem e mantive uma relação construtiva com todos aqueles com quem privei. No sentido de enriquecer toda a abordagem, diversos foram os momentos de partilha entre orientadores, coorientadores e colegas que, direta ou indiretamente, prestaram o seu valioso contributo.

O Relatório procurou evidenciar todo o progresso alcançado, ao longo dos diferentes contextos da prática clínica. No que concerne aos três objetivos traçados, tornou-se possível, por meio de uma visão crítico-reflexiva, a descrição e análise da aquisição, bem como desenvolvimento das competências do EESIP, comuns, específicas e de Mestre. Além disso, fruto da temática de interesse, aprofundaram-se conhecimentos, estratégias de intervenção e identificaram-se as intervenções educativas do EESIP, descritas na literatura, nos CSP e hospitalares, tendo em vista a capacitação parental, no cuidar do lactente com febre. De igual modo, estes objetivos traçados foram, plenamente, cumpridos, tornando-se num importante impulso à fase que se avizinha, as provas públicas.

Ao longo do percurso, surgiram algumas barreiras, sendo ultrapassadas com sucesso. Nesta etapa final, o cansaço, naturalmente, começa a se fazer sentir, constituindo uma das dificuldades experienciadas. Apesar de toda a rica aquisição foi, igualmente, um importante voto pessoal de superação, dado que, por vezes, manteve-se a atividade profissional, simultaneamente com a prática clínica.

A título de sugestão, no contexto da prestação de cuidados em Neonatologia, considera-se que seria, altamente, pertinente uma maior carga horária teórica e efetiva, esta última além das 36 horas preconizadas. As reduzidas horas estipuladas são uma gota na imensidão do que é, irrefutavelmente, um serviço daquela envergadura.

No decurso de cada palavra que, aqui, escrevo, vou de volta a tudo aquilo que experienciei. Novamente, reflito e, indubitavelmente, agradeço por toda esta incrível e frutífera experiência que tive oportunidade de vivenciar. A título pessoal, o orgulho emerge e a felicidade transborda sobre tudo o que foi adquirido e desenvolvido. As unidades curriculares e práticas clínicas surtiram ganhos imensuráveis e que, eventualmente, não me foi possível transpor, na íntegra, para o papel. Atendendo à efemeridade das palavras, todas elas se tornam insuficientes e estanques, face à grandeza do progresso.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alfing, C. E. dos S. (2016). *O enfermeiro na atenção à mulher no pré-natal: A realidade em estratégias saúde da família* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Cruz Alta e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul). Universidade de Cruz Alta e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. <https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/01/CLEIDE-ESTELA-DOS-SANTOS-ALFING-O-ENFERMEIRO-NA-ATENCAO-A-MULHER-NO-PRE-NATAL-A-REALIDADE-EM-ESTRATEGIAS-SAUDE-DA-FAMILIA.pdf>
- American Cancer Society. (2022). *Cancer Facts & Figures*. <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics/all-cancer-facts-figures/cancer-facts-figures-2022.html>
- American Psychological Association. (2019). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7<sup>th</sup> ed.). Author.
- Araújo, W. C. (2020). Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *ConCI: Convergências em Ciência da Informação*, 3(2), 100-134. <http://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
- Arias, D., Chen, T. F., & Moles, R. J. (2019). Educational interventions on fever management in children: A scoping review. *Nursing Open*, 6(3), 713-721. <https://doi.org/10.1002/nop2.294>
- Baptista, F. (2007). *Manual do Formando “Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho”*. Plataforma e-learning do Instituto do Emprego e Formação Profissional. <https://elearning.iefp.pt/mod/resource/view.php?id=23844>
- Barbieri-Figueiredo, M. do C. A. (2015). Cuidados centrados na família: do discurso à prática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 1-2. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500083>

- Belisle, S., Dobrin, A., Elsie, S., Ali, S., Brahmhatt, S., Kumar, K., Jasani, H., Miller, M., Ferlisi, F., & Poonai, N. (2019). Video Discharge Instructions for Acute Otitis Media in Children: A Randomized Controlled Open-label Trial. *Academic Emergency Medicine*, 26(12), 1326-1335. <https://doi.org/10.1111/acem.13839>
- Biblioteca Virtual em Saúde. (n.d.). *Descritores em Ciências da Saúde*. <https://decs.bvsalud.org/>
- Borch-Johnsen, L., Andrés-Jensen, L., Folke, F., Espersen, M. M., Amstrup, S. L., Frederiksen, M. S., Gjørde, L. K., Hjelvang, B. R., Kristoffersen, M. J., Lundby-Christensen, L., Schrøder, M., Spangenberg, K. B., Lund, S., & Cortez, D. (2023). Development of video tutorials to help parents manage children with acute illnesses using a modified Delphi method. *Acta Paediatrica*, 112(7), 1574–1585. <https://doi.org/10.1111/apa.16805>
- Caldeira, S. (2020). Cuidar da Criança, Jovem e Família em Situações Especiais: Espiritualidade no Cuidado à Criança. In A. L. Ramos, & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 238-247). Lidel.
- Carmo, P. C. B. (2015). *Supervisão em Enfermagem na Aprendizagem Clínica* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=u0jmG9nS>
- Carvalho, M. S., Lourenço, M., Charepe, Z., & Nunes, E. (2019). Hope Promoting Interventions in Parents of Children with Special Health Needs: A Scoping Review. *Global Nursing*, 18(1), 646-689. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>
- Carvalho, N., Borges, F., Costa, B., & Costa, P. (2022). The aetiology of acute appendicitis. Is allergy the missing link? A narrative review. *Revista Portuguesa de Cirurgia*, (52), 1-10. <https://doi.org/10.34635/rpc.893>
- Catal, O., Ozer, B., Sit, M., & Erkol, H. (2021). Is appendectomy a simple surgical procedure?. *Cirurgía y Cirujanos*, 89(3), 303-308. <https://doi.org/10.24875/ciru.20001277>

- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2023). *Relatório & Contas*. [https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/975/R\\_C\\_2022.pdf](https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/975/R_C_2022.pdf)
- Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos* (462471/19). UNICEF para todas as crianças. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)
- Connelly, R. A., & Gupta, A. (2017). Health Literacy Universal Precautions: Strategies for Communication with All Patients. In R. A. Connelly, & T. Turner (Eds.). *Health Literacy and Child Health Outcomes – Promoting Effective Health Communication Strategies to Improve Quality of Care* (pp. 39-50). Springer.
- Dantas, H. L. de L., Costa, C. R., Costa, L. M., Lúcio, I. M., & Comassetto, I. (2022). Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico. *Revista Recien*, 12(37), 334-345. <http://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
- Davis, T., Meyer, A., Beste, J., & Batish, S. (2018). Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(4), 550-557. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.170474>
- De Almeida, C. V., Da Silva, C. R., Rosado, D., Miranda, D., Oliveira, D., Mata, F., Maltez, H., Luis, H., Filipe, J., Moutão, J., Larangeira, J., Cid, L., De Menezes, M. B., Ferreira, M. C., Loureiro, M., Correia, M. L., Da Silva, N. C., Barbosa, P., Da Silva, P. R., ... Assunção, V. (2019). *Manual de Boas Práticas Literacia em Saúde: Capacitação dos Profissionais de Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>
- De Arriaga, M. T., Dos Santos, B., Koyluy, A., Carvalho, A., Raposo, B., Da Silva, C. R., Mata, F., Filipe, J., Da Silva, N. C., Horgan, R., & Freitas, G. (2023). *Referencial para Desenvolvimento de Projetos Promotores de Literacia em Saúde*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload->

2013/referencial-para-desenvolvimento-de-projetos-promotores-de-literacia-  
em-saude-pdf.aspx

De Maat, J. S., Klink, D. V., Hartogh-Griffioen, A. D., Schmidt-Crossen, E., Rippen, H., Hoek, A., Neill, S., Lakhanpaul, M., Moll, H. A., & Oostenbrink, R. (2018). Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever. *BMJ Open*, 8(8), e021697. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021697>

De Oliveira, S. M. B. M. (2021). *Elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde em contexto pediátrico: uma revisão scoping* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/7014>

De Sousa, L. M. M., Vieira, C. M. A. M., Severino, S. S. P., & Antunes, A. V. (2017). A metodologia de revisão integrativa da literatura em enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(21), 17-26. ResearchGate. [https://www.researchgate.net/publication/321319742\\_Metodologia\\_de\\_Revisao\\_Integrativa\\_da\\_Literatura\\_em\\_Enfermagem](https://www.researchgate.net/publication/321319742_Metodologia_de_Revisao_Integrativa_da_Literatura_em_Enfermagem)

De Sousa, L. 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*, Série 2 (23), 31-39. <http://sinaisvitalis.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem/rie-serie-2/783-rie-23-maio-2018>

De Souza, M. V., Damião, E. B. C., Buchhorn, S. M. M., & Rossato, L. M. (2021). Non-pharmacological fever and hyperthermia management in children: an integrative review. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE00743. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AR00743>

Decreto-Lei n.º 161/96. **Diário da República** I Série. 205 (04-09-1996) 2959-2962. [Consult. 15 jun 2023]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/eli/dec-lei/161/1996/09/04/p/dre/pt/html>>.

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182.  
[Consult. 23 ago 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>>.

Değer, V. B. (2018). *Transcultural Nursing*. IntechOpen.  
<http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.74990>

Deodato, S. J. (2014). *Decisão Ética em Enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.

Despacho n.º 10319/2014. **Diário da República** II Série. 153 (11-08-2014) 20673-20678.  
[Consult. 26 ago 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>>.

Despacho n.º 3762/2015. **Diário da República** II Série. 73 (15-04-2015) 9186-9187.  
[Consult. 12 jun 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/3762-2015-66984659>>.

Despacho n.º 5613/2015. **Diário da República** II Série. 102 (27-05-2015) 13552-13553.  
[Consult. 29 mai 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/5613-2015-67324029>>.

Despacho n.º 1695/2018. **Diário da República** II Série. 35 (19-02-2018) 5433. [Consult.  
22 ago 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1695-2018-114706562>>.

Despacho n.º 7276/2019. **Diário da República** II Série. 156 (16-08-2019) 141-147.  
[Consult. 12 mar 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/7276-2019-124006819>>.

Despacho n.º 9390/2021. **Diário da República** II Série. 187 (24-09-2021) 96-99.  
[Consult. 28 mai 2023]. Disponível em WWW:  
<<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Orientação n.º 014/2010: Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças**. 2010. <https://www.dgs.pt/directrizes->

da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional de Prevenção de Acidentes 2010-2016.** 2010. <http://www.arsalentejo.min-saude.pt/utentes/saudepublica/AreasSaude/Documents/Preven%C3%A7%C3%A3o%20de%20Acidentes.pdf>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Norma n.º 010/2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.** 2013. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Orientação n.º 005/2018: Febre na Criança e no Adolescente – Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções.** 2018. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052018-de-03082018-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Documento Geral de Certificação de Unidades de Saúde – Modelo de Certificação de Unidades de Saúde do Ministério da Saúde.** 2020. [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/documento-geral-de-certificacao-de-unidades-de-saude\\_aprovado-a-26\\_11\\_2020\\_v2-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/documento-geral-de-certificacao-de-unidades-de-saude_aprovado-a-26_11_2020_v2-pdf.aspx)

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável 2022-2030.** 2022. <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/programa-nacional-para-a-promocao-da-alimentacao-saudavel-2022-2030-pdf.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.** 2023. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/boletim-de-saude-infantil.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Manual de Standards – Unidades de Gestão Clínica.** 2023. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/reconhecimento-da-qualidade/acreditacao-em-saude/manuais-de-standards.aspx>

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Plano Nacional de Literacia em Saúde e Ciências do Comportamento 2023-2030 – Plano Estratégico.** 2023.  
<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/plano-nacional-de-literacia-em-saude-e-ciencias-do-comportamento-2023-2030-pdf.aspx>

Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. *Archives of pathology & laboratory medicine*, 114(11), 1115-1118. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2241519/>

Dos Santos, P. E. (2020). *O cuidado de enfermagem promotor da adaptação do adolescente à doença crónica* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/36989>

Edwards, C., Walker, K. B., & Deupree, J. (2020). Actionability and Usability of a Fever Management Tool for Pediatric Caregivers. *Journal of continuing education in nursing*, 51(7), 338-344. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200611-10>

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. (2020). *Elaboração de Trabalhos Académicos: Síntese de Orientações*. Disponível em Serviço de Documentação – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny.

European Pain Federation. (2022). *What is the definition of pain?*. <https://europeanpainfederation.eu/what-is-pain/>

Fernandes, A. K., Wilson, S., Nalin, A. P., Philip, A., Gruber, L., Kwizera, E., Sydelko, B. S., Forbis, S. G., & Laudén, S. (2021). Pediatric Family-Centered Rounds and Humanism: A Systematic Review and Qualitative Meta-analysis. *Journal Hospital Pediatrics*, 11(6), 636-649. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-000240>

Fernández Y Fernández-Arroyo, M., Muñoz, I., & Torres, J. (2014). Assessment of the pregnancy education programme with 'EDUMA2' questionnaire in Madrid (Spain). *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 20(4), 436-444. <https://doi.org/10.1111/jep.12170>

Ferreira, I. M. F. (2017). *Procura numa Urgência Pediátrica: fatores que mais contribuem para a afluência de casos não urgentes* (Dissertação de Mestrado,

Faculdade de Economia da Universidade do Porto). Faculdade de Economia da  
Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/109378>

Fiorini, J., Zaghini, F., Mannocci, A., & Sili, A. (2022). Nursing leadership in clinical practice, its efficacy and repercussion on nursing-sensitive outcomes: A cross-sectional multicentre protocol study. *Journal of Nursing Management*, 30(7), 3178-3188. <https://doi.org/10.1111/jonm.13739>

Goes, A. R. (2022). Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções. *Saúde & Tecnologia: Revista Científica*, (22), 8-12. <https://doi.org/10.25758/set.2237>

Golsäter, M., Fiallos, M. K., Vestvik, S. O., Anefur, H., & Harder, M. (2023). Child health care nurses' cultural competence in health visits with children of foreign background. *Nursing Open*, (10), 1426-1436. <https://doi.org/10.1002/nop2.1393>

Gwiasda, M., Schwarz, S., Büssing, A., Jenetzky, E., Krafft, H., Kerdar, S. H., Rathjens, L., Boehm, K., & Martin, D. (2022). Changing knowledge and attitudes about childhood fever: testing a video instruction before its application in a health app. *GMS Journal for Medical Education*, 39(2), 1-14. <https://doi.org/10.3205/zma001546>

Hart, L., Nedadur, R., Reardon, J., Sirizzotti, N., Poonai, C., Speechley, K. N., Loftus, J., Miller, M., Salvadori, M., Spadafora, A., & Poonai, N. (2019). Web-Based Tools for Educating Caregivers About Childhood Fever: A Randomized Controlled Trial. *Pediatric Emergency Care*, 35(5), 353-358. <http://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000936>

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2017). *WONG'S Essentials of Pediatric Nursing* (10<sup>th</sup> ed.). Elsevier.

Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da Criança Hospitalizada* (5ªed.). [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*. [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14\\_digital.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf)

- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Objetivos de Desenvolvimento Sustentável – Agenda 2030: Indicadores para Portugal 2015/2021*.  
<https://www.ine.pt/xurl/pub/31592402>
- Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil. (2022). Registo Oncológico Nacional de Todos os Tumores na População Residente em Portugal, em 2019.  
[https://ron.min-saude.pt/media/2214/ron-2019\\_new\\_v8f.pdf](https://ron.min-saude.pt/media/2214/ron-2019_new_v8f.pdf)
- International Council of Nurses. (2023). *ICNP Browser: 2019 release*.  
<https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Joanna Briggs Institute. (2021). *JBIP EBP Database Guide*. Wolters Kluwer.  
<https://ospguides.ovid.com/OSPGuides/jbidb.htm>
- Jones, M. W., Lopez, R. A., Deppen, J. G., & Kendall, D. B. (2023). *Appendicitis (Nursing)*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568712/>
- Jullien, S. (2021). Prevention of unintentional injuries in children under five years. *BMC Pediatrics*, 21(311), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02517-2>
- Kelly, M., Sahm, L., McCarthy, S., O'Sullivan, R. G., Mc Gillicuddy, A., & Shiely, F. (2019). Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever. *BMC Pediatrics*, 19(447), 1-10.  
<https://doi.org/10.1186/s12887-019-1808-9>
- Kirby, S., Wooten, W., & Spanier, A. J. (2021). Pediatric Primary Care Relationships and Non-Urgent Emergency Department Use in Children. *Academic Pediatrics*, 21(5), 900-906. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.03.019>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult. 15 jul 2023]. Disponível em WWW: <<https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>>.
- Leigh, S., Robinson, J., Yeung, S., Coenen, F., Carrol, E. D., & Niessen, L. W. (2020). What matters when managing childhood fever in the emergency department? A discrete-choice experiment comparing the preferences of parents and healthcare

- professionals in the UK. *Archives of Disease in Childhood*, 105(8), 765-771.  
<https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318209>
- Lopes, C. F. C. (2022). *O exercício da parentalidade durante a hospitalização da criança em tempos de pandemia: percepção das dificuldades sentidas e do suporte dos enfermeiros* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu). Escola Superior de Saúde de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/7253>
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., Rodrigues, S., Lobato, L., Magalhães, V., Correia, D., Carvalho, C., Pizarro, A., Marques, A., Vilela, S., Oliveira, L., Nicola, P., Soares, S., ... Ramos, E. (2017). *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2015-2016: Relatório metodológico*. Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10400.18/5779>
- Luiz, F. S., De Vasconcellos, L. J., Barbosa, A. C. S., Paiva, A. do C. P. C., Dos Santos, K. B., Sanhudo, N. F., & Carbogim, F. da C. (2020). Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: Revisão Integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (Suppl. 38), e1763. <https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>
- Machado, A. P. P. (2020). *A implementação do Modelo ACSA no Departamento de Pediatria no Hospital de Santa Maria – um estudo de caso* (Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa). Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.5/21297>
- Maeda, T. de C., Parreira, B. D. M., Da Silva, S. R., & De Oliveira, A. C. D. (2014). Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 3(2), 6-18. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26679>
- Marques, G. F. dos S. (2015). *O impacto da doença oncológica da criança na família* (Dissertação de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa. <http://hdl.handle.net/10400.14/37913>
- Martins, M., Marques, R., Souza, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Avaliar –

- Um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 311-317.  
<https://doi.org/10.20344/amp.12769>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory – Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer.
- Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing – Development & Progress* (5<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.
- Melnikova, D. (2020). *Educar para o uso consciente do serviço de urgência em pediatria* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra). Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra e Escola Superior de Educação de Coimbra.  
<http://hdl.handle.net/10400.26/37538>
- Melo, A. D., Ruão, T., Balonas, S., Alves, M., & Ferreira, M. (2023). *Plano Nacional de Saúde 2030: Guia de Comunicação em Saúde – Boas Práticas*. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade. <https://doi.org/10.21814/1822.78904>
- Merlo, F., Falvo, I., Caiata-Zufferey, M., Schulz, P. J., Milani, G. P., Simonetti, G. D., Bianchetti, M. G., & Fadda, M. (2023). New insights into fever phobia: a pilot qualitative study with caregivers and their healthcare providers. *European Journal of Pediatrics*, 182, 651-659. <https://doi.org/10.1007/s00431-022-04704-4>
- Middleton, R., Kinghorn, G., Patulny, R., Sheridan, L., Andersen, P., & McKenzie, J. (2022). Qualitatively exploring the attributes of adaptability and resilience amongst recently graduated nurses. *Nurse Education in Practice*, 63(7), 103406. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103406>
- Monsma, J., Richerson, J., & Sloan E. (2015). Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(4), 222-229. <https://doi.org/10.1002/2327-6924.12152>
- National Library of Medicine. (n.d.). *Medical Subject Headings 2023*. <https://meshb.nlm.nih.gov/>

Nunes, C. S. P. (2022). *Competências parentais na promoção do desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida: contributo do enfermeiro especialista* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/43849>

Ordem dos Enfermeiros. (n.d.). *Ontologia de Enfermagem*. <https://ontologia.ordemenfermeiros.pt/Browser>

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho Jurisdicional – **Parecer n.º 96/2009**. 2009. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer96\\_2009\\_condicoes\\_exercicio.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer96_2009_condicoes_exercicio.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores\\_BoaPratica\\_SaudeInfantil\\_Pediatica\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GuiasOrientadores_BoaPratica_SaudeInfantil_Pediatica_volume1.pdf)

ORDEM DOS ENFERMEIROS. Conselho de Enfermagem 2010/2011 – **Parecer n.º 18/2011**. 2011. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18\\_2011CE\\_terapias%20alternativas%20contempladas\\_pratica\\_enfermagem\\_CIP E.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer18_2011CE_terapias%20alternativas%20contempladas_pratica_enfermagem_CIP E.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III*. [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* (Série I). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização* (Série 1). [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP\\_ParentalidadePositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf)

- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – **Parecer n.º 08/2018 Rectificado**. 2018. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8480/parecer-n%C2%BA-08\\_2018\\_mceesip\\_vacina-intramuscular-sem-aspira%C3%A7%C3%A3o-em-pediatria\\_retificado\\_anonimiza.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8480/parecer-n%C2%BA-08_2018_mceesip_vacina-intramuscular-sem-aspira%C3%A7%C3%A3o-em-pediatria_retificado_anonimiza.pdf)
- Page, M. J., 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: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. F., Rivara, F., Bartolomeos, K. (Eds.). (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574\\_eng.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43851/9789241563574_eng.pdf?sequence=1)
- Peetoom, K. K. B., Crutzen, R., Bohnen, J. M. H. A., Verhoeven, R., Nelissen-Vrancken, H. J. M. G., Winkens, B., Dinant, G. J., & Cals, J. W. L. (2018). Optimising decision making on illness absenteeism due to fever and common infections within childcare centres: development of a multicomponent intervention and study protocol of a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 18(61), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12889-017-4602-3>
- Pehlivanturk-Kizilkan, M., Ozsezen, B., & Batu, E. D. (2022). Factors Affecting Nonurgent Pediatric Emergency Department Visits and Parental Emergency Overestimation. *Pediatric Emergency Care*, 38(6), 264–268. <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000002723>
- Pitoli, P. J., Duarte, B. K., Fragoso, A. A., Damaceno, D. G., & Marin, M. J. S. (2021). Febre em crianças: procura de pais por serviços médicos de emergência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 445-454. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020>

- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem*. Lidel.
- Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República II Série**. 119 (22-06-2015) 16660-16665. [Consult. 26 mai 2023]. Disponível em WWW: <<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>>.
- Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República II Série**. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 23 mai 2023]. Disponível em WWW: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>>.
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República II Série**. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 20 mai 2023]. Disponível em WWW: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>>.
- Resolução do Conselho do Governo Regional n.º 34/2023. **Jornal Oficial da Região Autónoma da Madeira I Série**. 20 (30-01-2023) 1-8. [Consult. 27 jun 2023]. Disponível em WWW: <<https://joram.madeira.gov.pt/joram/1serie/Ano%20de%202023/ISerie-020-2023-01-30sup2.pdf>>.
- Resolução n.º 93/2023. **Diário da República I Série**. 158 (16-08-2023) 72-126. [Consult. 27 ago 2023]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-conselho-ministros/93-2023-219991577>>.
- Ribeiro, O. (2023). *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos – Um roteiro para a qualidade e segurança*. Lidel.
- Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. dos S. (2020). Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde e Sociedade*, 29(2), e190395. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395>
- Sandridge, S., Palokas, M., & Odom, A. (2023). Nursing staff communication with pediatric patients and families in a pediatric transitional care unit: A best practice implementation project. *JBI Evidence Implementation*, 21(2), 120-127. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000363>

- Santos, M., Casanova, C., Prata, P., & Bica, I. (2016). Gerir a febre em crianças: Conhecimentos e práticas dos pais. *Millenium – Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 2(1), 15-21. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/20186/1/RevistaElectronica.pdf>
- Sarria-Guerrero, J. A., Luaces-Cubells, C., Jiménez-Fàbrega, F. X., Villamor-Ordozgoiti, A., Isla Pera, M. P., & Guix-Comellas, E. M. (2019). Impacto de las consultas y triajes telefónicos pediátricos en el uso del servicio de urgencias hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 31(4), 257-260. [http://emergencias.portalsemes.org/images/abstracts/files/Emergencias-2019\\_31\\_4\\_257-260.pdf](http://emergencias.portalsemes.org/images/abstracts/files/Emergencias-2019_31_4_257-260.pdf)
- Shajani, Z., & Snell, D. (2019). *Wright & Leahey's – Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention* (7<sup>th</sup> ed.). F.A. Davis.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2020). *Posição da Sociedade de Urgência e Emergência Pediátrica face à utilização atual da Urgência Pediátrica em Portugal*. Sociedade de Urgência e Emergência Pediátrica. <https://www.spp.pt/noticias/default.asp?IDN=10924&op=2&ID=132>
- Tavan, A., Monemi, E., Keshavarz, F., Kazemi, B., & Nematollahi, M. (2022). The effect of simulation-based education on parental management of fever in children: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 21(168). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00938-7>
- Tavares, P. P. (2020). Apreciação da Criança e do Jovem no Contexto do Internamento. In A. L. Ramos, & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 95-103). Lidel.
- Væver, M. S., Krogh, M. T., Stuart, A. C., Madsen, E. B., Haase, T. W., & Egmo, I. (2022). Understanding Your Baby: protocol for a controlled parallel group study of a universal home-based educational program for first time parents. *BMC Psychology*, 10(223). <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00924-3>
- Vázquez Fernández, M. E., Sanz Almazán, M., García Sanz, S., Berciano Villalibre, C., Alfaro González, M., & Del Río López, A. (2019). Intervención educativa en

atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e1-e11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30692506/>

- Vicens-Blanes, F., Miró-Bonet, R., & Molina-Mula, J. (2023). Analysis of the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards fever in children: A systematic review with a qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7/8), 969-995. <https://doi.org/10.1111/jocn.16271>
- Vilaça, S., & Ramos, M. (2020). O recém-nascido. In A. L. Ramos, & M. do C. Barbieri-Figueiredo (Eds.). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (pp. 105-115). Lidel.
- Vilarinho, L., Garcia, P., & Pinho e Costa, P. (2022). *Programa Nacional de Rastreio Neonatal: Relatório 2021*. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. <http://hdl.handle.net/10400.18/8444>
- Villarejo-Rodríguez, M. G., & Rodríguez-Martín, B. (2020). Behavior of Parents Seeking Care From Emergency Services Due to Fever in Children. *Journal of Nursing Scholarship*, 52(2), 136-144. <https://doi.org/10.1111/jnu.12538>
- World Health Organization. (2022). *WHO guidelines on parenting interventions to prevent maltreatment and enhance parent-child relationships with children aged 0-17 years*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240065505>

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – CRONOGRAMA DE ESTÁGIOS 2022/2023

Unidade Curricular	Serviço	Data de início	Data de término	Horas	
				Prática Clínica	Orientação tutorial
Estágio II – Cuidados Especializados II – Módulo I – Estágio de Pediatria em Urgências Pediátricas	Serviço de Urgência Pediátrica, Hospital Dr. Nélio Mendonça	7 Novembro 2022	10 Dezembro 2022	180 h	13 h
Estágio I – Cuidados Especializados I – Módulo III – Estágio de Pediatria em Neonatologia	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos	11 Dezembro 2022	17 Dezembro 2022	36 h	2 h
Estágio I – Cuidados Especializados I – Módulo I – Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Hemato-Oncologia	Serviço de Pediatria, Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil	6 Janeiro 2023	27 Janeiro 2023	126 h	10 h
Estágio I – Cuidados Especializados I – Módulo II – Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia	Serviço de Cirurgia Pediátrica, Centro Materno-Infantil do Norte Dr. Albino Aroso	6 Fevereiro 2023	23 Fevereiro 2023	108 h	10 h
Estágio II – Cuidados Especializados II – Módulo III – Estágio de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança	Centro de Desenvolvimento da Criança	27 Fevereiro 2023	15 Março 2023	90 h	4 h
Estágio II – Cuidados Especializados II – Módulo II – Estágio de Saúde Infantil na Comunidade	Centro de Saúde do Bom Jesus	22 Março 2023	21 Abril 2023	126 h	10 h

## **APÊNDICE B – SESSÃO FORMATIVA: PLANEAMENTO**



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

### **SESSÃO FORMATIVA: Planeamento**

**Trabalho elaborado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio II –  
Cuidados Especializados II – Módulo II – Estágio de Saúde Infantil na  
Comunidade, no 2º ano do Curso de Mestrado em Enfermagem de  
Saúde Infantil e Pediátrica.**

**Funchal,  
2023**

### **Seleção e indicação da temática / problema**

Ao longo da prática, tenho vindo a me deparar com uma preocupação comum aos pais/cuidadores, aquando da prestação de cuidados à criança, o que motivou o aprofundamento de conhecimentos e intervenções. A febre é entendida como motivo de preocupação e os pais veem no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) uma resposta efetiva a tal quadro. A incerteza, o medo e o desconhecimento sobre o modo de atuação ocasionam uma procura excessiva e infundada dos recursos disponíveis, saturando-os. Ao longo do meu estágio no SUP, diversas foram as crianças que recorreram, inclusive de madrugada, por um único pico febril e sem qualquer sinal de alarme.

Regra geral, não é fácil fazer perceber aos pais de que a febre é, maioritariamente, de etiologia viral (benigna), o que levará o seu tempo até se resolver. Os pais querem uma solução imediata e, essa, raramente, existe. Neste sentido, diversas são as crianças que, ao longo do seu quadro infeccioso, recorrem várias vezes ao SUP.

Deste modo, salienta-se o papel de destaque que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) assume, nos diversos contextos da prática clínica. Os Cuidados de Saúde Primários (CSP), atendendo à proximidade com a criança e respetiva família, constituem um meio privilegiado, salientando as competências do EESIP para instruir, educar e treinar. Naturalmente, sem descurar os Cuidados Centrados na Família e o papel, igualmente, preponderante da parceria de cuidados na capacitação parental para um cuidado efetivo à criança com febre. Por tudo isto, no âmbito do estágio na Comunidade, integrei o projeto “Competências Parentais” e desenvolvi uma sessão formativa intitulada “Febre na criança”, aqui planeada.

Atendendo à evidência atual, diversos estudos concluem que as intervenções educativas melhoram o controlo, os conhecimentos e as competências parentais na gestão da condição febril. Assim, destaca-se a educação baseada em simulação com casos práticos, possibilitando o colocar em prática do que, previamente, foi aprendido. Os cuidadores adquirem novos conhecimentos e desenvolvem competências, naturalmente, com repercussões muito positivas na gestão do quadro febril da criança (Tavan et al., 2022).

### **Destinatários**

Pais/cuidadores de crianças seguidas no Centro de Saúde do Bom Jesus.

**Local da implementação**

**Data e hora da implementação**

Centro de Saúde do Bom Jesus	15 junho 2023 das 12h às 13h
<b>Objetivo geral</b>	<b>Objetivos específicos</b>
Dotar os participantes dos conhecimentos, técnicas e competências fundamentais ao cuidar da criança com febre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificar o mecanismo da febre e etiologia;</li> <li>– Reconhecer os valores de referência e os locais de medição;</li> <li>– Compreender a forma de atuação, face ao quadro febril e à convulsão febril;</li> <li>– Identificar os antipiréticos adequados, vias de administração, doses e contraindicações;</li> <li>– Reconhecer os sinais de alerta que motivem observação médica;</li> <li>– Promover a satisfação e relação terapêutica entre cuidadores e EESIP;</li> <li>– Aumentar a autonomia dos cuidadores, aquando dos cuidados à criança com febre.</li> </ul>
<b>Indicadores de atividade</b>	
<b><u>Conteúdos programáticos</u></b> (≈ 93,3%)	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Considera pertinente o tema da formação;</li> <li>2) Interesse e utilidade dos conteúdos;</li> <li>3) Adequação dos métodos utilizados;</li> <li>4) Duração da ação de formação.</li> </ol>	
$\frac{\text{N.º obtido nos parâmetros avaliados}}{\text{N.º total}} \times 100 = \frac{56}{60} \times 100 \approx 93,3 \%$	
<p><u>Observação:</u> O indicador apresentado foi igual nos 4 itens avaliados.</p>	
<b><u>Formadora</u></b> (≈ 93,3%)	
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Domínio e clareza na exposição dos conteúdos;</li> <li>2) Estímulo à participação dos pais na formação;</li> <li>3) Relacionamento com os pais;</li> <li>4) Cumprimento do horário da formação.</li> </ol>	

$$\frac{\text{N.º obtido nos parâmetros avaliados}}{\text{N.º total}} \times 100 = \frac{56}{60} \times 100 \approx 93,3 \%$$

Observação: O indicador apresentado foi igual nos 4 itens avaliados.

### **Organização** ( $\approx 75,6\%$ )

1) Qualidade e adequação das instalações e equipamentos;

$$\frac{\text{N.º obtido nos parâmetros avaliados}}{\text{N.º total}} \times 100 = \frac{13}{15} \times 100 \approx 86,7 \%$$

2) Condições físicas (sala e acessibilidades);

$$\frac{\text{N.º obtido nos parâmetros avaliados}}{\text{N.º total}} \times 100 = \frac{12}{15} \times 100 = 80 \%$$

3) Horário das sessões.

$$\frac{\text{N.º obtido nos parâmetros avaliados}}{\text{N.º total}} \times 100 = \frac{9}{15} \times 100 = 60 \%$$

### **Avaliação Global da Formação** (100%)

1) A ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos;

2) Os objetivos propostos para a ação foram concretizados;

3) Recomendaria a ação a amigos e colegas;

4) Considera que a documentação distribuída foi suficiente e adequada.

$$\frac{\text{N.º obtido nos parâmetros avaliados}}{\text{N.º total}} \times 100 = \frac{60}{60} \times 100 = 100 \%$$

Observação: O indicador apresentado foi igual nos 4 itens avaliados.

### **Indicador Final**

$\frac{\text{N.º obtido nos parâmetros avaliados}}{\text{N.º total}} \times 100 = \frac{206}{225} \times 100 \approx 91,6 \%$			
<b>Fase da atividade</b>	<b>Tempo</b>	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia e Técnicas</b>
<b>Introdução</b>	5 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Acolhimento e acomodação;</li> <li>– Apresentação própria e contextualização da temática;</li> <li>– Explicação metodológica sobre o decurso da ação, nomeadamente objetivos, sequência de conteúdos e estratégias adotadas.</li> </ul>	Método expositivo com envolvimento dos participantes.
<b>Desenvolvimento</b>	25 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apresentação dos conteúdos, incluindo demonstração prática com a terapêutica. Segue-se o sumário:               <ol style="list-style-type: none"> <li>1) Febre                   <ol style="list-style-type: none"> <li>1.1) Causas</li> <li>1.2) Locais de medição</li> <li>1.3) Valores de referência</li> </ol> </li> <li>2) Criança com febre, o que fazer?                   <ol style="list-style-type: none"> <li>2.1) Medicação via oral</li> <li>2.2) Medicação via retal</li> <li>2.3) Dosagem terapêutica – Paracetamol</li> <li>2.4) Dosagem terapêutica – Ibuprofeno</li> <li>2.5) Sinais de Alarme</li> </ol> </li> <li>3) Convulsão Febril                   <ol style="list-style-type: none"> <li>3.1) Classificação</li> <li>3.2) Como agir?</li> </ol> </li> </ol> </li> </ul>	Essencialmente, método expositivo com envolvimento dos participantes, incluindo período de método demonstrativo.
<b>Conclusão</b>	10 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Síntese dos conteúdos:               <ol style="list-style-type: none"> <li>4) Pontos chave</li> <li>5) Questões</li> </ol> </li> </ul>	Método expositivo com envolvimento dos participantes e

		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apresentação das referências bibliográficas utilizadas;</li> <li>– Agradecer presença e enaltecer esforço individual em querer saber mais para melhor cuidar;</li> <li>– Distribuição do folheto informativo.</li> </ul>	<p>interrogativo. Este último, através do surgimento das questões, por meio das animações.</p> <p>Aguarda-se a resposta dos participantes e, de seguida, surge a resposta. Segundo uma estratégia comportamentalista, atendendo ao comportamento desejável, adequando o reforço positivo ou negativo.</p>
<b>Discussão</b>	20 minutos	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disponibilização de tempo para esclarecimento de dúvidas, sugestões ou comentários;</li> <li>– Distribuição e explicação do questionário de avaliação da formação.</li> </ul>	<p>Discussão em grupo, no sentido de encorajar a aprendizagem ativa, por meio do diálogo e <i>feedback</i>. Aos participantes é lhes possibilitada uma discussão mais profunda, pautada pela sinergia dos diversos pontos de vista e experiências individuais.</p>

<b>Recursos Humanos</b>	<b>Recursos Materiais</b>	<b>Recursos Físicos</b>
Mestranda: Lucrecia Abreu	– Computador;	Auditório – Piso 2

Enfermeira tutora	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Apresentação em formato de <i>PowerPoint</i>;</li> <li>– Projetor;</li> <li>– Terapêutica para demonstração (antipiréticos);</li> <li>– Folhetos para distribuir;</li> <li>– Questionários de Avaliação da formação;</li> <li>– Folhas brancas;</li> <li>– Canetas.</li> </ul>	
<b>Observações</b>		
O planeamento baseou-se no Manual do Formando (Baptista, 2007).		

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, F. (2007). *Manual do Formando “Métodos, Técnicas Pedagógicas e Suportes Didáticos em Contexto Real de Trabalho”*. Plataforma e-learning do Instituto do Emprego e Formação Profissional. <https://elearning.iefp.pt/mod/resource/view.php?id=23844>
- Tavan, A., Monemi, E., Keshavarz, F., Kazemi, B., & Nematollahi, M. (2022). The effect of simulation-based education on parental management of fever in children: a quasi-experimental study. *BMC Nursing*, 21(168). <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00938-7>

# APÊNDICE C – APRESENTAÇÃO “FEBRE NA CRIANÇA”

**SESARAM**  
Serviço de Saúde da RAM EPERAM

Centro de Saúde do Bom Jesus

## Febre na Criança




2023

Enf. Lucrécia Abreu – Mestranda em Saúde Infantil e Pediátrica


### Sumário

- Febre
  - Causas
  - Locais de medição
  - Valores de referência
- Criança com febre, o que fazer?
  - Medicação via oral
  - Medicação via retal
  - Dosagem terapêutica – Paracetamol
  - Dosagem terapêutica – Ibuprofeno
  - Sinais de Alarme
- Convulsão Febril
  - Classificação
  - Como agir?
- Pontos chave
- Questões
- Referências
- Conclusão



### 1. Febre

- ↑ Temperatura corporal;
- Sintoma;
- Resposta **normal** para ajudar no combate à infeção.



**Medicar:**

- ↓ Desconforto;
- Antecedentes de Convulsão Febril;
- Doença cardíaca, pulmonar ou do sistema nervoso.

#### 1.1. Causas

- Exposição a temperaturas ambientais elevadas;
- Roupas desadequadas;
- Insolação;
- Queimaduras solares;
- Prática de exercício físico excessivo à condição da pessoa;
- Reação a medicamentos/vacinas.

- Vírus;
- Bactérias.

(DGS, 2018)

### 1.2. Locais de medição

- Retal:** Usada desde o nascimento. Ideal até aos 3A. Introduzir a extremidade prateada (1-2cm) do termómetro no ânus.
- Axilar:** Local mais comum e demorado. Semelhante à temperatura inguinal.
- Timpânica:** Frequente em meio hospitalar.
- Oral:** Viável quando a criança colabora. A extremidade do termómetro fica debaixo da língua e a boca permanece fechada. Chupetas com termómetros não são recomendadas.



(DGS, 2018)

### 1.2. Locais de medição

- Infravermelhos (distância ou contacto):** Frequente na pandemia, atendendo à distância física que possibilita.

**Recomendações:**

- Limpeza da lente;
- Distâncias maiores resultam em temperaturas menores;
- Não avaliar após esforço físico (transpiração influencia o valor).



(DGS, 2018)

### 1.3. Valores de referência

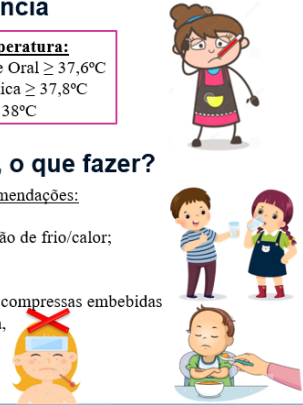
**Temperatura:**

- Axilar e Oral  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$
- Timpânica  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$
- Retal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$

### 2. Criança com febre, o que fazer?

**Recomendações:**

- Roupas frescas e ambiente ameno;
- Adequar roupa da cama à sensação de frio/calor;
- Ingestão líquidos;
- Respeitar o apetite;
- Não dar banho com água fria ou compressas embebidas em soluções alcoólicas (queimadura, intoxicação);
- Vigiar sinais de alerta;
- Se desconfortável → **Medicar!**



(DGS, 2018)

## 2.1. Medicação via oral → Antipiréticos

**Paracetamol**  
(Ben-u-ron®)

Analgésico



**Ibuprofeno**  
(Brufen®/ Ib-u-ron®)

Analgésico  
Anti-inflamatório



- ❑ Não é recomendado administrar medicação em horário fixo ou alternar antipiréticos;
- ❑ Dose através do peso e não da idade;
- ❑ Via privilegiada quando não existem vômitos ou na presença de diarreia.

## 2.1. Medicação via oral

**Exemplo:** Criança faz 300mg de antipirético = 7,5ml Paracetamol OU 15ml Brufen.

**Paracetamol**  
(Ben-u-ron®)

40mg ----- 1ml  
300mg ----- x

$$x = \frac{300 \times 1}{40} = 7,5 \text{ ml}$$



**Ibuprofeno**  
(Brufen®/ Ib-u-ron®)

20mg ----- 1ml  
300mg ----- x

$$x = \frac{300 \times 1}{20} = 15 \text{ ml}$$



## 2.2. Medicação via retal

**Paracetamol**  
(Ben-u-ron®)



**Ibuprofeno**  
(Brufen®/ Ib-u-ron®)



- ❑ Via privilegiada quando não existe diarreia e na presença de vômitos;
- ❑ Exige alguma colaboração da criança, quando mais velha.

## 2.2. Medicação via retal

- ❑ Existe alguma técnica para colocar o supositório?



- ❑ Em casa, tenho supositórios de 250mg (Ben-u-ron). A criança precisa de 125mg. Posso partir o supositório ao meio para fazer metade da toma? NÃO! Não se deve fazer, porque não sabemos como a medicação está distribuída ao longo do supositório. Podemos retirar uma parte onde a concentração era menor e a criança fará uma sobredosagem ou vice-versa.

## 2.3. Dosagem terapêutica

**Paracetamol**  
(Ben-u-ron®)

**15 mg / kg**

**Dose máxima oral / dia**  
90mg/kg/dia

**Dose máxima retal / dia**  
100mg/kg/dia

**Intervalo mínimo entre tomas** → 4h

**Máximo 5 tomas diárias**



Peso (kg)	Dose (mg)	Ben-u-ron (40mg/ml) 3 ml
6-8	125	3,1
9	135	3,4
10	150	3,8
11	165	4,1
12	180	4,5
13	195	4,9
14	210	5,3
15	225	5,6
16	240	6,0
17	255	6,4
18	270	6,8
19	285	7,1
20	300	7,5
21	315	7,9
22	330	8,3
23	345	8,6
24	360	9,0
25	375	9,4
26	390	9,8
27	405	10,1
28	420	10,5
29	435	10,9
30	450	11,3

(DGS, 2018)

## 2.4. Dosagem terapêutica

**Ibuprofeno**  
(Brufen®/ Ib-u-ron®)

**5 mg / kg**

**Dose máxima / dia = 40mg/kg/dia**

**Intervalo mínimo entre tomas** → 6h

**Máximo 4 tomas diárias**

**Contraindicações:**

- Varicela;
- Diarreia e vômitos moderados a graves;
- Alergia a algum AINE;
- Idade < 6M.



Peso (kg)	Dose (mg)	Brufen (20mg/ml) 2,5 ml
10	50	2,5
11	55	2,8
12	60	3,0
13	65	3,3
14	70	3,5
15	75	3,8
16	80	4,0
17	85	4,3
18	90	4,5
19	95	4,8
20	100	5,0
21	105	5,3
22	110	5,5
23	115	5,8
24	120	6,0
25	125	6,3
26	130	6,5
27	135	6,8
28	140	7,0
29	145	7,3
30	150	7,5
31	155	7,8
32	160	8,0
33	165	8,3
34	170	8,5
35	175	8,8
36	180	9,0
37	185	9,3
38	190	9,5
39	195	9,8
40	200	10,0

(DGS, 2018)

## 2.5. Sinais de alarme

- Febre até aos 3M de vida/idade corrigida;
- Apatia VS Choro inconsolável;
- Irritabilidade e/ou gemido mantido;
- Convulsão;
- Dor perturbadora;
- Imunodeprimidos (QT)/doença crónica;
- Sede insaciável;
- Anorexia (**Desidratação**);
- Vômitos, Diarreia abundante (**Desidratação**);
- Urina turva e/ou odor diferente e/ou disúria;
- Sonolência excessiva ou dificuldade em adormecer;
- Respiração mais rápida e com cansaço;
- Acessos de tosse e secreções esverdeadas/acastanhadas;
- Manchas na pele nas primeiras 24-48h do quadro febril;
- Dificuldade na mobilização de um membro ou alterações na marcha.

### Sinais de Desidratação



(DGS, 2018)

## 3. Convulsão Febril

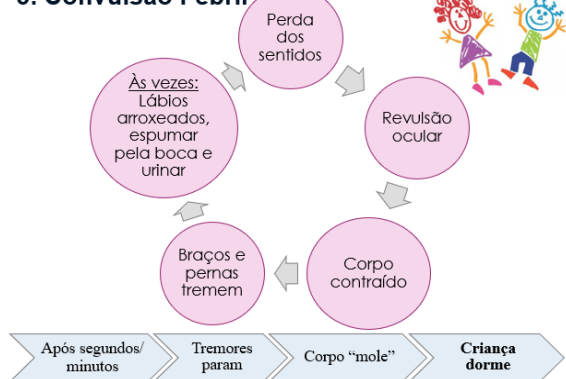
- Surge na criança saudável
- 6M → 6A
- Breves, parecem ser "uma eternidade"
- Frequentemente, cessam sem qualquer intervenção
- Situação benigna, autolimitada e associada à idade
- Motivo de preocupação e idas ao SUP

- 5% das crianças (1 em cada 20) têm convulsões febris;
- Natureza hereditária, idade da criança e rápida subida térmica.



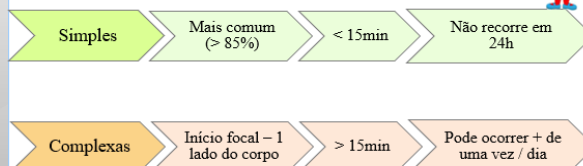
(Monteiro, 2021)

## 3. Convulsão Febril



(Monteiro, 2021)

## 3.1. Classificação



$\frac{1}{3}$  repetem as crises associadas à febre;

→ **Impossível prever.** O risco é maior nos 6 a 12M após a primeira crise, se ocorreu com febre baixa, no 1º ano de vida ou com historial familiar;

→ Apesar do risco de recorrência, **não está recomendado o uso de anti-epiléticos.**

(Monteiro, 2021)

## 3.2. Como agir?

- Importante: (tentar) **não entrar em pânico**
- Se possível, ter uma ideia da duração
- Não colocar nada na boca da criança
- Deitar a criança de lado, local seguro para não se magoar
- Administrar antipirético **retal**
- Diazepam retal VS Cuidados de Saúde



PLS



(Monteiro, 2021)

## 3.2. Como agir?

→ Na **primeira convulsão febril**, deve sempre ir ao **SUP** → Avaliação.

→ Se não for a primeira vez e a criança acordar bem, não precisa de ir a correr para o SUP, mas deve ir ao médico para averiguar e tratar a causa.

☐ **A criança pode ficar com epilepsia?**

→ 1 – 2% mais tarde, têm epilepsia, **valor semelhante à população geral.**

→ Evolução mais frequente em crianças com atraso no desenvolvimento, história familiar de epilepsia ou crises febris complexas.



(Monteiro, 2021)

#### 4. Pontos chave

- A febre é um **sintoma** e não uma doença;
- A presença dos sinais de alerta (estado geral e/ou ter < 3M), são mais importantes do que os graus da temperatura;
- 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;
- Após administração do antipirético, se a temperatura não voltar ao normal, só por si, não é sinal de gravidade (**desde que baixe 1,0° – 1,5°C**);
- O tratamento da febre (antipiréticos) não encurta a sua duração e **não previne convulsões febris**;
- Regra geral, as convulsões **não provocam danos cerebrais / epilepsia** e resolvem-se até 6A.

(DGS, 2018) (Monteiro, 2021)

#### 5. Questões

- Posso utilizar antibióticos para a febre?** NIM. Os antibióticos não são medicamentos, específicos, para resolver a febre. Funcionam quando existe infeção bacteriana (Prescritos pelo Médico). Não respondem à infeção viral.
- Quanto mais alta a febre, mais grave?** NÃO. Por si só, não é sinal de gravidade.
- Quanto tempo pode durar a febre?** Variável entre 3d – 1Sem, dependente do processo corporal.
- Recomenda-se o banho de água fria para baixar a febre?** NÃO. Além de provocar desconforto, conduz o corpo a reagir para compensar a perda de calor (feedback positivo).

(DGS, 2018)

#### 5. Questões

- Quando existe febre, é necessário algum cuidado especial com a alimentação?** NIM. A febre não exige uma dieta específica. No entanto, atendendo à grande perda de água e iões (risco de desidratação), é importante manter aporte líquido e nutricional.
- Avaliei temperatura pelas 9h, 38,2°C (Retal), fez Ben-u-ron. Reavaliar pelas 9h45 e tinha 39°C. O que fazer?** Aguardar e promover o conforto da criança. A criança quando fez a medicação, ainda estava em subida térmica (não tinha atingido o pico), por isso manteve-se a subir. Entretanto, atingirá a temperatura máxima e iniciará a descida.
- Qual o antipirético de eleição, salvo situações de alergia?**  
Paracetamol (Ben-u-ron).
- Devo administrar antipirético (sem febre) para prevenir a convulsão febril?**  
Não! Só em SOS e não é possível prevenir a convulsão febril.

(DGS, 2018)

#### Referências

- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Orientação n.º 004: Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores.** 2018. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – **Orientação n.º 005: Febre na Criança e no Adolescente - Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções.** 2018. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Monteiro, J. P. (2021). **Convulsões Febris** (Sociedade Portuguesa de Pediatria). Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta. <http://criancaefamilia.spp.pt/doencas-comuns-e-outros-problemas/convuls%C3%B5es-febris.aspx>.



#### Conclusão

**“Grande é a poesia, a bondade e as danças. Mas o melhor do mundo são as crianças.”**



*Fornando Pessoa, in Liberdade*



Centro de Saúde do Bom Jesus

## Febre na Criança



2023

Enf. Lucrécia Abreu – Mestranda em Saúde Infantil e Pediátrica

# APÊNDICE D – FOLHETO “FEBRE NA CRIANÇA”

## Sinais de Alarme

- o Febre até aos 3 meses de vida / idade corrigida;
- o Apatia ou Choro inconsolável;
- o Irritabilidade e/ou gemido mantido;
- o Convulsão;
- o Dor perturbadora;
- o Imunodeprimidos (sob quimioterapia ou doença crónica);
- o Sede insaciável;
- o Anorexia (recusa oral total), Vômitos ou Diarreia abundante → Risco de desidratação;
- o Urina turva, odor diferente ou dor / ardor ao urinar;
- o Sonolência excessiva ou dificuldade em adormecer;
- o Respiração mais rápida e com cansaço;
- o Acessos de tosse com secreções esverdeadas / acastanhadas;
- o Manchas na pele nas primeiras 24 a 48h;
- o Dificuldade na mobilização de um membro ou alterações na marcha.



Enf. Lucrécia Abreu (Mestranda Saúde Infantil e Pediátrica)

**Referências:**  
 DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Orientação n.º 004: Febre na Criança e no Adolescente – Definição, Medição e Ensino aos Familiares/Cuidadores. 2018. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.  
 DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Orientação n.º 008: Febre na Criança e no Adolescente – Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções. 2018. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.  
 Monteiro, J. P. (2021). Convulsões Febris (Sociedade Portuguesa de Pediatria). Serviço de Pediatria, Hospital Garcia de Orta. <http://criancaefamilia.spp.pt/doencas-comuns-e-outros-problemas/convulsao-c35e5ee-febris.aspx>

## Febre na Criança



Centro de Saúde do Bom Jesus

Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

## Febre na Criança

A febre é um sintoma e constitui uma resposta **normal** para ajudar no combate à infeção.

### Quando medicar?

- o Diminuir o desconforto;
- o Alguns antecedentes específicos (doença cardíaca, pulmonar ou sistema nervoso).

**Valores de referência:**  
 Axilar e Oral  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$   
 Timpânica  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$   
 Retal  $\geq 38^{\circ}\text{C}$

## Convulsão Febril

- o Resulta da rápida subida térmica;
- o 6 meses até 6 anos;
- o Situação benigna e autolimitada.

### Como agir?

- o Se possível, ter ideia da duração;
- o Não colocar nada na boca e retirar, se tiver;
- o Deitar a criança de lado;
- o Administrar medicação **retal**;
- o Na primeira vez, ir ao **Serviço de Urgência**.

## Paracetamol = Ben-u-ron®

Salvo situações de alergia, é o **antipirético de eleição**

Peso (kg)	Dose (mg)	Ben-u-ron (40mg/ml)
6 – 8 kg	125 mg	3 ml
9	135	3,5
10	150	4
11	165	4
12	180	4,5
13	195	5
14	210	5,5
15	225	5,5
16	240	6
17	255	6,5
18	270	7
19	285	7
20	300	7,5
21	315	8
22	330	8,5
23	345	8,5
24	360	9
25	375	9,5
26	390	10
27	405	10
28	420	10,5
29	435	11
30	450	11,5

15 mg / kg / dose

Intervalo mínimo entre tomas: 4h

Máximo **5 tomas diárias**



## Ibuprofeno = Brufen® = Ib-u-ron®

### Contraindicações:

- o Alergia;
- o Varicela;
- o Idade inferior aos 6 meses;
- o Diarreia e vômitos moderados a graves.



Peso (kg)	Dose (mg)	Brufen (20mg/ml)
10 kg	50 mg	2,5 ml
11	55	2,5
12	60	3
13	65	3
14	70	3,5
15	75	3,5
16	80	4
17	85	4
18	90	4,5
19	95	4,5
20	100	5
21	105	5
22	110	5,5
23	115	5,5
24	120	6
25	125	6
26	130	6,5
27	135	6,5
28	140	7
29	145	7
30	150	7,5
31	155	7,5
32	160	8
33	165	8
34	170	8,5
35	175	8,5
36	180	9
37	185	9
38	190	9,5
39	195	9,5
40	200	10

5 mg / kg / dose

Intervalo mínimo entre tomas: 6h

Máximo **4 tomas diárias**

## APÊNDICE E – DESCRITORES E RESPECTIVAS DEFINIÇÕES

MeSH	Definição MeSH	Definição DeCS
DeCS		
Infant	A child between 1 and 23 months of age.	Criança entre 1 e 23 meses de idade.
Lactente		
Fever	An abnormal elevation of body temperature, usually as a result of a pathologic process.	Elevação anormal da temperatura corporal, geralmente como resultado de um processo patológico.
Febre		
Caregivers	Persons who provide care to those who need supervision or assistance in illness or disability. They may provide the care in the home, in a hospital, or in an institution. Although caregivers include trained medical, nursing, and other health personnel, the concept also refers to parents, spouses, or other family members, friends, members of the clergy, teachers, social workers, fellow patients.	Pessoas que proveem cuidado para aqueles que precisam de supervisão ou assistência no estado de doença ou incapacidade. Podem prestar a assistência em casa, em um hospital ou em uma instituição. Apesar do termo cuidador incluir médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, o conceito também se refere a pais, cônjuges ou outros familiares, amigos, clérigos, professores, assistentes sociais, colegas pacientes.
Cuidadores		
Parents	Persons functioning as natural, adoptive, or substitute parents. The heading includes the concept of parenthood as well as preparation for becoming a parent.	Pessoas que atuam como pais naturais, adotivos, ou substitutos. O descritor inclui o conceito de paternidade/maternidade, bem como o da preparação para a paternidade.
Pais		
Pediatric Nursing	The nursing specialty concerning care of children from birth to adolescence. It includes the clinical and psychological aspects of nursing care.	Especialidade de enfermagem que abrange cuidados a crianças desde o nascimento até a adolescência. Inclui os aspectos psicológicos da atenção de enfermagem.
Enfermagem Pediátrica		
Training Program	Education subheading: Used for education, training programs, and courses in various fields and disciplines, and for training groups of persons.	Educação, termo alternativo: Programa de treinamento. Aquisição de conhecimento como resultado de instrução em um curso formal de estudo.
Programa de Treinamento		
Health Education	Education that increases the awareness and favorably influences the attitudes and knowledge relating to the improvement of health on a personal or community basis.	A educação em saúde objetiva desenvolver nas pessoas um sentido de responsabilidade, como indivíduo, membro de uma família e de uma comunidade, para com a saúde, tanto individual como coletivamente. Educação do público em geral ou de indivíduos; educação dos pacientes dentro & fora do hospital.
Educação em Saúde		
Hospital, Pediatric	Special hospitals which provide care for ill children.	Hospitais especializados para prestação de assistência a crianças doentes.
Hospitais Pediátricos		
Primary Health Care	Care which provides integrated, accessible health care services by clinicians who are accountable for addressing a large majority of personal health care needs, developing a sustained partnership with patients, and practicing in the context of family and community (JAMA 1995;273(3):192).	É a assistência sanitária essencial baseada em métodos e tecnologias práticas, cientificamente fundados e socialmente aceitáveis, postos ao alcance de todos os indivíduos e famílias da comunidade mediante a sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam suportar, em todas e cada etapa do seu desenvolvimento, com um espírito de autorresponsabilidade e autodeterminação (Declaração de Alma-Ata - Organização Pan-Americana da Saúde, 2003).
Atenção Primária à Saúde (Termo alternativo: Cuidados de Saúde Primários)		

Fonte: (Biblioteca Virtual em Saúde, n.d.; National Library of Medicine, n.d.).

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biblioteca Virtual em Saúde. (n.d.). *Descritores em Ciências da Saúde*.

<https://decs.bvsalud.org/>

National Library of Medicine. (n.d.). *Medical Subject Headings 2023*.

<https://meshb.nlm.nih.gov/>

## APÊNDICE F – ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Quadro Geral de Pesquisa

Crítérios Bases de Dados	Data da Pesquisa	Frase Booleana	Modos de Pesquisa	Período selecionado	Modos de Pesquisa	Período selecionado	Idioma	Número de artigos	Ficheiro Rayyan
CINAHL® Complete	16 junho 2023	(infant AND fever)	Booleana / Frase	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Inglês (n = 6)	6	delivery (1).ris
		AND (caregivers OR parents)							
		AND (pediatric nursing OR training program OR health education)							
		AND (hospital, pediatric OR primary health care)							
		Resultados obtidos		(n = 0)	(n = 6)				
MEDLINE® Complete	16 junho 2023	(infant AND fever)	Booleana / Frase	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Inglês (n = 36) Espanhol (n= 2)	38	delivery (2).ris
		AND (caregivers OR parents)							
		AND (pediatric nursing OR training program OR health education)							
		AND (hospital, pediatric OR primary health care)							
		Resultados obtidos		(n = 3)	(n = 38)				
Nursing & Allied Health Collection:	16 junho 2023	(infant AND fever)	Booleana / Frase	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023		0	
		AND (caregivers OR parents)							

Comprehensive		AND (pediatric nursing OR training program OR health education)	Resultados obtidos								
			(n = 0)		(n = 0)						
Cochrane Central Register of Trials	16 junho 2023	(infant AND fever)	Booleana / Frase	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Inglês (n = 30)	30	delivery (3).ris		
		AND (caregivers OR parents)									
		AND (pediatric nursing OR training program OR health education)								Resultados obtidos	
		AND (hospital, pediatric OR primary health care)								(n = 11)	(n = 30)
Library, Information, Science & Technology Abstracts	16 junho 2023	(infant AND fever)	Booleana / Frase	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023		0			
		AND (caregivers OR parents)									
		AND (pediatric nursing OR training program OR health education)								Resultados obtidos	
		AND (hospital, pediatric OR primary health care)								(n = 0)	(n = 0)

PubMed®	16 junho 2023	(infant AND fever) AND (caregivers OR parents) AND (pediatric nursing OR training program OR health education) AND (hospital, pediatric OR primary health care)	Booleana / Frase	2018 a 2023			Inglês (n = 50)	50 Após validar período selecionado, 2 artigos não cumpriram esse critério e foram excluídos	pubmed-infantANDf-set
		Resultados obtidos			(n = 50)				
RCAAP	16 junho 2023	(infant AND fever)	Booleana / Frase	2018 a 2023				0	
		AND (caregivers OR parents)							
		AND (pediatric nursing OR training program OR health education)							
		AND (hospital, pediatric OR primary health care)							
Resultados obtidos			(n = 0)						
B-on	16 junho 2023	(infant AND fever)	Booleana / Frase	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Pesquisar todos os termos de pesquisa que indiquei	1 Maio 2018 a 31 Maio 2023	Inglês (n = 43) Espanhol (n= 2)	45	Ficheiros individuais
		AND (caregivers OR parents)							
		AND (pediatric nursing OR training program OR health education)							
		AND (hospital, pediatric OR primary health care)							
Resultados obtidos			(n = 4)	(n = 45)					

## APÊNDICE G – INSTRUMENTO PARA EXTRAÇÃO DE DADOS DOS ARTIGOS ANALISADOS

### Artigo I: Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education

Base de Dados: MEDLINE®		Autores: Toren Davis; Albert Meyer; Janalynn Beste; Sonali Batish.	
Ano: 2018	Origem: Journal of the American Board of Family Medicine – Volume 31, n.º 4, pp. 550-557. <a href="https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.170474">https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.170474</a>		
País: Estados Unidos da América	Idioma: Inglês	Nível de Evidência: 3.e	
<b>Objetivo:</b> 1) Diminuir o uso evitável e de baixa gravidade ao Serviço de Urgência Pediátrica, na Coastal Family Medicine.			
<b>Enquadramento:</b> A maioria das consultas de baixa gravidade são por febre, infecção respiratória superior e otite, o que corresponde a 95.5% dos casos, constituindo o maior grupo em crianças até aos 3 anos.			
<b>Implementação:</b> – Inquérito a 25 pacientes que recorreram mais de duas vezes, nos últimos 6 meses, para identificar necessidades: Urgência fornecia melhor acesso do que a Clínica (Coastal Family Medicine) das 8-17h (dias úteis); Desconhecimento dos casos agudos ambulatoriais e de que a Clínica tratasse dessa questão. – Revisão integrativa evidenciou que o aumento do acesso ao ambulatório (aumento do número de consultas, horário noturno e fim de semana) e a educação dos pais (folhetos, mais tempo para discussão no gabinete e maior acesso à linha de triagem), reduziu o uso desnecessário da Urgência. – Revisão sobre a prática comunitária constatou que os procedimentos não atendem, idealmente, às necessidades dos clientes.  – Reunião da equipa de qualidade (multidisciplinar) e estabelecimento de orientações: <u>Melhorar o acesso:</u> Criação de ambulatório (0 – 18Anos). <u>Educação dos pais:</u> Cartazes com descrição do ambulatório na sala de espera e de exames; Equipa recebe guias atualizados para discussão com os cuidadores; Linha de triagem telefónica atualizada, após horário laboral; Marcadores de páginas nos boletins de puericultura, descrevendo a clínica e a linha telefónica.			
<b>Colheita de dados:</b> Registo eletrónico e através do reembolso da consulta.			
<b>Resultados:</b> Apesar do número de crianças ter aumentado (17.5% = 211 crianças), nos primeiros 3 meses, verificou-se uma diminuição de 50.0% nas idas por febre (14 para 7 visitas), comparativamente ao ano anterior. No ano de 2017, foram menos 6 idas à Urgência, quando comparadas a 2015, sendo pré-intervenção.			
<b>Conclusão:</b> A diminuição das idas à Urgência manteve-se, continuamente, após as intervenções. Nos 12 meses seguintes, foram menos 29.8% de idas com diagnósticos de baixa gravidade, equivalendo a 300.000 dólares (sensivelmente 276.090euros).			
<b>Limitações:</b> O tamanho da amostra não foi suficiente para tirar conclusões de significância.			

Fonte: (Davis et al., 2018).

**Artigo II: Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever**

Base de Dados: PubMed®	Autores: Josefina S van de Maat; Daphne van Klink; Anine den Hartogh-Griffioen; Eva Schmidt-Crossen; Hester Rippen; Amber Hoek; Sarah Neill; Monica Lakhanpaul; Henriette A Moll; Rianne Oostenbrink.	
Ano: 2018	Origem: BMJ open – Volume 8, n.º 8, pp. e021697. <a href="http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021697">http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021697</a>	
País: Holanda	Idioma: Inglês	Nível de Evidência: 4.b
<b>Objetivos:</b> 1) Explorar opiniões e experiências dos pais sobre a gestão do filho com febre; 2) Avaliar comportamento e necessidades quando procuram informações sobre a febre; 3) Desenvolver e avaliar um pacote de informações de alta hospitalar sobre a febre em crianças.		
<b>Enquadramento:</b> A febre é o motivo mais frequente de procura pelos serviços de saúde, sendo até aos 5 anos, a faixa etária mais frequente e característica de doença autolimitada, na grande maioria dos casos. A preocupação parental deve-se à falta de conhecimento sobre a febre e à ansiedade sobre possíveis consequências.		
<b>Implementação:</b> Serviço de Urgência Pediátrica, ambiente hospitalar não agudo e creche. – <u>Estudo qualitativo</u> com entrevistas semi-estruturadas (opiniões e experiências): 22 entrevistas aos pais: 11 ambiente agudo (Urgência) e 11 não agudo – ambulatório ou enfermaria.  – Desenvolvimento de <u>pacote de informações</u> adaptado sobre febre em crianças, nomeadamente folheto e página virtual. Esta última com vídeos informativos sobre febre, sinais de alarme, sintomas, convulsões febris e segurança. Ambos com sistema de semáforos para identificar o risco de doença grave;  – <u>Discussão em grupo focal</u> – avaliação do pacote por pais de crianças até 5 anos, na creche: 14 discussão em grupo focal com questões abertas e exemplos;  – <u>Pesquisa quantitativa das medidas de resultado</u> : 38 participantes (conhecimento sobre febre, como cuidar da criança em casa, capacidade parental para fornecer cuidados adequados ou procurar atendimento médico, <i>layout</i> do pacote de informações) com escala likert de 0 a 5, pré e pós intervenção.  → As entrevistas e discussão em grupo focal são divididas em três áreas: – <u>Opiniões sobre febre e tratamento</u> : Temperatura alta é perigoso; Medo do antipirético não ser eficaz por usar com frequência; Criança teve convulsão febril e mãe pretendia antibioterapia. – <u>Experiências de como lidar com uma criança com febre</u> : Referem o, inadequado, recurso aos banhos frios e antipirético em horário fixo para prevenir pico febril. – <u>Procura de informações</u> : Febre alta ou prolongada; Incapaz de verbalizar; Apetite reduzido.		
<b>Colheita e tratamento de dados:</b> Entrevistas e discussões em grupo, gravadas em áudio e transcritas. Software análise qualitativa ATLAS.ti.		
<b>Resultados:</b> Quando os pais não se sentiam reconhecidos, aumentava a ansiedade e o limiar para procurar cuidados de saúde em situações futuras. Reconhecer a preocupação dos pais é essencial. Evidenciou-se melhorias na satisfação, após a consulta, face aos folhetos.		
<b>Conclusão:</b> Na alta hospitalar, deve-se fornecer informações fidedignas, disponíveis para consulta no domicílio e em vários formatos sobre gestão da febre, sinais de alarme, sintomas, convulsões febris, segurança e quando recorrer aos serviços de saúde. A necessidade de explicação verbal, apoiada por conteúdo escrito e visual foi relatada como mais bem-sucedida.		
<b>Limitações:</b> Limitou o acesso aos não fluentes em leitura, escrita holandesa e baixa alfabetização. Os participantes do grupo focal eram mulheres, limitando a aplicabilidade aos homens, no entanto a maioria dos cuidadores na Holanda são mulheres.		

Fonte: (De Maat et al., 2018).

**Artigo III: Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever**

Base de Dados: Cochrane Central Register of Controlled Trials	Autores: Maria Kelly; Laura Sahn; Suzanne McCarthy; Ronan G. O'Sullivan; Aoife Mc Gillicuddy; Frances Shiely.	
Ano: 2019	Origem: BMC Pediatrics – Volume 19, n.º 447. <a href="https://doi.org/10.1186/s12887-019-1808-9">https://doi.org/10.1186/s12887-019-1808-9</a>	
País: Irlanda	Idioma: Inglês	Nível de Evidência: 1.c
<p><b>Objetivos:</b> 1) Avaliar a eficácia do folheto informativo no aumento do conhecimento parental sobre a febre, especificamente temperatura igual ou superior a 38°C. <u>Objetivos específicos:</u> Melhoria na compreensão sobre gestão dos antipiréticos e esponja morna; Retenção do conhecimento após 2 semanas.</p>		
<p><b>Enquadramento:</b> Intervenções educativas aumentam o conhecimento e diminuem a recorrência às consultas. Para desenvolver o folheto, reuniram informações de pais, enfermeiros, farmacêuticos e médicos.</p>		
<p><b>Implementação:</b> – Pais de crianças até 5 anos que recorrem a (2 Clínicos Gerais, 2 Serviços de Urgência, 2 Farmácias). Total: 100 participantes no 1.º questionário (50 grupo de controlo e 50 intervenção) e 73 no 2.º (34 e 39, respetivamente). – <u>Grupo de intervenção:</u> Pais leram o folheto informativo, preencheram o questionário (febre, antipiréticos e satisfação com o folheto) após 2 semanas repetiram. – <u>Grupo de controlo:</u> Pais não recebem o folheto, mas preenchem o questionário as duas vezes, sem o conteúdo sobre o folheto.</p>		
<p><b>Colheita e tratamento de dados:</b> Realizada por farmacêutico exterior para reduzir viés. Dados inseridos no Microsoft Excel e tratados no Software SPSS.</p>		
<p><b>Resultados:</b> O folheto aumenta a definição correta da febre e diminui práticas incorretas, até às 2 semanas. – 1.º questionário, acertaram na temperatura igual ou superior a 38°C (76% grupo intervenção e 28% grupo controlo). Após 2 semanas, aumentou para 82.4% o grupo intervenção. – No grupo intervenção, o uso de terapêutica, independentemente do desconforto foi de 56%, comparativamente aos 84% do grupo controlo, reduzindo para 47% no 2.º. Já o uso quando a criança está desconfortável, adequadamente, aumentou de 38% para 47%. – No alternar antipiréticos, salienta-se que no 2.º questionário, nenhum dos pais do grupo intervenção estava inseguro (anteriormente eram 8%). 26% do grupo intervenção alterna antipirético independentemente do desconforto, contra os 54% do grupo controlo. No 2.º questionário a mudança é ainda mais evidente, sendo de 15% no grupo intervenção para os 51% do grupo controlo. – No uso da esponja morna, 72% do grupo intervenção discordava, aumentando para 97%.</p>		
<p><b>Conclusão:</b> Intervenção educativa simples (folheto) demonstrou melhorias no conhecimento sobre febre e gestão adequada. Os pais consideraram-no útil (88%), fácil de ler (58%) e de recordar (46%) – retenção alta às 2 semanas. Sugeriram introduzir a convulsão febril.</p>		
<p><b>Limitações:</b> O folheto não ser individualizado, baseado em estudos anteriores. As questões fechadas não possibilitam outras respostas. Risco dos pais, no grupo de intervenção, transferirem informações do folheto para o questionário. Houve 27 desistências no total, exigindo cautela na interpretação dos resultados em percentagem. Grande proporção de pais irlandeses, não podendo generalizar a outras culturas.</p>		

Fonte: (Kelly et al., 2019).

**Artigo IV: Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas**

Base de Dados: PubMed®	Autores: Marta Esther Vázquez Fernández; María Sanz Almazán; Susana García Sanz; Carmen Berciano Villalibre; María Alfaro González; Ana del Río López.	
Ano: 2019	Origem: Revista Española de Salud Pública – Volume 93, e1-e11. <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30692506/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30692506/</a>	
País: Espanha	Idioma: Espanhol	Nível de Evidência: 2.c
<p><b>Objetivos:</b> 1) Determinar a efetividade do programa de educação para a saúde sobre o número e adequação das consultas nos primeiros 6 meses de vida. <b>Objetivo específico:</b> Identificar os principais motivos de consulta até aos 6 meses de vida.</p>		
<p><b>Enquadramento:</b> Na atualidade, apesar de não se verificar um aumento da população pediátrica, aumentam as idas aos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares. Os pais recorrem por desconhecimento e medo de ser algo grave, potenciado por informações desadequadas. Os primeiros 6 meses de vida são um período de grande vulnerabilidade, devido à inexperiência e dúvidas com que os progenitores se deparam.</p>		
<p><b>Implementação:</b> – Intervenção a grávidas no último trimestre e parceiros, selecionadas dos Centros de Saúde, obtidos por amostragem aleatória simples. Quatro Centros de intervenção e dois de controlo. Grávidas informadas pela enfermeira (verbal) e cartaz colocado na porta do gabinete (visual). – Aumentar 20% a adequação das consultas (pré-intervenção era de 60%). – Formadores (enfermeiras, pediatras e médicos internos de formação) receberam formação prévia. Metodologia grupal e participativa com sessões independentes e cronograma de atividades. Seis sessões dinâmicas e participativas de 90 minutos em 10 ciclos: febre, uso racional do serviço de urgência pediátrica, infeção respiratória, gastroenterite, lesões de pele e acidentes. – Até aos 6 meses de vida, realizaram-se 1105 consultas, excetuando revisão programada, sendo 55.3% no grupo controlo e 44.7% intervenção. Sobre os temas abordados foram até 2 no grupo intervenção e 6 a 10 no de controlo. – O grau de adequação foi maior no grupo de intervenção (42.7% face a 26.4%). Na febre, foram 70% de adequação das consultas no grupo intervenção e 50% no grupo controlo.</p>		
<p><b>Colheita e tratamento de dados:</b> Dados inseridos no Microsoft Excel e tratados no Software SPSS.</p>		
<p><b>Resultados:</b> Analisadas 202 grávidas (101 controlo e 101 intervenção). A maior parte diz respeito às mães pela primeira vez, as que têm menor número de filhos e maior escolaridade, associando-se à sua disponibilidade. – A maioria das consultas não resultou em tratamento, somente 4.5% exigiu internamento. – Evidente redução de forma global e para cada patologia estudada e aumento das consultas pelas patologias não estudadas no grupo intervenção. Embora os resultados estejam limitados aos 6 meses de vida, verifica-se que nos primeiros meses existe muita procura pelos serviços de saúde não, necessariamente, por motivos urgentes.</p>		
<p><b>Conclusão:</b> Resultados positivos com redução no número de consultas pelos motivos abordados, sendo a febre e as infeções respiratórias as mais salientes e, ainda, melhoria da adequação (16.3%) nos primeiros 6 meses de vida. Justificativo da importância de estabelecer, nos Cuidados de Saúde Primários, intervenções grupais pré-natais que abordem os problemas de saúde pediátrica mais comuns, sendo a febre um dos principais.</p>		
<p><b>Limitações:</b> Mães com maior escolaridade e menos filhos recorrem mais às sessões, aspeto que poderia ser considerado limitação, mas acreditou-se que os resultados podem se compensar. Paralelamente, as mães de primeira viagem possuem menos habilidades e experiência.</p>		

Fonte: (Vázquez Fernández et al., 2019).

**Artigo V: Video Discharge Instructions for Acute Otitis Media in Children:  
A Randomized Controlled Open-label Trial**

Base de Dados: CINAHL®	Autores: Sheena Belisle; Andrei Dobrin; Sharlene Elsie; Samina Ali; Shaily Brahmhatt; Kriti Kumar; Hardika Jasani; Michael Miller; Frank Ferlisi; Naveen Poonai.	
Ano: 2019	Origem: Academic Emergency Medicine – Volume 26, Issue 12, pp. 1326-1335. <a href="http://doi.org/10.1111/acem.13839">http://doi.org/10.1111/acem.13839</a>	
País: Canadá	Idioma: Inglês	Nível de Evidência: 1.c
<b>Objetivos:</b> 1) Avaliar a eficácia das orientações na alta por vídeo, comparativamente ao folheto, no Serviço de Urgência, nos pais de crianças com Otite Média Aguda (OMA) na redução da febre e dor.		
<b>Enquadramento:</b> Até aos 3 anos, um terço das crianças com OMA apresenta febre e dor, recorrendo aos serviços de saúde. Assim, emerge a importância das orientações, no momento da alta, que deverão ser simples para obter uma adequada compreensão dos pais. A tecnologia de vídeo tem sido utilizada em diversas situações, nomeadamente na febre, sendo preferível àquelas em papel.		
<b>Implementação:</b> – Randomização dos cuidadores de crianças (6 meses a 17 anos) que recorreram à Urgência de um Hospital Pediátrico. Submetidos a orientações de alta com um folheto ou vídeo sobre gestão da febre e dor (sinais, sintomas, quando recorrer ao médico, terapêutica Ibuprofeno e Paracetamol), sendo validado o conteúdo por uma enfermeira e três médicos. Os participantes levavam o folheto para casa e receberam um <i>link</i> para aceder ao vídeo. Os participantes do vídeo, não receberam o papel e <i>vice-versa</i> , sendo orientados a não procurarem outro tipo de informação. Após a alta, o cuidador recebe um telefonema diário durante 3 dias. Questionado sobre terapêutica administrada nas últimas 24h e doses. No 3.º dia, respondem ao questionário e avaliam a sua satisfação. – Após critérios de exclusão, foram 219 cuidadores randomizados (109 vídeo e 110 folheto), completando o acompanhamento ao 3.º dia, os 149 cuidadores (77 vídeo e 72 folheto).		
<b>Colheita e tratamento de dados:</b> Dados registados no Research Electronic Data Capture (REDCap) e analisados no Software SPSS.		
<b>Resultados:</b> – Os cuidadores submetidos ao vídeo (comunicação verbal e escrita) apresentam maior gestão do quadro (febre e dor), provavelmente, associado à maior compreensão e retenção de informações. No entanto ambos os grupos obtiveram redução significativa, o que era esperado, porque o conteúdo era o mesmo, só diferia no formato. – Não houve diferenças significativas entre vídeo e folheto na pontuação média de conhecimento. O nível de satisfação foi elevado nos dois grupos. Não se verificou diferenças significativas nos resultados funcionais, nomeadamente na recorrência aos serviços de saúde. – Atendendo às vantagens de recorrer a um vídeo para fornecer orientações na Urgência com grande afluência, esta abordagem deve ser considerada, particularmente, quando existe alguma restrição de tempo ou espaço que dificulta o diálogo.		
<b>Conclusão:</b> – As orientações de alta em vídeo estão associadas a menor sintomatologia, comparativamente ao folheto. Ambos foram associados a alto conhecimento e satisfação dos pais. Por sua vez, o folheto demonstrou maior aquisição de conhecimento, relativamente às orientações verbais (vídeo > folheto > verbal). O impacto poderia ter sido maior, se o grupo de comparação recebesse orientações verbais. – Por sua vez, o estudo carecia de grupo controlo negativo, onde não se recebia orientações na alta (vídeo ou folheto), o que é inconcebível no panorama da saúde. Não é possível deixar os pais sem qualquer orientação.		
<b>Limitações:</b> A baixa literacia em saúde e a limitação no idioma (inglês) dos cuidadores foram consideradas fatores de risco na gestão das orientações para a alta.		

Fonte: (Belisle et al., 2019).

## Capacitação Parental no Lactente com Febre – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica: Revisão Integrativa

*Parental Training for Infants with Fever – Specialist Nurse in  
Pediatric Child Health: Integrative Review*

*Capacitación para padres en Lactantes con Fiebre – Enfermero  
Especialista en Salud Infantil y Pediátrica: Revisión Integrativa*

Lucrecia José Silva Abreu<sup>1</sup>

Maria Olívia Sousa F.  
Barcelos<sup>2</sup>

Cláudia Sofia Freitas  
Fernandes<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira – Serviço de  
Pediatria, Hospital Dr. Nélio  
Mendonça. Mestranda em  
Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediátrica.

<sup>2</sup> Enfermeira; Professora  
Especialista do Ensino  
Superior Politécnico – Escola  
Superior de Enfermagem de  
São José de Cluny

<sup>3</sup> Enfermeira – Serviço de  
Medicina Intensiva Neonatal e  
Pediátrica, Hospital Dr. Nélio  
Mendonça; Especialista em  
Enfermagem de Saúde Infantil  
e Pediátrica.

### Resumo

**Enquadramento:** A febre é um motivo de grande preocupação e os pais/cuidadores, de forma excessiva, recorrem aos recursos disponíveis, saturando-os.

**Objetivos:** Identificar as intervenções educativas, descritas na literatura, nos Cuidados de Saúde Primários e hospitalares, na capacitação parental ao cuidar do lactente com febre.

**Metodologia:** Revisão Integrativa nas bases de dados e plataformas CINAHL<sup>®</sup>; MEDLINE<sup>®</sup>; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Library, Information Science & Technology Abstracts; RCAAP; B-on; PubMed<sup>®</sup>.

**Resultados:** Amostra final constituída por cinco artigos. Intervenções educativas categorizadas em formato papel, digital ou comunicação verbal direta, no contexto dos Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares.

**Conclusão:** Nos Cuidados de Saúde Primários e hospitalares, identificaram-se os marcadores de páginas, cartazes, folhetos, vídeos, página virtual, linha de triagem telefónica e comunicação verbal direta. Finalmente, atendendo à dinâmica dos Cuidados de Saúde Primários, tornam-se exequíveis os programas pré-natais.

**Palavras-chave:** Enfermagem Pediátrica; Competências; Capacitação Parental; Lactente; Febre.

### Abstract

**Background:** Fever is a cause for great concern and parents/caregivers, excessively, resort to available resources, saturating them.

**Objectives:** Identify educational interventions, described in the literature, in Primary Health Care and hospitals, in parental training when caring for infants with fever.

**Methodology:** Integrative Review in databases and platforms CINAHL<sup>®</sup>; MEDLINE<sup>®</sup>; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Library, Information Science & Technology Abstracts; RCAAP; B-on; PubMed<sup>®</sup>.

**Results:** Final sample consisting of five articles. Educational interventions categorized in paper, digital or direct verbal communication format, in the context of Primary and Hospital Health Care.

**Conclusion:** In Primary Health Care and hospitals, bookmarks, posters, leaflets, videos, virtual pages, telephone triage lines and direct verbal communication were identified. Finally, given the dynamics of Primary Health Care, prenatal programs become feasible.

**Keywords:** Pediatric Nursing; Skills; Parental training; Infant; Fever.

### Resumen:

**Marco contextual:** La fiebre es motivo de gran preocupación y los padres/cuidadores, de forma excesiva, recurren a los recursos disponibles, saturándolos.

**Objetivos:** Identificar las intervenciones educativas, descritas en la literatura, en Atención Primaria de Salud y hospitales, en la formación de padres en el cuidado del lactante con fiebre.

**Metodología:** Revisión Integrativa en bases de datos y plataformas CINAHL<sup>®</sup>; MEDLINE<sup>®</sup>; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central

Register of Controlled Trials; Library, Information Science & Technology Abstracts; RCAAAP; B-on; PubMed®.

**Resultados:** Muestra final compuesta por cinco artículos. Intervenciones educativas categorizadas en formato papel, digital o comunicación verbal directa, en el contexto de la Atención Primaria y Hospitalaria de Salud.

**Conclusión:** En Atención Primaria y hospitales se identificaron marcapáginas, carteles, folletos, videos, páginas virtuales, líneas telefónicas de triaje y comunicación verbal directa. Finalmente, dada la dinámica de la Atención Primaria, se hace viable los programas prenatales.

**Palabras clave:** Enfermería Pediátrica; Competencias; Capacitación para padres; Lactante; Fiebre.

## Enquadramento

O Comité Português para a UNICEF (2019), na Convenção sobre os Direitos da Criança, entende a criança como todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei aplicada, atingir a maioridade mais cedo. Neste sentido, compete-lhe o direito de gozar do melhor estado de saúde possível e de usufruir dos serviços médicos necessários. Aos pais/cuidadores e crianças, deve ser garantido o acesso à informação e apoio na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde.

Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, o papel parental é um foco de atenção do enfermeiro. Além dos elementos parentais, por vezes, a criança possui um cuidador, entendido como aquele que atende às necessidades de um dependente (International Council of Nurses, 2023).

Neste sentido, deve-se considerar o cuidado centralizado na família, atendendo à sua influência em cada membro. Os Cuidados Centrados na Família (CCF) compreendem a concepção de que famílias e profissionais são parceiros, nos cuidados à criança, enaltecendo princípios de dignidade e respeito com partilha de informação e colaboração. Tal abordagem implica uma avaliação sistemática da complexidade e necessidades dos membros familiares, identificando as respetivas crenças e valores, estilo de comunicação e capacidade para decidir (Barbieri-Figueiredo, 2015).

Enquanto um dos atributos basilares dos CCF, encontra-se a parceria de cuidados. Anne Casey, citada por Ramos e Barbieri-Figueiredo (2020), desenvolveu um modelo de enfermagem pediátrica, intitulado por “Modelo de Parceria de Cuidados”, pautado por respeito, comunicação, partilha de informação, empatia, visão holística, negociação e parceria.

Os cuidados são planeados, face às capacidades e desejo de envolvimento dos pais/cuidadores, numa relação de colaboração recíproca. Deste modo, preconiza-se que pais/cuidadores e enfermeiros estejam num patamar de igualdade, dado que ambos negociam e partilham cuidados, tomando, conjuntamente, as decisões, aspirando a satisfação das necessidades. Na equipa de saúde, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) capacita a família, criando oportunidades com recurso aos

meios adequados para que possa desenvolver e adquirir competências (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Atendendo aos focos de atenção na prática do EESIP, a instituição de estratégias de intervenção centradas na criança e família, potenciam os ganhos em saúde. À luz da Orientação n.º 005/2018, a febre, enquanto foco do enfermeiro, adota um carácter relevante, dada a sua frequência, em idade pediátrica. Assim, diz respeito a uma elevação da temperatura corporal  $\geq 1^{\circ}\text{C}$ , superior à média diária individual, face ao local de avaliação. Quando se desconhece a temperatura média diária, considera-se febre, quando a temperatura retal é  $\geq 38^{\circ}\text{C}$ , axilar e oral  $\geq 37,6^{\circ}\text{C}$  e timpânica  $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$ .

Na faixa etária pediátrica, a febre constitui uma das principais causas de idas ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) (Leigh et al., 2020). A menor idade da criança foi associada ao aumento das idas não urgentes ao SUP, conduzindo a custos extraordinários de saúde e, conseqüentemente, com impacto na qualidade dos cuidados aí prestados (Kirby et al., 2021). Regra geral, no domínio das situações não urgentes, o que se verifica é uma falta de entendimento, por parte dos pais/cuidadores, dos conhecimentos básicos (Edwards et al., 2020).

Atendendo à associação da menor idade da criança ao maior recurso aos serviços de saúde, será abordado o lactente até aos 12 meses (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Face ao conceito de que a família, particularmente os pais ou cuidadores, segundo o Regulamento n.º 351/2015, são os melhores prestadores de cuidados à criança. O compromisso do EESIP passa pela colaboração, com cada família, na adaptação ao seu processo de saúde-doença, interagindo, através do apoio, ensino, instrução e treino. Assim, objetiva a capacitação da família para a gestão eficiente dos cuidados à criança, fornecendo o suporte necessário e com a dotação de conhecimentos e competências.

Para finalizar, emerge a necessidade de aferir, em evidência científica, o papel do EESIP, na capacitação parental ao cuidar do lactente com febre, tendo em vista a adequação de cuidados, à luz da PBE.

## **Objetivo**

Identificar as intervenções educativas do EESIP, descritas na literatura, nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) e hospitalares, na capacitação parental ao cuidar do lactente com febre.

## **Metodologia**

Segundo Araújo (2020), recorreu-se à estratégia PICO (Population/Patient/Problem – Interest – Context) e, apesar de não contemplar o critério da intervenção, correspondente à letra I, é possível utilizá-la na recuperação da informação. O P corresponde aos pais ou cuidadores do lactente com febre até aos 12 meses. A literatura considera lactente desde 1 aos 23 meses, no entanto, atendendo às exigências e desafios que acarreta o primeiro ano de vida da criança, selecionou-se o período compreendido entre o primeiro mês até aos 12 meses, antevendo repercussões positivas ao longo de toda a infância. O I diz respeito às intervenções desenvolvidas pelo EESIP e o Contexto consistirá nos serviços de saúde, nomeadamente CSP e hospitalares.

A questão de investigação consistiu em “Quais as intervenções educativas, descritas na literatura, nos CSP e hospitalares, do EESIP, na capacitação parental ao cuidar do lactente com febre?”. Deste modo, selecionaram-se os descritores Medical Subject Headings (MeSH) e os equivalentes Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), combinados com os termos booleanos “AND” e “OR”, conduzindo à frase booleana “(infant AND fever) AND (caregivers OR parents) AND (pediatric nursing OR training program OR health education) AND (hospital, pediatric OR primary health care)”.

A pesquisa deu-se através do texto integral e realizou-se nas bases de dados selecionadas, como CINAHL<sup>®</sup> Complete, MEDLINE<sup>®</sup> Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e Library, Information Science & Technology Abstracts, pertencentes à plataforma EBSCOhost<sup>®</sup>, disponibilizada pela Ordem dos Enfermeiros. Além disso, recorreu-se à plataforma RCAAP, base de dados B-on e PubMed<sup>®</sup>.

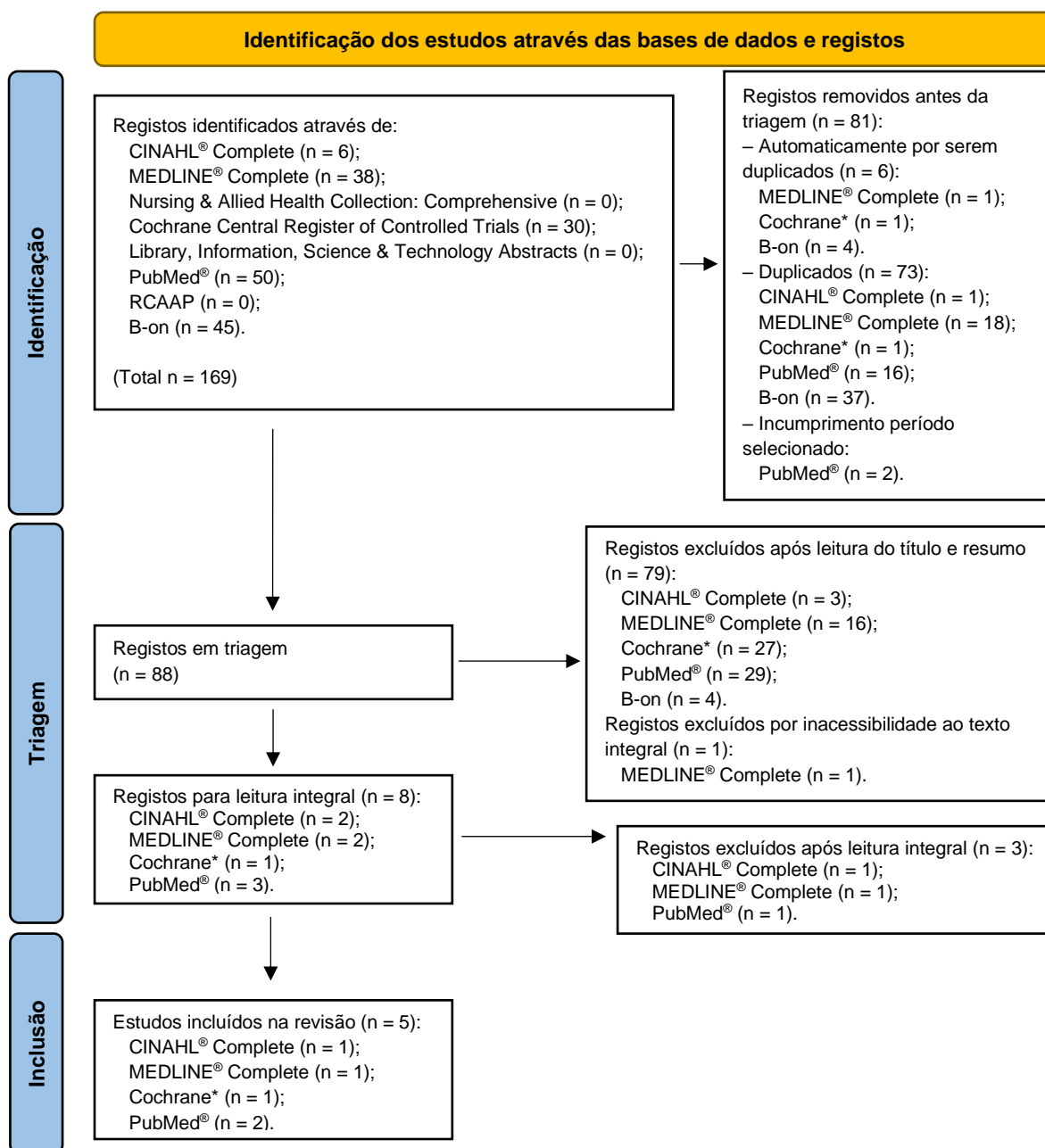
Os critérios de inclusão foram artigos nos idiomas Português, Inglês ou Espanhol, datados entre 1 de maio de 2018 a 31 de maio de 2023 e que respondam à questão de investigação, especificamente incluam a faixa etária do lactente com febre. Como critérios de exclusão, resumem-se os restantes idiomas além do Português, Inglês ou Espanhol, artigos duplicados, aqueles que não respondam à questão de investigação e não cumpram o recorte temporal selecionado.

Na amostra incluíram-se todos os estudos obtidos, leia-se 169, e, no sentido de auxiliar e organizar todo o processo de triagem, recorreu-se à plataforma Rayyan. A análise, seleção, extração e síntese da evidência deu-se por meio de três revisores independentes, seguindo os princípios preconizados. Ainda assim, salienta-se a categorização da evidência, segundo os cinco níveis de Joanna Briggs Institute (JBI, 2021).

Previamente à triagem, eliminaram-se 81 estudos, dos quais 6 foram pelas bases de dados, automaticamente por serem duplicados. Na plataforma Rayyan, detetaram-se 73

duplicados, sendo eliminados e, paralelamente, a PubMed® incluiu 2 estudos que não cumpriram o recorte temporal, também descartados.

Para triagem, seguiram 88 estudos, excluindo-se 79, após leitura crítico-reflexiva do título e resumo, por não responderem à questão de investigação. A acessibilidade ao texto integral, apesar de não constar dos critérios de inclusão para não restringir a pesquisa, não foi possível num dos estudos, sendo removido. Para leitura integral seguiram 8 estudos por revelarem possíveis contributos à questão de investigação, dos quais 3 foram excluídos, por tal critério. Todo o processo encontra-se esquematizado no Fluxograma PRISMA da Figura 1.



**Figura 1 – Fluxograma PRISMA**

Fonte: Page et al. (2021).

Finalmente, a amostra da revisão é constituída por cinco estudos, designadamente 1 CINAHL® Complete, 1 MEDLINE® Complete, 1 Cochrane Central Register of Controlled Trials e 2 PubMed®.

## Resultados

A amostra final da revisão é constituída por 5 estudos, selecionados, criteriosamente, após aplicação dos critérios, *a priori*, definidos. No sentido de atestar a validade, todos os estudos foram, minuciosamente, analisados e esquematizados, para facilitar a extração de dados e respetiva análise. Segue-se a Figura 2, enquanto instrumento utilizado para a extração sintetizada dos dados dos artigos incluídos.

Título – Base de Dados	Autor, Ano País – Idioma	Objetivos	Intervenções educativas
Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education – MEDLINE®	(Davis et al., 2018) Estados Unidos da América – Inglês	Diminuir o uso evitável e de baixa gravidade ao Serviço de Urgência, na “Coastal Family Medicine”.	Cartazes; Linha de triagem telefónica; Marcadores de páginas nos boletins de saúde.
Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever – PubMed®	(De Maat et al., 2018) Holanda – Inglês	Explorar experiências dos pais sobre a gestão da febre; Avaliar comportamento e necessidades quando procuram informações; Desenvolver e avaliar um pacote de informações na alta hospitalar sobre a febre.	Pacote de informações com folheto e página virtual, esta com vídeos sobre febre, sinais de alarme, sintomas, convulsões febris e segurança, complementados com explicação verbal. Uso de semáforos para identificar o risco de doença grave.
Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever – Cochrane Central Register of Controlled Trials	(Kelly et al., 2019) Irlanda – Inglês	Avaliar a eficácia do folheto para aumentar o conhecimento parental sobre a febre; Melhorar a gestão dos antipiréticos e medidas não farmacológicas (esponja morna); Reter conhecimento após duas semanas.	Folheto informativo.
Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas – PubMed®	(Vázquez Fernández et al., 2019) Espanha – Espanhol	Determinar a efetividade do programa de educação para a saúde sobre o número e adequação das consultas nos primeiros 6 meses de vida; Identificar os principais motivos de consulta até aos 6 meses.	Sessões de formação a grávidas no último trimestre e parceiros. Metodologia grupal com seis sessões dinâmicas de 90 minutos (febre, uso racional do Serviço de Urgência, infeção respiratória, gastroenterite, lesões de pele e acidentes).
Video Discharge Instructions for Acute Otitis Media in Children: A Randomized Controlled Open-label Trial – CINAHL®	(Belisle et al., 2019) Canadá – Inglês	Avaliar a eficácia das orientações na alta por vídeo, comparativamente ao folheto, no Serviço de Urgência, aos pais de crianças com Otite Média Aguda, na redução da febre e dor.	Vídeo gravado; Folheto; Orientações verbais.

## Figura 2 – Instrumento à extração de dados dos artigos incluídos

Fonte: (Davis et al., 2018; De Maat et al., 2018; Belisle et al., 2019; Kelly et al., 2019; Vázquez Fernández et al., 2019).

Na análise, salienta-se que, no ano de 2018, foram publicados 2 estudos e 3 no de 2019. Importa reforçar que, após 2019, não existe nenhum outro mais recente. Relativamente à autoria, 1 estudo foi produzido por 4 autores, 2 estudos desenvolvidos por 6 autores e outros 2 por 10 autores. No que toca às bases de dados, identificaram-se 2 na PubMed®, 1 MEDLINE® Complete, 1 Cochrane Central Register of Controlled Trials e 1 CINAHL® Complete.

Em relação ao idioma, 4 foram em inglês e 1 em espanhol. Relativamente à localização, 2 estão afetos à América do Norte, nomeadamente Estados Unidos e Canadá. Na Europa, desenvolveram-se 3, respetivamente em Espanha, Holanda e Irlanda. Deste modo, evidencia-se que não foi identificado qualquer estudo no idioma português, nem desenvolvido no país.

De acordo com os níveis de evidência preconizados pelo JBI, existem 2 estudos experimentais, controlados e randomizados (1.c) e 1 quase experimental, controlado prospectivamente (2.c). Ainda assim, possui 1 estudo observacional, analítico, sem grupo de controlo (3.e) que, apesar de não se enquadrar plenamente, é a opção com melhor correspondência. Neste sentido, são mencionados os questionários aplicados e a revisão de literatura, no entanto não se encontram descritos. Por último, existe 1 estudo observacional, descritivo e transversal (4.b) que, igualmente, traduz em parte o artigo analisado, dada a realização das entrevistas e discussão em grupo (JBI, 2021).

No que diz respeito à publicação, 4 foram publicados em conteúdos de saúde no geral, sendo 1 no jornal e 3 em revistas. Por fim, apenas 1 foi publicado numa revista específica de saúde infantil e pediátrica.

A leitura do *corpus* dos estudos permitiu a criação de categorias para auxiliar na análise. Segundo a abordagem a adotar e o contexto onde poderão ser implementados, encontram-se categorizados na Figura 3.

Abordagem \ Contexto	Cuidados de Saúde Primários	Cuidados Hospitalares
Formato em papel	Marcadores de páginas Cartazes Folheto	
Formato digital	Vídeo gravado Página virtual	
Comunicação verbal direta	Linha de triagem telefónica Transmissão direta na prestação de cuidados	
	Programas pré-natais	

### **Figura 3 – Categorização das intervenções educativas**

No que concerne ao contexto, selecionaram-se os CSP e Cuidados Hospitalares, locais passíveis de aplicação. A abordagem poderá ser em formato papel, digital ou comunicação verbal direta.

Relativamente ao formato em papel, torna-se possível utilizar, em ambos os contextos, desde os marcadores de páginas, cartazes e folhetos. Por sua vez, o formato digital também é passível de replicação, nos CSP e Hospitalares, incluindo vídeos gravados e o acesso a uma página virtual. Por fim, através da comunicação verbal direta, nos dois contextos, é possível implementar uma linha de triagem telefónica e, na prestação de cuidados, diretamente, transmitir conhecimentos. Dada a dinâmica dos programas pré-natais, permanecem afetos, apenas, aos CSP.

### **Discussão**

Num dos SUP com maior afluência do país, o Centro Hospitalar Universitário de São João (CHUSJ), em 2022, 47% dos atendimentos categorizaram-se em pouco urgentes (cor verde), segundo o sistema de triagem (CHUSJ, 2023).

Ainda em relação a um Hospital do Norte, na análise realizada aos episódios de urgência, durante 5 anos, verificou-se que, em média, sensivelmente, metade das crianças têm até 5 anos de idade. Dessas, cerca de 50% possuem até 12 meses, correspondendo à fase da primeira infância. Período de maior imaturidade imunológica o que, associada à inadequada literacia em saúde, por parte dos pais/cuidadores, globalmente, resulta numa maior procura pelos serviços de saúde (Ferreira, 2017).

Na revisão sistemática e meta-análise, publicada por Vicens-Blanes et al. (2023), a febre, apesar de, por si só, não constituir um sinal prejudicial, pais/cuidadores centram-se no valor da temperatura como principal indicador de gravidade. Assim, torna-se fundamental a intervenção do EESIP, na transmissão de conhecimentos e estratégias de atuação.

No primeiro ano de vida, atendendo à suscetibilidade e dependência da criança, a capacitação parental compreende o principal recurso na promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. O EESIP coopera na aquisição de competências pelos pais/cuidadores, sendo basilar o desenvolvimento de processos interpessoais, cognitivos e comportamentais (Meleis, 2012).

Diversos estudos reforçam a eficácia dos programas de capacitação parental, nos primeiros 12 meses de vida, na promoção do desenvolvimento infantil. A intervenção do EESIP consiste na promoção das competências parentais, no sentido da autonomia, ao cuidar do lactente, fomentando o desenvolvimento integral (Nunes, 2022).

No que concerne aos estudos incluídos, o primeiro salienta, como intervenções educativas, a linha de triagem telefónica, os cartazes e marcadores de páginas nos boletins de saúde. Apesar da amostra ser de tamanho reduzido, verificou-se uma redução de 50%, nas idas aos serviços de saúde, por febre, comparativamente ao ano anterior e com efeitos até aos 12 meses após a intervenção. Naturalmente, com repercussões nos custos inerentes e na qualidade dos cuidados prestados (Davis et al., 2018).

Neste sentido, Sarria-Guerrero et al. (2019), publicaram um estudo relativo a um Hospital Pediátrico de Barcelona, onde analisaram as características das teleconsultas e triagens telefónicas, descrevendo o impacto sobre a decisão de recorrer a um serviço de saúde. Das teleconsultas avaliadas, 81% foram consideradas não urgentes, sendo a febre (21.7%) e as dúvidas sobre a terapêutica, os motivos mais frequentes. O nível de satisfação foi elevado e os cuidados prestados foram classificados em muito úteis. Através desta triagem, realizada por enfermeiros especialistas, produziu-se uma alteração no recurso aos serviços de saúde de quase metade dos pais/cuidadores.

No que toca à comunicação verbal, recomenda-se uma linguagem clara, estilo de diálogo e isenta de termos técnicos. Impreterivelmente, deve-se limitar a quantidade de informação, priorizando, em cada intervenção, os aspetos mais relevantes, salientando-os. O emprego de outros formatos, nomeadamente o formato em papel ou digital parece favorecer o sucesso da comunicação verbal. Por último, importa validar a compreensão dos pais/cuidadores, solicitando que retribuam a informação que obtiveram e questionem, esclarecendo as dúvidas existentes (Connelly & Gupta, 2017).

Em Portugal, ao encontro do preconizado, existem os Boletins de Saúde Infantil e Juvenil, distribuídos na maternidade, onde se registam informações importantes. Em algumas páginas, especificamente, faz-se referência à febre e aos principais sinais de alarme (DGS, 2023).

No que toca ao segundo estudo, De Maat et al. (2018) exploraram as experiências dos pais sobre a gestão da febre. Os progenitores procuravam informação quando a febre era prolongada, a criança era incapaz de verbalizar ou permanecia com diminuição da ingestão. Além disso, aferiram algumas atitudes, não recomendadas, na atualidade, tais como os banhos de água fria e administração de antipirético em horário fixo para “prevenir” o pico febril. O medo do antipirético deixar de ser eficaz, antibioterapia para a convulsão febril e as temperaturas altas serem prejudiciais à saúde, foram outras crenças erróneas identificadas.

Ainda segundo a mesma autoria, desenvolveram e avaliaram um pacote de informações, fornecido aquando da alta. O pacote englobava um folheto e acesso a uma página virtual, esta com vídeos sobre febre, sinais de alarme, sintomas, convulsões

febris e segurança, complementados com explicação verbal. Nesta intervenção, era utilizado um sistema de semáforos para identificar o risco de doença grave e quando recorrer aos serviços de saúde. No momento da alta, quando os pais não se sentiam reconhecidos, verificou-se um aumento da ansiedade e, no futuro, uma maior procura por motivos semelhantes. Assim, importa transmitir informações fidedignas e passíveis de consulta no domicílio, revelando-se que, a intervenção é bem sucedida, quando se complementa a intervenção verbal com conteúdo escrito ou visual.

No Canadá, um estudo realizado por Hart et al. (2019), avaliou a eficácia de uma intervenção interativa, objetivando educar os cuidadores sobre a febre, num SUP. A intervenção era baseada na *Internet*, sendo comparada à leitura e informações verbais, bem como escritas. Deste modo, evidenciou-se que aquelas associadas à *Internet*, correspondem melhorias significativas nos conhecimentos e alta satisfação do cuidador, comparativamente aos formatos escritos e verbais.

Em relação ao terceiro estudo incluído, indo ao encontro do folheto, Kelly et al. (2019) avaliaram a respetiva eficácia no aumento do conhecimento parental sobre a febre, especificamente identificação do valor preconizado, melhorar a gestão dos antipiréticos e as medidas não farmacológicas, tais como o uso da esponja morna. A intervenção educativa consistia no folheto informativo, tendo em vista o aumento do conhecimento e a redução da recorrência aos serviços de saúde.

De acordo com a mesma autoria, o folheto demonstrou aumentar a definição correta da febre e a diminuição das práticas desadequadas até duas semanas. A administração de antipirético, quando a criança está desconfortável, também evidenciou melhorias, aumentando de 76%, no grupo de intervenção, para 82.4%, comparativamente a 28% no grupo de controlo. No alternar antipiréticos, 15% do grupo de intervenção fá-lo, relativamente a 51% no grupo de controlo. Finalmente, o discordar com o uso da esponja morna, aumentou para 97%, no grupo de intervenção. No que toca à apreciação do folheto, 88% classificou-o como útil, fácil de ler e de recordar.

O quarto estudo incluído, desenvolvido por Vázquez Fernández et al. (2019), fundamentou-se no elevado número de idas aos CSP e hospitalares, fruto do desconhecimento dos pais/cuidadores e, ainda, medo de contrair uma doença grave. Até aos 6 meses de vida, verifica-se uma maior afluência, dada a suscetibilidade acrescida, inexperiência e dúvidas inerentes. Assim, avaliou-se a efetividade de um programa de educação para a saúde, no número e adequação das consultas, nos primeiros 6 meses, bem como identificação dos principais motivos. O programa consistia em sessões de formação a grávidas, no último trimestre e respetivos parceiros. A metodologia era grupal com participação ativa, composta por 6 sessões dinâmicas de 90 minutos sobre diversas temáticas, entre as quais a febre e o uso racional do SUP.

Após a intervenção, confirmou-se uma redução no número de consultas sobre as temáticas abordadas, sendo a febre uma das mais evidentes. De igual modo, surtiu melhorias no grau de adequação das consultas, de 70% no grupo de intervenção, comparativamente a 50% no grupo de controlo.

Por sua vez, no estudo de Maeda et al. (2014), analisou-se que 74.2% das puérperas hospitalizadas participaram em programas educativos. A análise contribuiu para a aferição das temáticas mais solicitadas, na educação para a saúde, sendo os cuidados com o recém-nascido, uma das três mais procuradas (35.9%). Finalmente, 94.2% das puérperas avaliaram a sessão como informativa e clara.

No período pré-natal, as intervenções de enfermagem são fundamentais por possibilitarem a aprendizagem, estabelecimento de vínculo e resposta às necessidades das grávidas e parceiros. Neste sentido, destacam-se intervenções, no âmbito dos hábitos de vida saudável e cuidados ao lactente, com repercussões na qualidade de vida dos pais. As atividades individuais ou em grupo constituem um elemento basilar, contribuindo à partilha de experiências, crescimento e qualificação dos cuidados (Alfing, 2016).

Por último, o quinto estudo incluído, conduzido por Belisle et al. (2019), avaliou a eficácia das orientações, no momento da alta, num SUP. Intervenção dirigida aos pais de crianças com Otite Média Aguda com recurso a um vídeo educativo, comparativamente ao folheto, na redução da febre e dor. Os objetivos centraram-se na adesão ao plano de cuidados e resolução sintomática. Especificamente, no aumento do conhecimento parental, repercutindo-se no absentismo (escolar e laboral), reincidência ao SUP e respetiva satisfação. Ambos os formatos abordavam sinais, sintomas, terapêutica e quando recorrer aos serviços de saúde, correspondendo a uma alternativa às orientações verbais que, por vezes, são complexas. No vídeo, evidenciou-se uma maior gestão sintomática, compreensão e retenção do conhecimento. O folheto demonstrou uma maior aquisição de conhecimentos, relativamente à abordagem verbal. Após análise, evidenciou-se uma melhoria significativa com os dois formatos, dado que o conteúdo era o mesmo, associada ao elevado grau de satisfação, por parte dos pais. Atendendo ao contexto de saúde, importa salientar que nenhum progenitor deixou de receber informação. Particularmente no SUP, o vídeo consiste numa intervenção educativa a considerar, em conjunto com orientações verbais, quando a afluência é elevada e o tempo escasseia.

No domínio educativo, Gwiasda et al. (2022), desenvolveram um vídeo sobre a febre na criança, integrado na aplicação “FeverApp”. Na “FeverApp”, os pais/cuidadores recebem informações atualizadas sobre a febre infantil, assentes em evidência científica. O vídeo compreende, sensivelmente, 4 minutos e abarca conteúdo

informativo sobre a febre, designadamente a reação que ocorre, sinais de alerta que motivem observação médica e convulsões febris. Os resultados foram significativos com melhorias nas crenças sobre a importância da febre, passando de 75% antes do vídeo para 93% após. Depois da intervenção, 83% concordaram que seriam mais cuidadosos, quanto à administração de antipiréticos. A informação transmitida e a qualidade do vídeo foram, positivamente, avaliadas. Os autores concluíram que o vídeo possibilitou a obtenção significativa de conhecimento, motivou a mudança intencional de comportamento, a curto prazo, e a redução da incerteza.

Ao encontro da evidência apresentada, recentemente, a revisão *scoping* conduzida por Arias et al. (2019), identificou 11 intervenções educativas, tais como as sessões de formação individuais, entre pares e em grupo (palestras, discussões, tutoriais, demonstrações e módulos estruturados). O formato informatizado foi referido com recurso aos tutoriais e diretrizes, uma linha direta de triagem de enfermagem, utilização de vídeos e combinação de formatos entre presencial e online. Na maioria das intervenções, evidenciou-se um impacto positivo no aumento do conhecimento, competências na gestão da febre e diminuição da recorrência aos serviços de saúde.

## **Conclusão**

Ao encontro da evidência atual, diversas foram as intervenções enumeradas com repercussões positivas na capacitação de pais e cuidadores de lactentes com febre. Naturalmente, tais repercussões surtem impacto positivo na afluência aos serviços de saúde, custos associados, melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da satisfação de famílias e profissionais, bem como redução da ansiedade parental (Martins et al., 2020).

No contexto dos CSP e hospitalares, frisa-se as intervenções educativas em formato papel, como os marcadores de páginas, cartazes e folhetos. O formato digital diz respeito aos vídeos e acesso a páginas virtuais. Por sua vez, através da comunicação oral direta, identificou-se a linha de triagem telefónica e a transmissão direta de conhecimentos. Por último, dada a dinâmica dos CSP, tornam-se exequíveis os programas pré-natais.

Atendendo à adequação da atuação do EESIP, estas intervenções tornam-se essenciais e um importante incentivo à criação de estratégias nestes formatos mais interativos, objetivando a assimilação, retenção do conhecimento adquirido e transposição para a prática. Após análise, os vídeos destacam-se como o formato predileto dos pais/cuidadores (Arias et al., 2019).

No que toca às limitações, reconhece-se a abundância de evidência sobre o SUP, no entanto escasseia a dos CSP, tornando-se numa sugestão para estudos futuros. Finalmente, acredita-se que seria de extrema pertinência, reforçar as respostas, por parte dos CSP, através de alternativas apropriadas e de fácil acesso, garantindo a acessibilidade às situações agudas não urgentes. Medidas que evitam a afluência já característica ao SUP e asseguram a sua efetiva capacidade de resposta.

## Referências Bibliográficas

- Alfing, C. E. dos S. (2016). *O enfermeiro na atenção à mulher no pré-natal: A realidade em estratégias saúde da família* (Dissertação de Mestrado, Universidade de Cruz Alta e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul). Universidade de Cruz Alta e Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. <https://home.unicruz.edu.br/wp-content/uploads/2017/01/CLEIDE-ESTELA-DOS-SANTOS-ALFING-O-ENFERMEIRO-NA-ATENCAO-A-MULHER-NO-PRE-NATAL-A-REALIDADE-EM-ESTRATEGIAS-SAUDE-DA-FAMILIA.pdf>
- Araújo, W. C. (2020). Recuperação da informação em saúde: construção, modelos e estratégias. *ConCI: Convergências em Ciência da Informação*, 3(2), 100-134. <http://doi.org/10.33467/conci.v3i2.13447>
- Arias, D., Chen, T. F., & Moles, R. J. (2019). Educational interventions on fever management in children: A scoping review. *Nursing Open*, 6(3), 713-721. <https://doi.org/10.1002/nop2.294>
- Barbieri-Figueiredo, M. do C. A. (2015). Cuidados centrados na família: do discurso à prática. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(6), 1-2. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500083>
- Belisle, S., Dobrin, A., Elsie, S., Ali, S., Brahmbhatt, S., Kumar, K., Jasani, H., Miller, M., Ferlisi, F., & Poonai, N. (2019). Video Discharge Instructions for Acute Otitis Media in Children: A Randomized Controlled Open-label Trial. *Academic Emergency Medicine*, 26(12), 1326-1335. <https://doi.org/10.1111/acem.13839>
- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2023). *Relatório & Contas*. [https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/975/R\\_C\\_2022.pdf](https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/document/file/975/R_C_2022.pdf)

Comité Português para a UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos* (462471/19). UNICEF para todas as crianças. [https://www.unicef.pt/media/2766/unicef\\_convenc-a-o\\_dos\\_direitos\\_da\\_crianca.pdf](https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf)

Connelly, R. A., & Gupta, A. (2017). Health Literacy Universal Precautions: Strategies for Communication with All Patients. In R. A. Connelly, & T. Turner (Eds.). *Health Literacy and Child Health Outcomes – Promoting Effective Health Communication Strategies to Improve Quality of Care* (pp. 39-50). Springer.

Davis, T., Meyer, A., Beste, J., & Batish, S. (2018). Decreasing Low Acuity Pediatric Emergency Room Visits with Increased Clinic Access and Improved Parent Education. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(4), 550-557. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2018.04.170474>

De Maat, J. S., Klink, D. V., Hartogh-Griffioen, A. D., Schmidt-Crossen, E., Rippen, H., Hoek, A., Neill, S., Lakhanpaul, M., Moll, H. A., & Oostenbrink, R. (2018). Development and evaluation of a hospital discharge information package to empower parents in caring for a child with a fever. *BMJ Open*, 8(8), e021697. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-021697>

**DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Orientação n.º 005/2018: Febre na Criança e no Adolescente – Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções.** 2018. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0052018-de-03082018-pdf.aspx>

**DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE – Boletim de Saúde Infantil e Juvenil.** 2023. <https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/boletim-de-saude-infantil.aspx>

Edwards, C., Walker, K. B., & Deupree, J. (2020). Actionability and Usability of a Fever Management Tool for Pediatric Caregivers. *Journal of continuing education in nursing*, 51(7), 338-344. <https://doi.org/10.3928/00220124-20200611-10>

Ferreira, I. M. F. (2017). *Procura numa Urgência Pediátrica: fatores que mais contribuem para a afluência de casos não urgentes* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Economia da Universidade do Porto). Faculdade de Economia da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/109378>

- Gwiasda, M., Schwarz, S., Büssing, A., Jenetzky, E., Krafft, H., Kerdar, S. H., Rathjens, L., Boehm, K., & Martin, D. (2022). Changing knowledge and attitudes about childhood fever: testing a video instruction before its application in a health app. *GMS Journal for Medical Education*, 39(2), 1-14. <https://doi.org/10.3205/zma001546>
- Hart, L., Nedadur, R., Reardon, J., Sirizzotti, N., Poonai, C., Speechley, K. N., Loftus, J., Miller, M., Salvadori, M., Spadafora, A., & Poonai, N. (2019). Web-Based Tools for Educating Caregivers About Childhood Fever: A Randomized Controlled Trial. *Pediatric Emergency Care*, 35(5), 353-358. <http://doi.org/10.1097/PEC.0000000000000936>
- International Council of Nurses. (2023). *ICNP Browser: 2019 release*. <https://www.icn.ch/icnp-browser>
- Joanna Briggs Institute. (2021). *JBI EBP Database Guide*. Wolters Kluwer. <https://ospguides.ovid.com/OSPGuides/jbidb.htm>
- Kelly, M., Sahm, L., McCarthy, S., O'Sullivan, R. G., Mc Gillicuddy, A., & Shiely, F. (2019). Randomised controlled trial of an intervention to improve parental knowledge and management practices of fever. *BMC Pediatrics*, 19(447), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-019-1808-9>
- Kirby, S., Wooten, W., & Spanier, A. J. (2021). Pediatric Primary Care Relationships and Non-Urgent Emergency Department Use in Children. *Academic Pediatrics*, 21(5), 900-906. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.03.019>
- Leigh, S., Robinson, J., Yeung, S., Coenen, F., Carrol, E. D., & Niessen, L. W. (2020). What matters when managing childhood fever in the emergency department? A discrete-choice experiment comparing the preferences of parents and healthcare professionals in the UK. *Archives of Disease in Childhood*, 105(8), 765-771. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2019-318209>
- Maeda, T. de C., Parreira, B. D. M., Da Silva, S. R., & De Oliveira, A. C. D. (2014). Importância atribuída por puérperas às atividades desenvolvidas no pré-natal. *Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde*, 3(2), 6-18. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-26679>
- Martins, M., Marques, R., Souza, M., Valério, A., Cabral, I., & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Avaliar –

Um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5), 311-317.  
<https://doi.org/10.20344/amp.12769>

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing – Development & Progress* (5<sup>th</sup> ed.). Wolters Kluwer.

Nunes, C. S. P. (2022). *Competências parentais na promoção do desenvolvimento da criança no primeiro ano de vida: contributo do enfermeiro especialista* (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/43849>

Page, M. J., 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: an updated guideline for reporting systematic reviews. *British Medical Journal*, 372(71), 1-9. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

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

Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660-16665. [Consult. 26 mai 2023]. Disponível em WWW: <  
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>>.

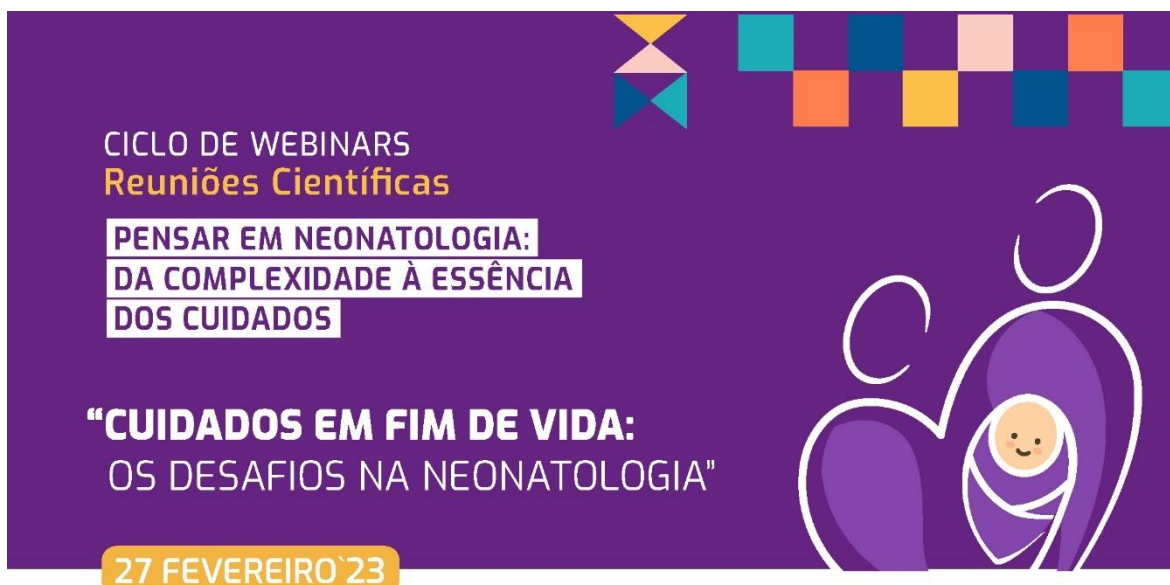
Sarria-Guerrero, J. A., Luaces-Cubells, C., Jiménez-Fàbrega, F. X., Villamor-Ordozgoiti, A., Isla Pera, M. P., & Guix-Comellas, E. M. (2019). Impacto de las consultas y triajes telefónicos pediátricos en el uso del servicio de urgencias hospitalario. *Revista Científica de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 31(4), 257-260.  
[http://emergencias.portalsemes.org/images/abstracts/files/Emergencias-2019\\_31\\_4\\_257-260.pdf](http://emergencias.portalsemes.org/images/abstracts/files/Emergencias-2019_31_4_257-260.pdf)

Vázquez Fernández, M. E., Sanz Almazán, M., García Sanz, S., Berciano Villalibre, C., Alfaro González, M., & Del Río López, A. (2019). Intervención educativa en atención primaria para reducir y mejorar la adecuación de las consultas pediátricas. *Revista Española de Salud Pública*, 93, e1-e11.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30692506/>

Vicens-Blanes, F., Miró-Bonet, R., & Molina-Mula, J. (2023). Analysis of the perceptions, knowledge and attitudes of parents towards fever in children: A systematic review with a qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 32(7/8), 969-995. <https://doi.org/10.1111/jocn.16271>

## **ANEXOS**

## ANEXO A – CERTIFICADO: “CUIDADOS EM FIM DE VIDA: OS DESAFIOS NA NEONATOLOGIA”

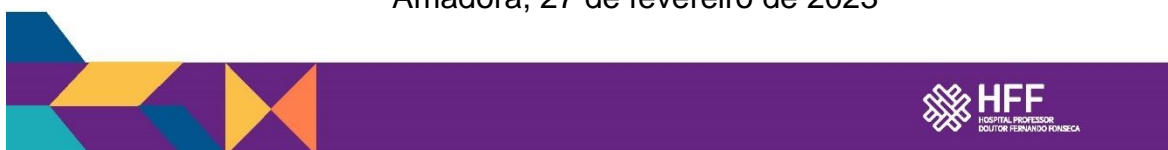


# CERTIFICADO

Certifica-se que [Lucrécia José Silva Abreu](#) esteve presente na Reunião Científica "Cuidados em Fim de Vida: Os desafios na Neonatologia" do II Ciclo de Reuniões Científicas "Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados", que decorreu no dia 27 de fevereiro de 2023 em formato Webinar, a partir do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 17h e as 19h.

A Comissão Organizadora

Amadora, 27 de fevereiro de 2023



## **ANEXO B – QUESTIONÁRIO: AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO “FEBRE NA CRIANÇA”**

### **Avaliação da Formação “Febre na Criança”**

A sua opinião sobre esta ação de formação é para nós muito importante, pois permite-nos melhorar a qualidade e a adequação de formações futuras neste Curso de Competências Parentais. Por favor, marque um X a frente de um dos parâmetros abaixo indicados numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído o valor 1 a “nada” e o valor 5 a “muito”, conforme a sua opinião.

#### **Conteúdos Programáticos e Métodos**

1 – Considera pertinente o tema da formação	1	2	3	4	5
2 – Interesse e utilidade dos conteúdos	1	2	3	4	5
3 – Adequação dos métodos utilizados	1	2	3	4	5
4 – Duração da ação de formação	1	2	3	4	5

#### **Formador/Formadora**

1 – Domínio e clareza na exposição dos conteúdos	1	2	3	4	5
2 – Estímulo à participação dos pais na formação	1	2	3	4	5
3 – Relacionamento com os pais	1	2	3	4	5
4 – Cumprimento do horário da formação	1	2	3	4	5

#### **Organização**

1 – Qualidade e adequação das instalações e equipamentos	1	2	3	4	5
2 – Condições físicas (sala e acessibilidades)	1	2	3	4	5
3 – Horário das Sessões	1	2	3	4	5

#### **Avaliação Global da Formação**

1 – A ação de formação permitiu adquirir novos conhecimentos	1	2	3	4	5
2 – Os objetivos propostos para a ação foram concretizados	1	2	3	4	5
3 – Recomendaria a ação a amigos e colegas	1	2	3	4	5
4 – Considera que a documentação distribuída foi suficiente e adequada	1	2	3	4	5

#### **Críticas, Sugestões e Comentários**

---

---

---

---

# ANEXO C – I CONGRESSO DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA R. A. MADEIRA



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**LUCRÉCIA JOSÉ SILVA ABREU**

membro nº **96466** desta Ordem, participou no(a) **"I Congresso de Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica na R.A. Madeira (Funchal)"**, realizado no dia **5 de Setembro de 2023**, com duração total de **6 Horas**, no(a) **Hotel The Views Monumental**.

Funchal, 5 de Setembro de 2023

P.<sup>a</sup> Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribuí 0,55 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Actividades Formativas.

<sup>2</sup>Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos

## ANEXO D – I JORNADAS DO BEBÉ E DA CRIANÇA: PREVENÇÃO EM IDADE PEDIÁTRICA

### Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que Lucrecia José Silva Abreu natural de Funchal nascida em 09/03/1997, com o N.º de Identificação Civil (CC/BI) 15116917 válido até 18/10/2026, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Jornadas do bebé e da criança: prevenção em idade pediátrica, em 25/11/2023, com a duração de 7:30 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Mesa 2 - Mitos e verdades sobre os primeiros anos de vida das crianças	2:00	-
Mesa 3 - Impacto da educação nos primeiros anos de vida das crianças	2:30	-
Encerramento	0:30	-
Acolhimento	0:30	-
Mesa 1 - Prevenção desde a gravidez: o pós-parto	2:00	-

Alcoentre, 01 de dezembro de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Sosmamã, Lda.

Assinado por: **Andreia Filipa Mendes de Amaral**  
Num. de Identificação: 13724829  
Data: 2023.12.02 23:09:29+00'00'

*(Assinatura e selo branco ou carimbo)*

Certificado n.º 215/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

## ANEXO E – WORKSHOP: DESENGASAMENTO NO BEBÉ: SEGURANÇA DO BEBÉ À MESA

### Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Lucrecia José Silva Abreu** natural de Funchal nascida em 09/03/1997, com o N.º de Identificação Civil (CC/BÍ) 15116917 válido até 18/10/2026, concluiu com aproveitamento o curso de Formação Profissional de Workshop "Desengasamento no bebé: segurança do bebé à mesa", em 25/11/2023, com a duração de 1:00 horas.

Unidades de Formação/Módulos/Outras Designações	Horas (hh:mm)	Classificação
Workshop: Desengasamento no bebé: segurança do bebé à mesa	1:00	-

Alcoentre, 01 de dezembro de 2023

O(A) Responsável pelo(a) Sosmamã, Lda.

Assinado por: **Andreia Filipa Mendes de Amaral**  
Num. de Identificação: 13724829  
Data: 2023.12.02 23:13:11+00'00'

*(Assinatura e selo branco ou carimbo)*

Certificado n.º 216/2023 de acordo com o modelo publicado na Portaria n.º 474/2010

## ANEXO F – CERTIFICADO: FORMAÇÃO DE INSTRUTORES DE MASSAGEM INFANTIL

