



CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA
PROMOÇÃO DA PARCERIA DE CUIDADOS NOS DIFERENTES CONTEXTOS DA PRÁTICA
CLÍNICA.

Catarina Saldanha Sampaio

Dezembro de 2022

Porto



Escola Superior
Saúde
Santa Maria

CONTRIBUTOS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA
PROMOÇÃO DA PARCERIA DE CUIDADOS NOS DIFERENTES CONTEXTOS DA PRÁTICA
CLÍNICA.

Catarina Saldanha Sampaio

Relatório de estágio orientado pela Professora Doutora Goreti Marques e pelo Professor
Sofia Silva e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Dezembro de 2022

Porto

AGRADECIMENTOS

A todos as crianças e famílias que se cruzaram neste percurso, obrigada por fazerem valer a pena!

Aos meus Pais e toda a família, pelo incentivo, pelo perdão das ausências e pelo amor de todas as horas, obrigada por existirem!

Ao Gonçalo, marido e companheiro no verdadeiro sentido da palavra, pela paciência, pelo encorajamento, pelo trabalho de equipa, pelos abraços e pela força de quem acredita mais em mim do que eu própria!

À minha bebé, que ainda no forno me deu força para combater o sono, a preguiça e o cérebro de grávida e conseguir terminar esta jornada!

Aos Amigos, por acreditarem, por se preocuparem e por dizerem vezes sem conta que estava quase!

Aos colegas de trabalho, pela flexibilidade e ânimo, o meu muito obrigado!

Aos colegas de Mestrado, em especial aos que pertenciam ao meu grupo de trabalhos, Salomé, Diana, Carlos, Inês e Marisa, obrigada pelos convívios, lanches e aprendizagens!

Às minhas Professoras Orientadora, pelo apoio e orientação durante todo o percurso.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EESIP	Enfermeiro Especialista Saúde Infantil e Pediátrica
USF	Unidade de Saúde Familiar
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
SNS	Sistema Nacional de Saúde
CSP	Cuidados de Saúde Primários
RN	Recém-Nascido
PBE	Prática Baseada na Evidência
CCF	Cuidados Centrados na Família
RIL	Revisão Integrativa da Literatura

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA 12	
1.1. PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM.....	14
1.2. CUIDA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE	24
1.3. ASSITE A CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA, NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE 31	
2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA.....	45
2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	45
2.2. METODOLOGIA	49
2.3. RESULTADOS	53
2.4. ANÁLISE DE RESULTADOS.....	55
2.5. DISCUSSÃO	56
2.6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	68
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	76
5. ANEXOS.....	82
APÊNDICE I – Tabela de avaliação dos artigos.....	83
APÊNDICE II – Ferramenta auxiliar para o processo de negociação	103

RESUMO

Introdução: No culminar do percurso formativo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica emerge a pertinência de realizar uma reflexão sobre as competências desenvolvidas no decorrer deste percurso, com a finalidade de analisar criticamente e perceber se os objetivos previamente delineados foram alcançados com sucesso. A Parceria de Cuidados surge como uma importante competência do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, despertando interesse no percurso prático pelo seu impacto positivo na prestação de cuidados, pela inserção da família nos cuidados e pela diferenciação que atribui a esta especialidade.

Objetivos: Realizar uma descrição crítica e reflexiva das experiências vividas e as intervenções realizadas com base na evidencia científica; Elaborar uma Revisão Integrativa da Literatura a fim de aumentar os conhecimentos na temática da Parceria de Cuidados; Desenvolver uma proposta de intervenção que possibilite a resolução das necessidades levantadas.

Metodologia: Numa primeira fase, utilizou-se uma metodologia critico-reflexiva, seguindo-se de uma Revisão Integrativa da Literatura.

Resultados: O desenvolvimento e aquisição de competências do EESIP decorreu de forma positiva e enriquecedora, demonstrando-o através de evidencia científica para a reflexão e justificação sustentada da prática. Relativamente à Revisão Integrativa da Literatura foi possível identificar particularidades na implementação da Parceria de Cuidados com potenciais melhorias como a negociação, a comunicação, o estabelecimento de papeis, a capacitação dos pais e as barreiras à parceria.

Conclusões: O desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica demonstra-se fundamental para uma prestação de cuidados de qualidade e de acordo com as necessidades específicas de cada criança e família, sendo que os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados devem nortear toda a prática. É notória a necessidade de investimento em conhecimentos sobre esta temática, bem como a definição precisa e protocolada da sua implementação. Desta forma, foi apresentada uma proposta de intervenção com vista a colmatar as lacunas neste contexto.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Parceria de Cuidados; Cuidados Centrados na Família; Negociação

ABSTRAT

Introduction: At the end of the master's degree in Child and Pediatric Nursing it's essential to perform a reflection regarding the competencies acquired throughout this course to critically analyze if the objectives initially outlined were successfully achieved. The Care Partnership is an important skill of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, by increasing the interest in the practical path in the provision of care in a positive way, by including the family in the care provided and differentiation that it gives to this speciality.

Objectives: To perform a critical and reflective description of the experiences lived throughout the course and the interventions performed with scientific based evidence; To elaborate an Integrative Revision of the Literature to expand the knowledge about the theme of the Care Partnership; To develop an intervention proposal to allow the resolution of the needs identified.

Methodology: Initially, a critical-reflexive methodology was used followed by an Integrative Review of the Literature.

Results: The development and the acquisition of competencies by the SNCPPH occurred in a positive and fulfilling way, demonstrating it through scientific evidence to reflect and sustain the justification of the practice. Regarding the Integrative Revision of the Literature, it was possible to identify particularities in the implementation of the Care Partnership with potential improvements such as negotiation, communication, role identification, parents' training and barriers to the partnership.

Conclusion: The development of competencies by the SNCPPH is an essential element to the provision of quality care and according to each child's and family's specific needs being the Care Centered in the Family and the Care Partnership guides for this practice. The need of investment in knowledge regarding this subject is clear, as well as the precise and protocolized definition of its implementation. This has led to a presentation of a proposal of intervention to allow the suppression of the gaps that were observed in this context.

Keywords: Specialist Nurse in Child and Pediatric Health; Care Partnership; Family Focused Care; Negotiation.

INTRODUÇÃO

No âmbito da unidade curricular Módulo IV, do terceiro semestre do Mestrado em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria foi proposta a realização de um Relatório final. A concretização deste foi realizada sob orientação da Professora Doutora Goreti Marques e pela Professora Sofia Silva.

Para a elaboração do mesmo foi sugerida que este contemplasse uma reflexão crítico reflexiva relativa ao desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) no decorrer do percurso formativo dos diversos contextos práticos. Conjuntamente, será realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) sobre a Parceria de Cuidados nos diferentes contextos da prática clínica e por fim, apresentada uma proposta de intervenção prática de acordo com os resultados obtidos nesta revisão.

A realização de uma análise crítico-reflexiva de todo o percurso da prática clínica em contexto de estágio emerge como uma mais valia no culminar deste Mestrado, sendo uma forma de introspeção e debate pessoal sobre os conteúdos observados e implementados na prática, e a evidência científica direcionada ao EESIP. Por outro lado, a sua realização nesta fase irá permitir também perceber o alcance dos objetivos pessoais e verificar as diferenças entre as expectativas prévias e a realidade vivenciada.

Cuidar de crianças é cuidar em forma de amor, de proteção e de estímulo com vista a promover o seu desenvolvimento e bem-estar e não existe ninguém melhor do que a família para prestar estes cuidados (Mendes, 2016). Neste sentido, e em prol de minimizar os efeitos nefastos que podem resultar dos cuidados de saúde em diferentes contextos, surge o Modelo da Parceria de Cuidados, a sua importância e inevitável implementação em Saúde Infantil e Pediátrica. Anne Casey desenvolveu este modelo em 1988, partindo como base o modelo de Cuidados Centrados na Família, onde a família apresenta-se como foco de cuidados e como parte integral dos cuidados e de todas as decisões (Pedroso, 2017). Desta forma, a prática do EESIP valoriza a família como promotora do bem-estar presente e futuro da criança, preconizando a ausência de separação entre os cuidados prestados pelos pais e os cuidados prestados pelos enfermeiros.

No decorrer dos diferentes contextos clínicos foi possível observar e implementar intervenções promotoras da Parceria de Cuidados e compreender o quão inerente este modelo é a toda a prática em pediatria. Contudo, devido a esta transversalidade, surgem diversas particularidades práticas com potencial de melhoria por parte do EESIP em prol de melhores ganhos em saúde e maior nível de satisfação de todos os envolvidos. Por estas razões, surgiu o interesse em investigar esta temática como forma de contributo para o desenvolvimento contínuo da profissão através da adequação de cuidados gerais e específicos às necessidades das crianças e suas famílias.

O processo de investigação relativo a esta temática decorreu no período compreendido entre nove de agosto e de três de setembro de 2022 e resulta na elaboração de uma RIL, que permitirá através dos seus resultados aumentar os conhecimentos na área e desenvolver uma proposta de intervenção com vista a contribuir positivamente para a evolução da profissão e da especialidade.

No que concerne à estruturação, o presente documento contempla dois capítulos. No primeiro será realizada uma reflexão crítica relativa ao desenvolvimento das diversas competências de EESIP no decorrer do percurso formativo e prático e no segundo será apresentada a RIL. Este segundo capítulo encontra-se subdividido em cinco subcapítulos que abordam o enquadramento teórico da temática em investigação, a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a sua discussão, terminando com a proposta de intervenção. Para finalizar, teceremos as principais considerações finais deste trabalho.

Relativamente à metodologia presente neste relatório, constata-se no primeiro capítulo uma metodologia do tipo descritivo e crítico-reflexivo e no segundo uma RIL. Para toda a pesquisa e investigação foi utilizada como recurso a diferentes bases de dados o motor de busca EBSCO, bem como livros e revistas científicas. Para a formatação de todo o documento foi atendida a norma de formatação de trabalhos escritos que vigora na Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

1. PROCESSO DE AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Ser Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) exige em primeira instância ser Enfermeiro, ser e estar motivado com objetivo de evoluir e desenvolver as suas competências pré adquiridas e abrir horizontes para novas aprendizagens. Este processo de aprendizagem, partiu do conhecimento e desenvolvimento das competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, funcionando como base solidificada para todo o percurso. Assim, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver uma prática ética e legal de acordo com os princípios éticos e deontológicos da profissão, garantindo sempre os direitos humanos e as responsabilidades inerentes à profissão. Por outro lado, é também responsável por ter um papel dinamizador na área de governação clínica, promover programas de melhoria continua dos cuidados, assim como garantir um ambiente terapêutico e seguro. Ser capaz de gerir os cuidados de enfermagem junto da sua equipa e restante equipa multidisciplinar e ter a capacidade de liderar e gerir os recursos de acordo com as situações e contextos, garantindo a melhor qualidade dos cuidados são também características importantes a conter. Por último, desenvolver o autoconhecimento continuamente, baseando a sua prática em evidencia científica são competências fundamentais do Enfermeiro Especialista (Diário da República, 2019). Em suma, as competências comuns do Enfermeiro Especialista demonstram a importância de se formarem Enfermeiros com responsabilidade profissional, ética e legal, com a perspectiva de gerir da melhor forma a prestação de cuidados fundamentada e atualizada com vista a promover a continuidade de cuidados de qualidade sempre com o foco de desenvolver competências em prol da melhoria contínua (Diário da República, 2019).

A aquisição de competências específicas como EESIP começou também no primeiro dia de sessões teóricas deste Mestrado e foi continuamente desenvolvida na prática dos diferentes contextos de estágios clínicos. Os estágios foram divididos em duas grandes categorias, Cuidados Especializados I e Cuidados Especializados II, abrangendo cada uma delas três campos de estágio diferentes. A primeira categoria teve início com o Estágio de Pediatria em Neonatologia, tendo sido realizado em trinta e seis horas; posteriormente o Estágio de Pediatria em Unidade de Internamento de Hemato-Oncologia

perfazendo cento e vinte e seis horas e por fim, o Estágio de Pediatria em Cirurgia completando cento e oito horas. A segunda categoria começou pelo Estágio de Pediatria em Urgência com uma carga horária de cento e oitenta horas, seguido do Estágio de Saúde Infantil na Comunidade onde foram realizados cento e vinte e seis horas, culminando com o Estágio em Centros de Desenvolvimento e Unidade de Apoio à criança que contemplava noventa horas de ensino clínico. Foram meses intensivos, de grande aprendizagem, exigência e aquisição de conhecimentos e competências. A possibilidade de realizar os ensinamentos clínicos em diversos contextos clínicos, tornou-se tão exigente como recompensador. Realizar uma reflexão crítica relativamente à aquisição e desenvolvimento de todas as competências parece de enorme pertinência para o culminar deste percurso.

A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem como centro dos seus cuidados o binómio entre criança e família e gere as suas intervenções desde o nascimento até aos 18 anos de idade. Como exceção, existem os casos de criança com doença crónica, deficiência ou incapacidade que poderá abranger jovens até aos 25 anos de idade, até que a transição para a vida adulta ser alcançada positivamente. Desta forma, o EESIP tem como objetivo prestar cuidados à criança e família nos seus diversos contextos, tanto a nível hospitalar, cuidados continuados, comunidade, escola e mesmo no seu domicílio, promovendo assim a saúde, prevenindo a doença e mobilizando todos os recursos necessários para o melhor cuidado. O EESIP deve assim prestar cuidados de nível avançado, com elevado grau de segurança e competência, obtendo por parte das crianças e famílias uma reação positiva (Diário da República, 2018).

As competências específicas que regem esta especialidade, foram usadas como guia de orientação para delinear os objetivos dos diferentes estágios, sendo elas: presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde. Desta forma, no decorrer deste capítulo, serão abordadas individualmente para a reflexão da sua aquisição e desenvolvimento nos diferentes contextos da prática clínica.

1.1. PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM **Erro!**

Marcador não definido.

A adaptação dos cuidados de enfermagem em pediatria, tendo em conta a idade e o desenvolvimento da criança é uma constante em todos os contextos da prática clínica. O grande desafio do EESIP começa aí. Toda e qualquer intervenção do EESIP deve ter em conta as necessidades do ciclo de vida da criança, bem como adaptar a sua abordagem à idade para promover a saúde e bem-estar de forma eficaz.

A promoção da saúde infantil passa por isso mesmo, pela maximização da saúde da criança tendo em consideração as necessidades inerentes à fase de desenvolvimento em que se encontra. Como se trata de um processo contínuo, é importante potencializar esse crescimento e desenvolvimento, promovendo o bem-estar psicológico, físico, intelectual, social e espiritual em associação a par com a família (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Desta forma, surge uma importante preocupação do EESIP, a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil. Em parceria com a família, o enfermeiro ajuda a criança em determinada fase vida, com as suas características individuais, sociais e familiares, a desenvolver-se de forma saudável e expectável para a idade, respeitando sempre o seu ritmo (Ordem dos Enfermeiros, 2010). O desenvolvimento na primeira infância destaca-se como alicerce para que a criança obtenha competências relacionadas com a aprendizagem, socialização e controlo de emoções. Os fatores a avaliar e consequentemente trabalhar passam pela saúde, nutrição, segurança, proteção e cuidado responsável pela família de forma a influenciar positivamente o desenvolvimento infantil e cabe ao EESIP intervir a qualidade desta influência (Veríssimo et al., 2021).

Apesar desta preocupação surgir em diversos contextos clínicos, ela emerge como grande foco dos cuidados na área da Comunidade. É da competência do EESIP, avaliar o desenvolvimento da criança, o seu crescimento, bem como o seu estado geral de saúde através de Consultas de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Em suma, a criança é um ser em constante desenvolvimento tanto motor, como cognitivo, emocional e social e é através da sua periódica e atenta avaliação que se torna possível detetar precocemente perturbações e evitar implicações na qualidade de vida, no sucesso educacional e na

integração social da criança. E estes são os grandes objetivos relativos à Saúde Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários (CSP) (Direção Geral da Saúde, 2012). De forma a atingir estes grandes objetivos é de extrema importância a inclusão dos familiares no desenvolvimento do seu dever de responsabilidade, elucidando-os desde as intervenções de menor às de maior complexidade no sentido de alcançar os objetivos acima descritos. Observar e responder aos movimentos, gestos, sons e verbalizações da criança e responder com sorrisos, abraços, contacto visual e comunicação verbal é fundamental para a proteção da criança relativa a efeitos negativos das adversidades, para o reconhecimento de situações de doença, para criar oportunidades de aprendizagem e construção de laços de confiança bem como fortalecer as bases das relações sociais (Veríssimo et al., 2021).

Através da realização dos estágios na área da Comunidade, tanto na Unidade de Saúde Familiar (USF) como na Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), foi possível perceber a importância desta temática, observar e integrar na vigilância do desenvolvimento e crescimento infantil. Este tema transcende ainda a preocupação dos enfermeiros e torna-se também do Serviço Nacional de Saúde (SNS) ao surgir como objetivo de produtividade sujeito a avaliação da própria unidade. Nas consultas de Saúde Infantil realizadas na USF, o contacto primário com a criança e a sua família e consequente relação criada era essencial para o sucesso da consulta. A adaptação da comunicação à faixa etária, a interação com a criança e a criação de sentimento de confiança e empatia tornava-se a peça fundamental para uma avaliação física e desenvolvimental correta e sem situações geradoras de ansiedade e stress. Desta forma, a avaliação do desenvolvimento da criança deve iniciar após a entrada na sala, enquanto brinca, emite sons, manipula objetos e interage com os familiares, pois não sendo alvo principal da atenção sentir-se-á muito mais à vontade e agirá naturalmente que é a forma mais eficaz de realizar esta avaliação (Direção Geral de Saúde, 2012). Será nesta altura o melhor momento para o EESIP observar movimentos, linguagem, comportamentos, interações e estímulo materno mesmo avaliando algumas destas questões mais pormenorizadamente no exame físico (Gaíva et al., 2017).

Na USF em questão, a sala dirigida para estas consultas estava verdadeiramente preparada para a saúde infantil, tendo cadeiras adaptadas a diferentes idades, brinquedos e ilustrações para garantir que a criança se sentia adaptada ao meio e interagia com ele,

sentindo-se confiante. Através de avaliação subtil ou direta, variando de criança para criança, a escala de avaliação de desenvolvimento usada como orientadora e como ferramenta de registos informáticos é a Escala de Desenvolvimento de Mary Sheridan. A utilização desta escala passa, não só por ser usada como uma referência da suposta normalidade para cada faixa etária, mas como guia orientador para realizar ensinamentos aos pais para promover a participação destes no desenvolvimento dos seus filhos e para atender a diferentes sinais de alarme de acordo com a idade (Correio, 2020). Utilizando outro exemplo, não menos importante, na UCC eram preparadas sessões de saúde escolar, fornecendo assim ferramentas essenciais às crianças e jovens para promoverem a sua saúde e conseqüente desenvolvimento infantil.

Perceber a importância da vigilância do desenvolvimento infantil, é dar a entender aos pais e às crianças que não estão sozinhos, que não sabem e estão dispostos a adquirir conhecimentos é o percurso correto da parentalidade, que todas as crianças têm ritmos de desenvolvimento diferentes e que o EESIP estará a par neste desafio para prevenir complicações, esclarecer dúvidas, realizar ensinamentos, gerar capacitação e promover a saúde infantil (Oliveira & Cadete, 2021).

Uma das fases de vida mais desafiadora e muitas vezes assustadora para os pais é após o nascimento, podendo agravar quando existe necessidade de internamento imediato por prematuridade ou doença. O estágio no serviço de Neonatologia demonstrou ser também muito enriquecedor na aquisição de competências pelas suas especificidades e pelo elevadíssimo impacto em seres tão pequenos e respetivas famílias. Um dos desafios e responsabilidades do EESIP é promover a vinculação através de implementação de estratégias promotoras, fazendo com que a separação causada pelo internamento não provoque uma interrupção no processo vincutivo e atinja conseqüências nas relações futuras (Sousa & Curado, 2020). A vinculação inicia-se no período pré-natal, nas várias fases da gravidez, com a idealização do nascimento do futuro bebé e na criação de afetividade gerada entre o casal. No entanto, é apenas após o nascimento, ao ver, tocar e sentir o bebé como ser individual pertencente àquela família que se estabelece o vínculo na tríade mãe-pai-recém-nascido e o afastamento inesperado ao nascimento potencia uma panóplia de sentimentos aos pais que se pode tornar devastadora (Veludo et al., 2022). Desta forma, neste serviço de internamento, eram adotadas estratégias com a finalidade de promover a vinculação e apoiar os pais da melhor forma. A interação dos pais com o

recém-nascido (RN) era promovida, sempre que possível, com a maior brevidade para o restabelecimento do processo vincutivo através do toque, massagem, contacto pele com pele, promoção da amamentação e realização dos cuidados ao RN em parceria com os pais, tornando-os capazes e englobando-os posteriormente no processo de tomada de decisão para que rapidamente se possam tornar os principais cuidadores do RN (Veludo et al., 2022). No entanto, para que toda a implementação destas estratégias seja possível, a relação do EESIP com os pais tem de ter como base uma comunicação eficaz, fazendo com que os pais se sintam apoiados, seguros e confiantes para assim prestarem cuidados aos seus filhos de forma a favorecer também o processo vincutivo. Em suma, cabe ao EESIP implementar corretamente uma parceria de cuidados baseada nos cuidados centrados na família de forma a aumentar o bem-estar, segurança e promoção da vinculação pais-recém-nascido e, conseqüentemente reduzir o tempo de permanência dos recém-nascidos nestas unidades (Silva & Apóstolo, 2021).

Abordando também uma outra fase marcante e de grande impacto na vida de uma criança e família, falamos da adolescência. A adolescência é uma etapa da vida compreendida entre a infância e a idade adulta, entre os 10 e os 19 anos, onde ocorre um complexo desenvolvimento a nível biopsicossocial. É nesta fase que todos os conhecimentos, comportamentos e rotinas poderão ser cruciais para influenciar futuramente no estilo de vida adulta (Santos & Aguiar, 2020). Desta forma, a presença de um adolescente nos cuidados de saúde devem ser, para o EESIP, um momento potenciador de aprendizagens, promovendo a assistência em saúde, integrando condutas e comportamentos promotores do bem-estar aos adolescentes e famílias (Reis et al., 2019). Na maioria dos contextos de estágio, existiu contacto com adolescentes e respetivas famílias e, pelo simples facto de se encontrarem nesta transição tão importante, a adolescência, acarreta de imediato ao EESIP mais responsabilidade para responder de forma positiva e implementar estratégias facilitadoras neste processo. O conceito de transição é a base do referencial teórico de Afaf Meleis que tem evoluído ao longo dos anos e que se fundamentou na forma como o ser humano enfrenta e lida com as mudanças e/ou alterações da condição de vida. Sendo assim, transição refere-se a uma alteração ou passagem de um estado ou condição para outro. Desta forma, a intervenção do EESIP deverá fluir no sentido de auxiliar no enfrentamento das dificuldades inerentes a esta mudança (Carvalho et al., 2019). No caso específico da adolescência, associada à

transição inerente à idade, em contexto agudo, estes jovens também poderiam experimentar simultaneamente a transição de saúde-doença, tomando o EESIP mais responsabilidades. A nível de internamentos, o contacto com os adolescentes demonstra ser sensível e exige adaptação contínua ao jovem, à família, à situação clínica e respetivos efeitos e a todo o contexto social e familiar envolvente. Tanto a nível do internamento cirúrgico como em Hemato-Oncologia, a alteração corporal, independentemente da causa, tem um impacto avassalador e a comunicação adequada torna-se a peça chave para o enfermeiro especialista conseguir apenas iniciar uma longa jornada. A transição da adolescência por si só já acarreta alterações corporais que despoletam diferentes reações nos jovens. A alteração corporal causada por acidente ou doença em associação com a etapa de vida exige ao EESIP a adaptação e desenvolvimento de terapêuticas que auxiliem o adolescente a atingir uma nova estabilidade e bem-estar (Ribeiro et al., 2018). As intervenções desempenhadas são totalmente adaptadas de situação para situação. Alguns jovens, através de diálogo, esclarecimento de dúvidas, demonstração de estratégias adaptativas e fornecimento de informação conseguem mostrar gestão emocional rápida e a questão é facilmente ultrapassada com suporte tanto dos enfermeiros, como de toda a equipa multidisciplinar e família. Por exemplo, na prática surgiu a oportunidade de prestar cuidados a adolescentes politraumatizados com défices motores resultantes de acidentes e consequentes alterações da imagem corporal. O acesso e a partilha de informação, a explicação do processo de cicatrização das feridas e consolidação óssea, a demonstração de estratégias alternativas para o alcance da autonomia foram ferramentas usadas nestes casos quando presenciados nos contextos clínicos. Neste percurso existiram jovens com os quais a comunicação se tornou muito difícil ou praticamente inexistente e, nesses momentos a parceria com os pais e o apoio aos mesmos na idealização de estratégias para atenuar o sofrimento e adaptação dos filhos foi crucial. Em conclusão para gerir os cuidados de enfermagem com os adolescentes é essencial ter em conta diversas vertentes para aplicar as estratégias mais adequadas às diferentes situações: inserir os pais e família nos cuidados, promover o vínculo e dando segurança, manter e investir numa comunicação eficaz, realizar educação para a saúde ativamente; procurar suporte em toda a equipa multidisciplinar; manter uma escuta qualificada de forma a promover uma relação terapêutica e assegurar a transmissão de tranquilidade na sua postura profissional (Ferreira et al., 2019).

Atualmente, com a idealização do corpo perfeito e o alcance das redes sociais, os adolescentes demonstram sofrer muito mais com todas as alterações nestas faixas etárias. Na prática foi possível verificar a preocupação agravada de possíveis marcas pós cirúrgicas, cicatrizes oriundas de queimaduras, feridas ou traumas, o impacto da queda de cabelo nas patologias oncológicas, entre muitas outras. Os jovens são os primeiros a verbalizar as suas preocupações perante a opinião de terceiros sobrepondo aos seus próprios sentimentos perante a alteração ou medo dela. Tendo em conta a pressão dos pares, a vulnerabilidade nesta idade e o défice de capacidade de autorregulação, os adolescentes são um público-alvo das Mídias com forte impacto negativo. Poderá passar pelo EESIP, o reforço da imagem corporal positiva, a educação da utilização da internet para fins positivos, promotores de saúde gerais ou específicos para a condição atual (Guinta & John, 2018). O que se mostrou importante implementar na prática foi a demonstração de que não está sozinho, dar o espaço desejado para expressar emoções, perceber o jovem, intervir se houver recetividade ou aguardar que haja e trabalhar sempre em parceria com a família. Esta parceria de cuidados com os pais dos adolescentes nem sempre é linear, por vezes passa por pedir a sua ausência para interações com o jovem, tê-lo como meio de transmissão de informação ou em conjunto, intervir com o jovem, tudo com base na negociação e aceitação de todas as partes. A nível da saúde comunitária, o EESIP tem também responsabilidade com os adolescentes na promoção de comportamentos saudáveis, tanto na melhoria da sua saúde como prevenção de doença, acidentes ou complicações. Um jovem bem informado poderá ajudar a tornar-se num jovem com hábitos de vida saudáveis. No entanto, a informação por si só poderá não ser suficiente, deve sempre ter tida em atenção a motivação, a autoconfiança, a perceção de eficácia e qualidade de vida, o suporte e a ajuda disponível (Abreu et al., 2020). Nesta fase, também os familiares precisam de apoio no início da atribuição de responsabilidade e liberdade aos seus filhos para o decurso positivo no desenvolvimento. Para tal, surge a extrema importância da entrevista ao adolescente na consulta de saúde infantil nos cuidados de saúde primários. Nesta consulta, tendo em atenção que o jovem apresenta influências dos pais, pares, professores e sociedade é importante abordar todas estas particularidades, bem como comportamentos de risco e promoção da saúde com a finalidade de se preparem adolescentes autónomos, capazes de tomar decisões fundamentadas, assumir as responsabilidades dos seus atos, desenvolver afetos e relações

e integrar-se de forma ativa na sociedade para promover o seu desenvolvimento (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Júnior et al., 2019). De realçar, que na experiência prática muitos adolescentes não apresentam esta abertura nas consultas, tornando-se difícil perceber o ponto de situação ou detetar sinais de alarme. Muitas vezes, foi optado por realizar esta consulta sem a presença dos pais para conseguir a abertura do jovem sobre as temáticas que pretendia obter esclarecimentos. As questões relativas à sexualidade, ao ciclo menstrual, às alterações corporais, aos hábitos alimentares e exercício físico são as mais portadoras de dúvidas e tendo em conta que a maioria das temáticas gera timidez e vergonha quando abordadas na presença dos pais, demonstra-se vantajosa realizar parte das consultas apenas com o jovem (Abreu et al., 2020).

Considerando esta faixa etária de extrema importância para o futuro pessoal e social, torna-se importante o impacto do EESIP para toda a população no acompanhamento das crianças e jovens ao longo do seu desenvolvimento. Foi possível verificar que criar laços e relações duradouras poderá mostrar-se benéfico para a abertura e sentimento de confiança por parte dos jovens para o diálogo sem filtro, permitindo por um lado a deteção de sinais de alarme atempadamente ou facilitando a negociação de um plano de cuidados de saúde e bem-estar com o próprio e respetiva família (Gotardo & Schmidt, 2022).

Para que sejam prestados cuidados de saúde específicos em resposta a todos os ciclos de vida e desenvolvimento é necessária uma adequação constante da comunicação perante diversos fatores desde a sua fase de desenvolvimento, a cultura, o contexto em que é realizado o contato, o estado clínico, entre muitos outros (Lins, 2019). Em todos os ensinamentos clínicos realizados, esta competência foi desenvolvida e aprimorada, uma vez que as crianças inevitavelmente pela sua imprevisibilidade e inocência exigem uma adaptação constante. No contato com as crianças, todas as palavras e atitudes vão originar uma interpretação e expressar uma comunicação pelo que se denota que tanto a comunicação verbal como a não verbal as influenciam e permitem que seja estabelecida uma comunicação efetiva (Tocantinis et al., 2013). A interação comunicacional inicial da criança com o EESIP ditará o seu comportamento durante toda a assistência, independentemente do contexto em que esteja inserido. É, muitas vezes, através da leitura da comunicação não verbal, ou comportamental da criança que o EESIP define a abordagem comunicacional a tomar. Isto é, o medo e a insegurança denotados em muitas

crianças num serviço de urgência exigirão uma adaptação comunicacional completamente diferente de uma criança presente numa consulta de saúde infantil na sua USF. No entanto, todas as crianças são diferentes e não será apenas o contexto a ditar este ajuste, mas sim o conjunto de todos os fatores condicionantes. A comunicação eficaz é fundamental para o processo de cuidar, tanto na interação com as crianças como na relação com os familiares. Tendo em conta todos os contextos de estágio em combinação com a experiência profissional, pode considerar-se como um dos alicerces mais importantes na prática de Enfermagem. É através da comunicação que se vão desenvolver importantes sentimentos tais como segurança, compreensão, confiança, para que pais e filhos se envolvam nos cuidados e promovam as suas próprias capacidades em diferentes fases de desenvolvimento (Lins, 2019). A comunicação verbal demonstra ter elevada importância na interação com a criança e família até pelo facto de terem direito a saber e a serem esclarecidos relativamente a todos os procedimentos e técnicas a realizar. Mesmo quando falamos de crianças com alterações na fala, incapacidades cognitivas, este esclarecimento do procedimento para além de ser feito aos familiares deve também ser sempre realizado à criança (Tocantinis et al., 2013). A comunicação não verbal cria diferentes reações em diferentes crianças, pelo que muitas das vezes, a avaliação da reação e retorno da comunicação feita é essencial para perceber a melhor forma de alcance a cada criança. Na passagem pelo serviço de urgência, por exemplo, a adoção de comportamentos lúdicos e brincadeiras, obtinha melhores resultados pela distração dos elementos causadores de stress inerentes a este serviço. No caso das consultas realizadas nos cuidados de saúde primários, a comunicação verbal e o esclarecimento de todas as intervenções, bem como a adoção de brincadeiras e distrações eram as estratégias escolhidas e apresentavam resultados positivos. Por sua vez, em internamentos prolongados, nos serviços de internamento, o toque e o contato físico eram mais propícios a desenvolvimento de relações terapêuticas mais eficientes, sendo que os abraços se traduziam em conquistas de confiança como se vem a confirmar na evidência. Segundo Tocantinis et al. (2013), o toque e o contato físico são apontados pelos enfermeiros como ferramentas utilizadas e potenciadoras de transmissão de tranquilidade, afeto e segurança. A comunicação com o olhar também é referida como demonstração de atenção e preocupação, obtendo reações positivas por parte da criança. Os gestos, por sua vez, surgem como uma forma de comunicação útil para a demonstração de intervenções a

realizar quando a comunicação verbal não se mostra suficiente. A ferramenta que, por norma se demonstra como infalível e transversal a todos os contextos é o brincar para comunicar, visto que facilita a aproximação e o desenvolvimento de uma interação. Ao brincar, a confiança vai sendo construída, o envolvimento surge naturalmente e os familiares encaram esta comunicação como benéfica para a criança desenvolvendo uma base relacional positiva nesta tríade do cuidado. Para a concretização das brincadeiras, a utilização de brinquedos ou até de animais apresenta resultados positivos pois facilita a interação e proporciona diminuição de ansiedade, medos e sentimentos de solidão da criança, dando desta forma um ambiente saudável e permitindo o distanciamento da ideia negativa sobre os serviços de saúde (Lins, 2019). Para além do contexto onde a criança se encontra, a idade e a fase de desenvolvimento também influenciam a comunicação e a abordagem por parte do EESIP. Não se evidencia na aplicabilidade prática como linear a utilização destas ferramentas por faixa etária, até porque existem adolescentes tímidos em que o brincar se torna fundamental para interagir como existem crianças mais pequenas que exigem o esclarecimento verbal do que vai ser realizado. A comunicação deve ser assim, um processo adaptativo durante todo o processo de cuidar ou do contacto com a criança, procurando a melhor resposta por parte deste e respetiva família de forma a produzir benefícios em saúde e tornar estas interações o menos traumáticas possíveis (Santos et al., 2022). Por outro lado, a cultura destaca-se como um fator condicionante da comunicação e de toda a prestação de cuidados e cabe ao EESIP não descurar a atenção a determinados pormenores. Em todos os contextos da prática vivenciados neste percurso o contacto com diferentes culturas é recorrente. No entanto, pessoas com as mesmas culturas podem ter especificidades diversas, pelo que o estereótipo nunca deve ser usado como fundamento para o cuidado (Campelo et al., 2018). Exemplificando, no serviço de Pediatria Cirúrgica foram internadas com alguma frequência crianças de cultura cigana e denota-se uma tendência inata de estereotipar inicialmente, pelo que a melhor prática deverá sempre partir da desconstrução dessas ideias, não usando como particularidades na prestação de cuidados. Por outro lado, no serviço de urgência foi possível observar a recorrência de crianças e famílias e diversas culturas, algumas desconhecidas até então e o desafia partiu de investigar para perceber com vista a prestar cuidados apropriados e direcionados. Desta forma, a obtenção de informação relativa à cultura e o diálogo com os familiares sobre as práticas do cuidados e implicações com a cultura respetiva é

essencial para a estruturação de um plano de cuidados individualizado, ajustado e com uma base comunicacional adaptada. Assim, surge a Enfermagem Transcultural, uma vertente da Enfermagem que o EESIP deverá atender, pois este baseia-se num estudo comparativo e análise de diferentes culturas atendendo as práticas do cuidado em Enfermagem com as crenças e valores, com foco em proporcionar uma prestação de cuidados eficaz de acordo com o contexto de saúde ou doença e os valores culturais individuais. Após o conhecimento cultural das famílias torna-se possível adequar tanto a comunicação como a estruturação de todos os cuidados. Diferentes culturas lidam de diferentes formas com o toque, o olhar, a aproximação corporal, pelo que o diálogo e esclarecimentos sobre essas particularidades são fundamentais para uma comunicação eficaz, tanto verbal como não verbal, e conseqüente desenvolvimento de uma relação terapêutica com toda a família (Campelo et al., 2018). Esta evidência foi verificada na prática, pois quando os pais e crianças denotavam a preocupação e interesse em perceber a cultura para adaptar da melhor forma os cuidados, falavam abertamente sobre a mesma, dando as informações necessárias para adequar a prestação de cuidados de forma respeitosa e prazerosa para todos. Em suma, a comunicação emerge como ferramenta essencial para o EESIP na prestação de cuidados em todos os contextos da prática clínica. Para que exista uma prestação de cuidados específica e diferenciada, exige de imediato uma comunicação eficaz, adaptada e com resposta e reação positiva pelo recetor, seja ele a criança ou a família. A comunicação deverá assim permanecer como um processo de adaptação contínua, moldável e ajustável a todas as alterações por parte da criança e família, de forma a manter a construção de uma relação terapêutica baseada na confiança e segurança (Santos et al., 2022). Esta realidade é notória em todos os contextos clínicos experienciados, pois a comunicação eficaz espelha-se em crianças comunicativas, interativas, que nos encaram com um sorriso e que partilham as suas dúvidas e receios. Conseqüentemente, uma boa relação comunicacional com a família traduz-se em confiança, segurança e redução de stress e ansiedade, enaltecendo assim o papel do EESIP nos cuidados de saúde.

1.2. CUIDA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE

Durante o percurso de vida de uma criança podem ocorrer algumas situações de especial complexidade e este é cruzado com o percurso do EESIP em diversos contextos. No decorrer dos ensinamentos clínicos foi possível contactar com diversos casos, com diferentes graus de complexidade e inúmeras formas de contactar e desenvolver competências neste sentido.

Durante a realização do estágio no Serviço de Urgência foi possível lidar com mais frequência com situações complexas que englobam instabilidade das funções vitais e risco de vida. No caso das emergências, em que as alterações do estado de saúde acarretam risco iminente de vida, o tempo de atuação pode ser decisivo e a prontidão na prestação de cuidados pelo EESIP deve sobrepor a todos os fatores externos e agir tão rápido quanto possível em parceria com toda a equipa multidisciplinar (Moreira et al., 2022). Nas restantes áreas do serviço de urgência encontram-se crianças com alteração do estado de saúde, mas sem risco de vida iminente associado. No entanto, a vigilância das mesmas, a deteção precoce de agravamento ou complicações e atuação em conformidade com a situação clínica e as competências de Enfermagem, são determinantes para a saúde das crianças e funcionamento de um serviço de urgência. Desta forma, o EESIP apresenta competências diferenciadas para reagir e prestar cuidados em resposta ao inesperado, com uma visão crítica perante cada situação, tomando decisões fundamentadas para benefício das crianças, sem colocar em risco a própria equipa (Moreira et al., 2022). A par com o serviço de urgência, o serviço de neonatologia e os serviços de internamento onde foram realizados estágios, exigem a vigilância hemodinâmica de acordo com a situação clínica de cada criança, a deteção precoce de sinais de possível complicação ou deterioração e atuação rápida em situações de agudização. A passagem por este campo de estágio foi curta e a intervenção ativa nestas ocorrências não se verificou pela inexperiência na área. No entanto, foi possível observar que nestas situações, a par de gerir emoções, medo e receios, é exigido ao EESIP um domínio da atuação em caso de situação de urgência/emergência rápida e eficaz para minimizar os danos de saúde na criança. A gestão e providência dos recursos necessários, desde a chamada da equipa médica ou de emergência, a solicitação de material ou o carro

de emergência e a realização de determinadas intervenções com prontidão devem ser competências do EESIP em gestão e parceria com a sua equipa (Magri et al., 2022). Nos serviços onde existem situações com este grau de complexidade, com risco de vida, torna-se inevitável não se falar ou encarar a morte. A morte, por si só, é uma questão delicada. A morte em pediatria é uma questão ainda mais complicada, pois ainda é considerada pela população um fracasso médico e uma incoerência da natureza (Silveira et al., 2022). Durante este percurso de ensinamentos clínicos, o único serviço onde o fim de vida era abordado com regularidade e tratado na primeira pessoa, de forma clara e direta, foi no serviço de Hemato-Oncologia. Neste serviço, a relação criada entre pais e crianças e equipa de Enfermagem é francamente saliente devido à durabilidade da maioria dos tratamentos do cancro infantil. Quando se esgotam as possibilidades de cura, o impacto na família e na criança é devastador e é refletido em toda a equipa. No entanto, a capacidade de resposta desta mesma equipa perante o acontecimento é rápida e eficaz e com a finalidade de promover a melhor qualidade de vida e não datando um número para o dia da morte. O dar a conhecer aos pais e /ou criança e a implementação de cuidados paliativos prontamente é a prova que estão à cabeceira na vida e no percurso para a morte de forma leve e encarando a realidade da forma que tem de ser encarada. A tranquilidade e normalização que empregam à situação, facilita consequentemente na forma como a comunicam e debatem informações, pelo que o impacto negativo na família e na criança era francamente menor. Desta forma, a aplicabilidade dos cuidados paliativos passa por promover a qualidade de vida da criança e da sua família, prevenindo ou aliviando o sofrimento causado pela dor, fatores psicossociais ou espirituais, mantendo a dignidade da criança e fornecendo apoio à família no processo de luto. Retratando uma realidade diferente, surge o serviço de urgência pediátrica onde a recorrência de emergências é diária e a morte apesar de não ser uma constante é uma possibilidade. Apesar de não ter sido observado nenhum desfecho negativo a nível de sala de emergência, foi possível perceber através da partilha de colegas, que a morte neste serviço ainda acarreta um efeito muito negativo em toda a equipa pois é consideravelmente encarada como uma falha e contrariedade da natureza. A evidência confirma esta tendência nestes serviços, completando que estas ocorrências e o seu impacto negativo no psicológico de toda a equipa pode trazer repercussões a nível pessoal e de rendimento profissional após a situação (Fassarella et al., 2020) Assim, mostra-se fundamental que o EESIP se sinta

capaz de envolver no processo de morte e morrer e consiga envolver também a família neste percurso, oferecendo às crianças um fim de vida e uma morte digna com o mínimo de impacto negativos possíveis para si e todos os envolvidos (Azevedo et al., 2021).

Situações de complexidade em pediatria acompanham-se, em grande parte dos casos, com a dor. E a dor, como quinto sinal vital, esteve presente, foi avaliada e trabalhada em todos os estágios realizados. Podemos falar de dor no pós-operatório no serviço de Cirurgia Pediátrica, de dor causada pela manipulação do recém-nascido no serviço de Neonatologia, de dor oncológica no serviço de Hemato-Oncologia, de dor aguda que origina uma ida ao Serviço de Urgência até à dor associada a administração de vacinas na USF. Em todas estas manifestações de dor, o EESIP deverá saber avaliar e interpretar adequadamente para poder intervir em conformidade de forma a obter o seu alívio. No entanto, a expressão da dor por parte das crianças pode apresentar-se de diversas formas atendendo à idade e a fatores associados como medo e ansiedade, o que pode dificultar a sua correta avaliação. Prestar cuidados diferenciados, passa por reconhecer a individualidade da dor da criança e planear intervenções adequadas, de modo a ajudá-la a lidar com a dor, a expressá-la e a gerir o seu autocontrolo (Sedrez & Monteiro, 2019). Em primeira instância, a avaliação minuciosa e precisa da dor através de escaladas previamente formatadas representa uma forte evidencia para atuar posteriormente em conformidade. A pediatria é já neste ponto um desafio pois as crianças têm dificuldades em definir o local e a intensidade da dor e isso foi vivenciado em todos os contextos da prática, desde a especificidade da Neonatologia até ao contacto com diferentes idades nos internamentos. Desta forma, na neonatologia devem ser observadas as oscilações da frequência cardíaca, respiratória e outras alterações fisiológicas, bem como o parecer dos pais deve ser contemplado. Assim, nesta faixa etária as escolas de avaliação comportamental recomendadas são as seguintes: *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né (EDIN)*, *Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)*, *Premature Infant Pain Profile (PIPP)* e *Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale (N-PASS)*. Quanto a crianças com menos de quatro anos ou que ainda não verbalizam podemos aplicar a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC)*. Posteriormente entre os quatro e seis anos existe a *Faces Pain Scale – Revised (FPS-R)* e a escala de faces de *Wong-Baker*. Por fim após os seis anos, devida a sua melhor capacidade de expressar a dor podemos optar pela Escala Visual Analógica (EVA), pela Escala Numérica (EN),

Faces Pain Scale – Revised (FPS-R) ou até manter a Escala de faces de *Wong-Baker*. Em casos específicos de criança com dificuldades e défices cognitivos ou com multideficiência será aplicada a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R)* (Batalha & Sousa, 2018; Direção Geral de Saúde, 2010).

Após interpretação e reconhecimento da dor, pelas diferentes escalas de avaliação da dor, a otimização da resposta deve ser rápida e adequada e gerida entre as medidas farmacológicas e as não farmacológicas. A gestão da terapêutica analgésica conforme a intensidade da dor e a possível vantagem da combinação com medidas não farmacológicas para uma melhor resposta é uma competência desenvolvida ao longo de todos os estágios e que se demonstra fundamental para a prática de Enfermagem nesta especialidade. O medo, a ansiedade, as situações traumáticas relatadas pelos pais relativas a cuidados de Enfermagem, o pânico e agitação na presença da equipa de Enfermagem por parte das crianças, tem muitas vezes origem em situações geradoras de dor. Assim sendo, cabe ao EESIP atender às necessidades e situações de dor da criança com brevidade e resposta adequada para a minimização de experiências negativas. As medidas não farmacológicas, isoladas ou em associação com medidas farmacológicas, demonstram ser uma opção com ótimos resultados nestas faixas etárias, pois estas conseguem modificar o significado da dor através da modificação das cognições responsáveis pelas reações de medo, ansiedade e depressão (Sedrez & Monteiro, 2019). A adoção pelas diferentes medidas existentes varia de criança para criança, depende da sua sensibilidade à dor, do seu desenvolvimento cognitivo, das suas preferências e estratégias de *coping*. Posteriormente, tendo também em consideração o contexto da dor (procedimento invasivo, pós-operatório, quadro clínico sugestivo de dor) e as suas características implementam-se as medidas mais adequadas, sendo elas as comportamentais, cognitivas, cognitivo-comportamentais, físicas, suporte emocional e ambientais (Ordem dos Enfermeiros, 2013). Todas elas são utilizadas e apresentam bons resultados. Através da realização dos estágios nas diferentes vertentes clínicas foi possível observar que os tipos de dor e a faixa etária são influências notórias na seleção das medidas. No serviço de Hemato-Oncologia, por exemplo, com os adolescentes, as estratégias mais utilizadas passavam por adotar medidas ambientais, ajustadas ao pedido dos jovens, as comportamentais (promovendo momentos de relaxamento) e as cognitivas (informando previamente as intervenções a realizar, ou antecipando possíveis sensações

de dor associadas aos tratamentos). No Serviço de Urgência, Cirurgia Pediátrica e mesmo USF, com as crianças mais novas, as medidas implementadas com resultados mais favoráveis passam pelas cognitivo-comportamentais (através da imaginação guiadas ou distração com brinquedos/dispositivos eletrônicos) e suporte emocional, mantendo sempre a presença do cuidador ou pessoa significativa que acompanha, promovendo a segurança e o conforto. No serviço de Neonatologia, a dor é muitas vezes expressada física e hemodinamicamente. Através de medidas não farmacológicas físicas (através do toque e da contenção), medidas ambientais (com o ajuste de ruído e luminosidade) e suporte emocional (promovendo a presença do pai e mãe) são alcançadas o alívio da dor e o conforto destes pequenos bebês. Note-se que estes dados foram apenas observações num período de tempo e referem-se a uma generalidade. No entanto, todas as crianças têm a sua individualidade, e o processo de avaliação e aplicação de medidas em caso de dor, acarreta ao EESIP a responsabilidade de respeitar essa individualidade e gerir a dor em determinado momento, contexto e características pessoais em parceria com os pais/cuidadores. A reavaliação da dor, a validação do alívio da dor e a implementação de diferentes medidas em caso de insucesso fazem parte do processo de cuidar, dos direitos da criança Hospitalizada e das competências do EESIP (Silva & Apólo, 2021).

Cuidar da criança e família em situações de complexidade é, muitas vezes prestar cuidados à criança com doença rara, doença crónica ou com alterações das suas capacidades. A doença rara, como o próprio nome indica, é uma doença pouco vulgar e conhecida. Conhecer todas as doenças raras não é uma obrigatoriedade para o EESIP, o imperativo é que procure suporte científico e se sustente previamente à prestação de cuidados. Ouvir os pais é fundamental, pois quando o conhecimento da doença é prévio, estes são os melhores conhecedores e prestadores de cuidados destas crianças. O mesmo acontece quando as crianças com doença crónica recorrem a serviços de saúde em diferentes contextos assistenciais, desde Serviço de Urgência, Serviços de Internamento ou Cuidados de Saúde Primários. Em todos estes locais, quando a doença é prévia, a comunicação com a criança e família é o ponto de partida mais importante para o planeamento dos cuidados de Enfermagem. O contacto mais duradouro com estas crianças ocorre nos serviços de internamento e a gestão dos cuidados deve iniciar no momento da admissão com uma colheita de dados completa e detalhada das necessidades da criança. Conhecer e perceber de imediato a patologia pode ser importante para a

preparação da unidade com a finalidade de promover o conforto devido (Pedroso, 2017). A comunicação com a criança, sempre que possível, ou apenas com os pais, a sua detalhada e atenta observação, o conhecimento sobre a situação clínica e o levantamento das necessidades fazem parte do conhecimento holístico da criança e será o ponto de partida para a execução de um plano de cuidados adequado. Posteriormente, a negociação da prestação de cuidados, deve ser realizada com os familiares e/ou criança (Silva et al., 2015). Contudo, na observação geral destes estágios esta negociação é mais desafiante, sendo muitas vezes indutiva e os pais acabam por assumir a prestação de cuidados básicos (higiene, alimentação por via oral, segurança, entretenimento) e os cuidados de maior especificidade são realizados pelos enfermeiros. A prestação de cuidados de Enfermagem efetiva à criança com doença crónica exige maior investimento de tempo por parte do EESIP pela gestão de recursos materiais e humanos, supervisão dos cuidados realizados pelo familiar e atendimento das suas necessidades (Ramalho et al., 2022). Por esta razão, a sobrecarga de trabalho ou rácios desadequados fazem com que, por vezes, a prestação de cuidados não seja negociada e atendida da melhor forma. No entanto, é notório o investimento nesta vertente e tendo-se proporcionado a realização deste processo de negociação com o devido tempo despendido com a criança e família, é maioritariamente em simultâneo com a admissão. Por outro lado, o diagnóstico da doença crónica, oncológica ou deficiência e incapacidade é muitas vezes realizado ou confirmado nos serviços de internamento e demonstra ser um grande desafio para o EESIP. A componente emocional envolvida na comunicação destas notícias e a reação por parte da criança e da família exigem de toda a equipa multidisciplinar uma vertente de humanização e empatia bem desenvolvida. O ato de simplesmente verbalizar é desafiante e complexo pelas reações e impacto que irá desencadear. Nestas situações, as aplicações de intervenções promotoras da esperança vão auxiliar os pais no confronto com a doença do filho (Charepe et al., 2022). O EESIP deve mostrar-se disponível para ouvir e esclarecer dúvidas, demonstrar empatia e solidariedade, promover relações interpessoais (partilhar, sentir-se acarinhado) e desenvolver sentimentos de confiança de forma a criar uma relação terapêutica com os pais, em que o objetivo final é comum, o conforto e melhor qualidade de vida do seu filho (Neto & Alves, 2022). Desta forma, o EESIP tal como indicam as suas competências, deve realizar um plano de cuidados direcionado às necessidades da criança e família de forma a promover a adaptação à nova condição

durante todo o percurso de internamento. Neste sentido, a preparação da alta hospitalar torna-se um processo contínuo desde o início do internamento, com a implementação de ensinamentos para a saúde e envolvimento da criança e família na prestação de cuidados com a finalidade de promover o desenvolvimento de capacidades de todos os envolvidos (Moreira et al., 2022). Contudo, iniciar esta inclusão da criança e dos pais nos cuidados nem sempre é linear e acontece de igual forma. A negação ou culpabilização pessoal ou de outrem, os medos e receios, a tristeza e a sensação de impotência invadem muitas vezes estas famílias e todos apresentam timings diferentes no processo da consciencialização. O grau de complexidade ou incapacidade da doença, os cuidados que vão ser exigidos no domicílio, a alteração visível física e comportamental dos filhos e a esperança de vida são fatores que influenciam a resposta dos pais (Pimenta et al., 2020). Demonstrar preocupação, estar presente, ouvir e conversar, prestar cuidados sem cobrar ou exigir colaboração, dar o espaço e tempo que precisam faz parte da observação dos cuidados do EESIP neste contexto e facilitará posteriormente a aprendizagem necessária. A observação, a realização em parceria e o treino das intervenções levarão à autonomia e aquisição de capacidades e competências por parte das crianças e/ou cuidadores. De mais importa, que durante todo o processo o apoio emocional não seja descurado e que o tempo de cada um seja respeitado de forma que, no momento da alta clínica não existam inseguranças ou receios. Antes da alta efetiva para o domicílio e, atendendo às necessidades da criança, deve-se providenciar todo o suporte informativo auxiliar, o material para o domicílio e realizar a articulação com outros serviços necessários, como os Cuidados de Saúde Primários, projetando a prestação de cuidados para além do internamento (Moreira et al., 2022). Todavia, nas realidades observadas, a articulação direta com os Cuidados de Saúde Primários era praticamente inexistente. De forma a contornar esta escassa articulação, é redigida uma carta no momento da alta destinada ao Enfermeiro de família que contém todas as informações e necessidades da criança e família e é fornecida aos acompanhantes para procederem à entrega da mesma no Centro de saúde. Na realidade a falha é colmatada e a informação mais importante é transmitida, no entanto parece-nos que esta sobrecarga de tarefas, numa situação por si só delicada e exigente, poderia ser contornada com a articulação direta telefonicamente ou via eletrónica, mas esses contactos não são fornecidos nem existem protocolos nesse sentido nos internamentos. Este assunto foi motivo de diálogo e sugestão no estágio realizado no

Serviço de Cirurgia Pediátrica, após a preparação de alta de uma criança para o domicílio com alteração franca do seu estado de saúde, com necessidade de alimentação por sonda nasogástrica (SNG) e ventilação não invasiva de novo. Neste caso específico, esta família precisaria de imenso apoio no domicílio e o facto isolado de terem alta já era gerador de ansiedade, pelo que uma articulação direta poderia facilitar a situação. As crianças e famílias com doença rara, crónica, deficiência ou incapacidade, necessitam sem dúvida de uma planificação de cuidados ajustada e de uma conexão entre os serviços de saúde eficaz que facilite e promova o seu estado de saúde. Em suma, foi perceptível que o EESIP apresenta um papel fundamental na prestação de cuidados apropriados e na promoção da adaptação à doença crónica desde o meio hospitalar, aos cuidados de saúde primários até ao domicílio.

1.3. ASSITE A CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA, NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE

Falar de maximização da saúde é falar essencialmente em promovê-la adequadamente para alcançar o melhor bem-estar possível. Desta forma, o EESIP deverá encarar todos os contactos com a criança e família como oportunidades promotoras de saúde. Estas poderão servir para aconselhar diferentes hábitos, para dar a conhecer novos métodos ou para validar e reforçar as estratégias utilizadas até então. Em todos os contextos clínicos foi possível verificar esta preocupação, em diferentes escalas e vertentes, mas em nenhum local isto foi descurado. A promoção de saúde, na vertente de pediatria, refere-se a um processo de capacitação dos familiares e crianças para intervirem na melhoria da sua saúde, tendo o maior controlo possível do mesmo através do aumento da sua participação (Ramos, 2021). Neste sentido, foi possível observar que nos diferentes contextos de estágio eram promovidas intervenções promotoras da saúde ou aproveitadas oportunidades para introduzir o tema abordando em específico alguma vertente a trabalhar. A nível dos internamentos, temas como alimentação, higiene, hábitos de lazer e segurança eram várias vezes assuntos abordados entre o EESIP e os pais e/ou criança. Na passagem pelo Serviço de Urgência foi possível verificar de forma acentuada, os ensinamentos relativos à prevenção de acidentes, alimentação e cuidados de saúde a ter em casa

que podem ajudar na redução das idas desnecessárias à urgência que se tornam prejudiciais às crianças e famílias. No entanto, o contacto e o tempo para debater estas questões não são abundantes nestes contextos e a razão da sua admissão no serviço de urgência é muitas vezes outra, direcionando a atenção e o foco para outras questões. Desta forma, emerge o impacto do EESIP na promoção de saúde nos Cuidados de Saúde Primários. Assim, pondo de lado a vertente patológica, conseguirá avaliar a criança como ser social em desenvolvimento tendo em conta todo o seu contexto social, cultural, psicológico e económico (Loiola et al., 2019). Neste contexto a promoção de saúde passa assim, pela prevenção da doença ou situações de risco e orientação para um estilo de vida saudável. Esta intervenção pode ser realizada como processo contínuo nas consultas de saúde infantil realizadas pelos EESIP, pois torna-se possível manter o contacto permanente, conhecendo as famílias e as crianças, criar relações de confiança e empatia e atingindo resultados mais significativos. Após o nascimento, o EESIP apresenta de imediato uma grande responsabilidade no apoio aos pais e vigilância da criança. A informação sobre imunização, higiene e padrão de sono, o apoio na amamentação, o ensino na prevenção de acidentes, a observação, avaliação e debate sobre as fases de desenvolvimento e a identificação de sinais de alarme indicadores de maus-tratos infantil são algumas das intervenções desempenhadas pelo EESIP que podem basilar a promoção de saúde nesta faixa etária (Loiola et al., 2019). Com o desenvolvimento da criança, temas como alimentação, higiene, rendimento escolar, hábitos de lazer, interação social e familiar e comportamentos de risco ou sexualidade passam a ser o foco para a promoção de comportamentos saudáveis. De salientar a importância de incorporar os pais ou cuidadores neste processo de educação para saúde, para que estes se apercebam também das melhores diretrizes a seguir e apoiem a concretização dos ensinamentos realizados. Por outro lado, com o avançar da idade é de extrema relevância demonstrar às crianças e ao jovem a responsabilidade que desempenham perante a sua saúde e promover a motivação para adotar um estilo de vida saudável (Loiola et al., 2019). Foi possível observar e fazer parte de diversas consultas de saúde infantil na USF, constatando a importância dada à promoção de saúde, bem como os marcadores e metas existentes para cada enfermeiro atingir nestas faixas etárias. A monitorização do índice de massa corporal, a realização de rastreio visual, a verificação da audição, a observação da interação social e o desenvolvimento da fala, a vigilância relativa aos comportamentos de risco, a observação

da higiene oral, a informação sobre exercício físico praticado e rendimento escolar eram questões avaliadas (Alves, 2020). Quando anormalidades eram verificadas, estas crianças/jovens eram encaminhadas para outros profissionais de saúde. Em suma, os cuidados antecipatórios possuem uma elevada importância para a promoção de saúde e prevenção da doença, facultando aos pais e crianças os conhecimentos e estratégias fundamentais para adoção de comportamentos adequados a um estilo de vida saudável capaz de encarar os novos desafios da saúde (Direção Geral de Saúde, 2013; Alves, 2020). No entanto, apesar de todo o trabalho realizado nas unidades de cuidados de saúde primárias, os Enfermeiros reconhecem a necessidade de investir na educação para a saúde da Comunidade e aumentar a valorização dos profissionais para alcançar melhores ganhos em saúde (Loiola et al., 2019). Como estratégia de educação para a saúde, existe o Programa Nacional de Saúde Escolar. Este tem como objetivos a promoção de estilos de vida saudáveis e o aumento do nível de literacia sobre saúde na comunidade educativa, alcançar um melhor ambiente escolar através da minimização de riscos para a saúde, diminuir o impacto dos problemas de saúde no rendimento escolar dos alunos através da promoção da saúde e prevenção da doença da comunidade educativa, fomentar parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação a fim de promover a educação para a saúde em meio escolar (Nóbrega et al., 2018). Desta forma, sendo a escola um local onde ocorre desenvolvimento de competências, as crianças tornam-se mais resilientes, capazes de reconhecer as suas emoções e a melhor maneira para lidar com elas, conseguindo assim gerir a sua tomada de decisão sendo o assunto a saúde ou qualquer questão da sua vida (Nóbrega et al., 2018). As áreas de intervenção na saúde escolar são a saúde mental e competências socio emocionais, a educação para os afetos e sexualidade, a alimentação saudável, a atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural e prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância (Direção Geral de Saúde, 2015). O EESIP deve focar a sua atenção nestas áreas, procurando realizar ações formativas, interativas e cativantes adaptadas as diferentes faixas etárias e escolas em que atua. Anualmente, os agrupamentos escolares reúnem também com o EESIP responsável pelos diferentes agrupamentos, a fim de perceber as áreas que exigem uma maior incidência de trabalho ou sugerir uma área de intervenção não existente que careça de formação por parte de enfermagem. Quanto mais

rapidamente os hábitos saudáveis para a saúde forem um assunto quotidiano, inserido o mais precocemente possível, mais cedo se obterão ganhos em saúde a curto e longo prazo, pois os adultos do futuro são as crianças de hoje. Apesar dos ensinamentos para a saúde na comunidade estarem a evoluir e os cuidados de saúde primários apresentarem ganhos pelo acompanhamento das crianças pelo EESIP nas consultas de saúde infantil, a saúde mental das crianças parece ainda um pouco descuidada, pouco falada e trabalhada e com pouco suporte, o que reflete na elevada recorrência ao serviço de urgência por questões deste foro. A promoção da saúde mental das crianças e jovens é muito influenciada pela comunidade, pelo que o EESIP deve implementar intervenções que fortaleçam o elo e a participação destes na comunidade. Tendo em conta as particularidades culturais da comunidade, devem ser implementadas estratégias de promoção de saúde mental das crianças, começando por avaliar e reportar as desigualdades a outros setores de saúde responsáveis. Posteriormente, a visita domiciliária e a realização de ensinamentos à família e criança podem ser intervenções pertinentes, assim como a vigilância e o apoio periódico. Em suma, é também uma responsabilidade do EESIP detetar estes problemas, tentar interromper um desenvolvimento negativo, promover comportamentos de vida saudáveis, melhorar a inclusão social e participação ativa na comunidade (Cunha et al., 2019). Nos últimos anos, tem-se verificado um maior impacto na saúde mental das crianças e jovens, tanto pela influência das redes sociais como por danos causados pelo isolamento social pela Covid-19 (Santos, 2021). É importante alertar os pais, pares e famílias neste sentido, informar a comunidade de como detetar sinais de alarme dos outros e de si próprio para pedirem ajuda atempadamente. Nos serviços de estágios onde houve oportunidade de prestar cuidados a adolescentes foi possível observar o aumento da dependência dos dispositivos eletrónicos para aceder às redes sociais, bem como a diminuição de necessidade de interação social. Por exemplo, em algumas unidades hospitalares existem salas de convívio e após apresentadas e incentivada a sua frequência, muitos jovens optavam por ficar nos quartos com os telemóveis ou computadores. A intervenção nesse sentido baseava-se na elucidação do benefício desta sala em prol da constante atenção nos dispositivos. No entanto, em grande parte das situações, apesar da compreensão e demonstração de entendimento, a permanência dos mesmos na sala lúdica era curta. Assim, torna-se essencial a atitude e preocupação do EESIP ao detetar precocemente estas situações ou a formar os pais e cuidadores a fazerem-no. A saúde mental das crianças é

tão importante como a saúde física e pode ser bastante mais silenciosa e fatal, pelo que a informação e consciencialização podem ser o primeiro passo para um maior apoio e posterior reflexo de melhoria (Cunha et al., 2019).

Assistir a criança e família na maximização da saúde, como as próprias palavras indicam, exige ao EESIP a prestação de cuidados especializada com suporte evidenciado, adaptada e adequada, respeitosa e com o objetivo de atingir o melhor estado de saúde possível. Desta forma, como prestar cuidados em pediatria abrange não só a criança como a família, emergem conceitos importantíssimos como os Cuidados Centrados na Família e a Parceria de Cuidados. Independentemente do contexto clínico, cuidar de crianças envolve habitualmente no mínimo um cuidador. Isto é, no serviço de urgência, as crianças são acompanhadas apenas por um familiar, enquanto nos serviços de internamento ou cuidados de saúde primários, a rotatividade de membros da família permite à equipa de enfermagem um conhecimento alargado do agregado. Assim após constatação na prática, em todos os contextos, de que a família deve ser sempre reconhecida como uma constante na vida da criança e o EESIP deve prestar apoio, respeito, encorajamento e deve que se enfatizar as potencialidades da família através do desenvolvimento de uma parceria de cuidados com os familiares (Hockenberry & Wilson, 2014). O modelo da parceria de cuidados de autoria de Anne Casey em 1988, desenvolvido através de um modelo de cuidados centrados na família, torna-se uma constante referência quando temos como alvo de cuidados as crianças e elege precisamente a família como grande contributo nesta prestação (Loureiro et al., 2020). Este modelo, engloba cinco conceitos fundamentais, que inconscientemente ou conscientemente regem a prática do EESIP e foram observáveis em todos os contextos clínicos, sendo eles: criança, saúde, ambiente, família e enfermeiro pediátrico. O conceito de criança como ser vulnerável e dependente de outras pessoas para satisfação das suas necessidades, criança que se desenvolve com o apoio dos familiares e cuidadores e se torna gradualmente menos dependente de terceiros para suprimir as suas necessidades para o bem-estar. Saúde surge como estado de bem-estar físico e mental que deveria estar sempre presente na criança para que atinja o seu máximo potencial. O ambiente surge como conceito de influências externas para a criança, por esta razão a criança deve estar rodeada de amor e de cuidados para que sinta segura e confiante ao longo do seu crescimento. O conceito família retrata uma unidade de indivíduos de maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exercem

sobre ela uma maior influencia. Em suma, os cuidados centrados na família, prestados em parceria devem ser a filosofia de enfermagem pediátrica (Lopes, 2012). O EESIP é definido como responsável pelos cuidados à criança e à sua família, desde a realização de técnicas de enfermagem, ensinamentos, orientações e partilha de conhecimentos. Desta forma, e após verificação na evidência científica, torna-se ainda mais clara que a prestação de cuidados em pediatria é indissociável do modelo de Parceria de Cuidados pois estes conceitos estão sempre presentes desde o momento da admissão na avaliação da criança e família, como no planeamento dos cuidados, na implementação e finalmente avaliação e interpretação dos resultados (Lopes, 2012).

Com a aplicabilidade deste modelo o EESIP poderá também influenciar a parentalidade de forma positiva, propondo uma negociação e futuro envolvimento da família na prestação de cuidados, respeitando sempre os desejos, crenças e vontades da criança e da família (Hockenberry & Wilson, 2014). Mesmo tendo em conta as diferentes particularidades e focos de atenção distintos em cada contexto de estágio, a utilização deste modelo era utilizado de forma transversal e foi possível observar e perceber o seu impacto positivo. No contexto de Neonatologia, inicialmente é apenas o EESIP a prestar cuidados ao recém-nascido devido à sua instabilidade e fragilidade, mas assim que possível, é promovida a integração dos pais nos cuidados, sempre que se mostrem disponíveis para tal e são envolvidos gradualmente na prestação de cuidados (Silva & Apóstolo, 2021). Inicialmente foram promovidas ações como o toque e a conversa, posteriormente os pais vão observando os cuidados prestados enquanto lhes são explicados todos os procedimentos e, por fim vão colaborando com a equipa até se encontrarem capacitados para prestar cuidados autonomamente. Esta parceria demonstrou ser efetivamente uma preocupação da equipa, pelo que eram negociados horários com os pais, para diariamente eles poderem colaborar nos cuidados de higiene, que era o momento de maior manipulação dos recém-nascidos. A promoção e incentivo para a presença desta era constante, para que de rotina se transformasse na prestação de cuidados diária aos seus filhos como algo natural e com menor carga negativa. O diálogo com as mães sobre a extração de leite ou mesmo sobre a amamentação, quando possível, eram estratégias utilizadas pela equipa de forma a implementar a parceria de cuidados, promover a parentalidade e reduzir o impacto no vínculo entre pais e bebés. Mesmo em casos delicados clinicamente, os pais foram incluídos em pequenas intervenções como a

avaliação de temperatura corporal e a contenção manual física para conforto, mostrava-se fundamental para motivar e diminuir os receios dos pais (Silva & Apóstolo, 2021). Este trabalho torna-se um processo gradual e cauteloso, no qual o EESIP avaliava o envolvimento e as necessidades dos pais de modo a investir nas competências a adquirir e realizando um plano de cuidados adequado, assegurando as necessidades do recém-nascido e inserindo, de forma negociada e segura, a família. Esta parceria, para além de ser uma competência do EESIP efetiva demonstra ser, na realidade, uma intervenção benéfica para os recém-nascidos e familiares, reduzindo a ansiedade e stress dos pais nesta fase tão desafiante e apresentando ganhos para a saúde dos bebés e possível diminuição de permanência nestas unidades (Silva & Apóstolo, 2021). Em contexto de cuidados de saúde primários, a parceria de cuidados torna-se também bastante evidente. A capacitação dos pais relativamente a diversos assuntos, tendo em conta a fase de desenvolvimento da criança e a avaliação de forma contínua da aplicabilidade das ferramentas facultadas pode ser uma forma de parceria de cuidados adaptada a esta realidade. Exemplificando, quer no estágio na USF como na UCC, os ensinamentos realizados para a promoção da saúde e o esclarecimento de dúvidas dos pais são uma constante pelo que esta partilha e consolidação de conhecimentos em conjunto parece-nos uma evidente parceria de cuidados. Desta forma, podemos considerar uma parceria mais teórica e menos prática e palpável, o que, no entanto, não invalida a sua presença clara. Por outro lado, um exemplo mais concreto pode ser a parceria entre pais e o EESIP no controlo da dor relacionado com a vacinação. Na maioria dos casos, os pais aceitam e mostram vontade em colaborar ativamente de forma a minimizar a dor nas suas crianças. Para um controlo da dor tão eficaz quanto possível, deve ser avaliada a idade e fase de desenvolvimento da criança e com a colaboração dos pais perceber qual será a melhor estratégia a adotar. Desde medidas não farmacológicas como a distração guiada, o relaxamento e o fornecimento de informação detalhada antes do procedimento demonstram reações favoráveis (Sedrez & Monteiro, 2019). Nos recém-nascidos que ainda são amamentados, é incentivada a amamentação no momento da administração da vacina, se as mães assim concordarem e estiverem dispostas a colaborar. Assim, o ato de amamentar deve ser estimulado pelo EESIP visto que a amamentação promove o desenvolvimento do recém-nascido, bem como o sentimento de segurança em situações geradoras de stress ou dor. Este momento da amamentação junta o cheiro materno, à

sucção e ao conforto do colo em contato com a mãe, reduzindo assim a resposta do bebê a procedimentos dolorosos (Moura et al., 2021). Desta forma, a parceria de cuidados torna-se evidente e benéfica para todos os envolvidos. No serviço de urgência, a parceria de cuidados nem sempre se demonstra tão evidente devido às situações urgentes que existem neste contexto. Na área de triagem, muitas vezes devido ao receio, insegurança e ansiedade face à situação clínica da criança, os pais reservam o papel de cuidador para a equipa de saúde pela sensação de impotência e desconhecimento. No entanto, a parceria começa efetivamente neste local e cabe ao EESIP potencializar as capacidades dos familiares e realizar as avaliações necessárias tendo em conta a história e conhecimentos destes. Desde cedo, podem assim perceber a sua importância neste contexto e manter o seu papel de cuidadores principais após lhes ser transmitido sentimento de segurança e de capacidade (Pereira & Galvão, 2022). Posteriormente, após a avaliação médica e instituição de plano de tratamento, os pais são incentivados a colaborar nos cuidados, sempre que se mostram disponíveis, e após a negociação dos mesmos é possível vê-los a colaborar na realização de nebulizações, administração de terapêutica oral, distração e acompanhamento na realização de procedimentos dolorosos, entre muitos outros. Neste contexto, as crianças encontram-se muitas vezes impacientes, com receio por experiências anteriores e torna-se essencial ter os pais como parceiros dos cuidados, quer seja para a transmissão de informação pessoal determinante, o que ocorre em crianças com doença crónica, quer por serem os verdadeiros peritos, os que melhor conhecem a criança e com melhor capacidade de os confortar e acalmar (Pereira & Galvão, 2022). Em suma, no serviço de urgência, foi possível verificar a importância de ouvir a informação fornecida pelos os cuidadores sobre as crianças, bem como implementar as estratégias sugeridas pelos mesmos. Alguns verbalizam logo de início o impacto negativo da nossa presença sobre as crianças e torna desde cedo possível aborda-los de forma diferente. Por outro lado, ser facultado algum brinquedo ou método habitual de distração ajuda de forma evidente na realização de procedimentos dolorosos. Assim, para que os ganhos em saúde sejam refletidos também no futuro, é fulcral que o EESIP, nestes pequenos contactos, opte também por auxiliar a família a adquirir capacidades para prestar cuidados ao filho e por escolhas favoráveis a um estilo de vida saudável. É também importante, sempre que possível, identificar as necessidades de cuidados das famílias e facultar informações e orientações sobre recursos disponíveis em instituições e na comunidade. Isto torna a

prestação de cuidados específica e cuidadosa e não uma prestação momentânea sem projeção no futuro e impacto na vida das crianças e respectivas famílias (Pereira & Galvão, 2022). Por fim, nos serviços de internamento, pode-se constatar que a parceria de cuidados surge como uma maior possibilidade pelo maior tempo de contacto e número de intervenções. No entanto, quando se refere a um período de contacto maior entre a equipa de enfermagem, a criança e a sua família a exigência e a produtividade desta parceria de cuidados deverá ser subsequente. O internamento de uma criança, coloca-a não só a ela, mas também aos seus familiares numa posição de vulnerabilidade. O facto de estarem num local estranho, impedidos de realizar as suas rotinas de cuidados habituais aos filhos e de ver o seu estado de saúde comprometido, despoleta nos pais um sentimento de frustração passível de comprometer o seu papel parental e, conseqüentemente as necessidades psicológicas familiares (Pedroso, 2017). O acompanhamento próximo da evolução da criança, a permanência ao lado do leito e a participação na prestação de cuidados à mesma pode fomentar um sentimento de utilidade e valorização reduzindo assim gradualmente a ansiedade existente. Assim sendo, a participação dos pais na prestação de cuidados, bem como o acesso contínuo a informação relativa ao estado de saúde da criança de forma ajustada e adaptada, reduz o impacto negativo do internamento tanto sobre os pais como nas crianças independentemente da idade. Desta forma, sentimentos como ansiedade, tristeza, insegurança, sofrimento e medo serão atenuados nas crianças através da simples presença constante dos seus pais e a inclusão dos mesmos na prestação dos cuidados (Pedroso, 2017). De ressaltar que, para colocar em prática as competências do EESIP, como por exemplo a implementação da parceria de cuidados, é de extrema importância ter ciente princípios básicos, salientando que a comunicação e o desenvolvimento de uma relação empática são a base para o sucesso de uma parceria. A receção a um serviço de internamento deve ser feita com uma postura agradável, sem debitar regras do serviço, mas com uma explicação clara do seu funcionamento, mantendo a interação com a criança e iniciando o processo de negociação de forma explícita a fim de promover a confiança e a cooperação. Tanto pela experiência profissional como pelo desenvolvimento dos estágios, é possível perceber que é importante iniciar a conquista da criança na primeira abordagem e mantê-la em todos os contactos. Quando esta interação é positiva, a relação com os pais iniciar-se-á de forma favorável e com uma comunicação eficaz encaminhar-se-á gradualmente. Para basilar esta relação solidamente, o EESIP

deverá também empenhar-se para conhecer as características da criança e da sua família para que a abordagem seja a mais adequada e para que em conjunto idealizem um plano de cuidados adequado e adaptado a todas as necessidades. Posteriormente, após observação das capacidades dos familiares e das crianças, será realizado um plano de cuidados de modo a supervisionar ou a desenvolver o potencial dos pais para melhorar competências na prestação de cuidados aos filhos (Loureiro et al., 2020). No serviço de Hemato-Oncologia, na maioria dos casos, este processo tem um desenvolvimento diferente uma vez que são conhecidos pela equipa e a relação pré-existente se mantém devido a internamentos consecutivos num curto espaço de tempo. Caso não exista alteração na condição clínica, física ou psicológica das crianças, a negociação é praticamente inexistente e os pais assumiam os papéis habituais e a parceria de cuidados surgia e fluía com a naturalidade habitual a internamentos anteriores. Numa primeira observação, poderia parecer errada esta tomada de informação prévia como garantida sem um diálogo direcionado na admissão. No entanto, foi possível perceber ao longo do decurso do estágio que as relações existentes entre a equipa e estas famílias ultrapassa o que é habitual nos serviços de internamento. O conhecimento que detêm sobre as características da criança e família são tão sólidos e atualizados que se torna mais leve e menos custoso para todos estes tipos de abordagem, pois o internamento é visto como uma visita de rotina e não como um novo internamento. Assim, quando os familiares ou as crianças apresentavam novas necessidades ou desejavam alterar particularidades na prestação de cuidados, para descanso de cuidados por exemplo, tinham abertura para falar com a equipa e eram ajustados os cuidados da forma mais benéfica para todos. Desta forma, foi possível perceber que através desta dinâmica perpetuada na relação com as crianças e respetivas famílias, estas sentem-se muito confiantes e seguras pela sensação de controlo e gestão oferecida e representa uma minimização significativa do impacto da doença e do internamento nos mesmos. Nos casos de diagnóstico inaugural que se reflete num primeiro internamento, o processo de parceria de cuidados decorre de forma habitual, com a particularidade de que se trata de um diagnóstico assustador só pelo nome e os pais encontram-se muito assustados, frágeis e com necessidade incessante de informação e explicações. Por este motivo, é importante investir tempo, demonstrar interesse e preocupação, esclarecer dúvidas e planear as intervenções de acordo com o estado emocional e estabelecendo prioridades. Um pai ou uma mãe, emocionalmente

alterados, vão transmitir esses sentimentos para os filhos, podendo tornar-se positivo ou não que eles se integrem nos cuidados. Este conhecimento das características dos pais e crianças, a percepção dos possíveis benefícios e a gestão dos cuidados deverá ser meticulosamente realizada da forma mais favorável para todos (Bruno et al., 2021). Lidar com estas situações na prática demonstrou-se um desafio pela necessidade de controlo emocional ao lidar com o sofrimento inerente. Efetivamente, como demonstra a literatura, despende tempo e dar espaço para o diálogo e desabafo destas famílias, evidencia-se como essencial para reduzir o impacto e iniciar uma relação terapêutica e de confiança para beneficiar todo o processo de internamento. Por outro lado, também foi constatado que cada caso tem as suas particularidades e que cada família reage de acordo com as suas características, crenças e valores. Por exemplo, a recorrência à espiritualidade ou religião como apoio para conseguir enfrentar o medo e as incertezas é recorrente e auxilia as famílias a promover a sua esperança pessoal e postura positiva perante a situação (Bruno et al., 2021). Desta forma, coube e será sempre uma competência do ESSIP aceitar as decisões das famílias e crianças para o enfrentamento das diversas situações e promover-las, se necessário, para alcançar o bem-estar e reduzir todo o efeito negativo inerente à patologia. No serviço de Cirurgia Pediátrica, em contexto de internamento, mostrou-se um serviço com inúmeras patologias, especialidades e tempos médios de internamento. Se, por um lado existem as cirurgias eletivas agendadas, em que os familiares e crianças chegam menos ansiosos e a negociação decorre com facilidade no pré-operatório, no qual os pais optam por prestar os cuidados aos filhos na íntegra como realizam no domicílio. Por outro lado, existem as cirurgias de urgência que afetam as crianças e as famílias pelo inesperado e, o medo e o sentimento de impotência fazem com que se sintam sem capacitação para prestar qualquer cuidado. Este serviço abrange ainda crianças com queimaduras, cujos pais se encontram inundados de sentimento de culpa, pondo em causa o seu papel parental. Existem ainda, as crianças politraumatizadas, em que a condição física das mesmas atormenta os pais e instala-se o medo do simples toque. Todas estas situações relatadas exigem abordagens diferentes, mas toda a tríade dos cuidados (criança-família-enfermeiro) favorecerá a cem por cento a parceria de cuidados (Loureiro et al., 2020). Observar, lidar e intervir com estas diversas patologias e diferentes particularidades foi sem dúvida muito enriquecedor, pois a necessidade de ajuste comunicacional em casa situação, para conhecer e perceber a criança e a família

eram fundamentais para proceder ao processo de negociação e conseqüente realização de plano de cuidados com diferente atribuição de papéis aos cuidadores. Relembrando o exemplo das crianças com queimaduras, o sentimento de culpa inundava os pais de tal forma que muitas vezes preferiam não intervir nem colaborar na prestação de cuidados. Nestes casos específicos, o planeamento dos cuidados era também direcionado para os familiares, para prestar apoio emocional com a finalidade de integrarem brevemente o seu papel parental, ultrapassando a culpabilização e os medos inerentes ao incidente. Com alguma recorrência era também solicitado o apoio da psicologia para que em colaboração com a equipa se alcançassem os melhores objetivos. Desta forma, a comunicação emerge assim como ferramenta essencial na prestação de cuidados de Enfermagem. Através dela, os pais entendem a importância de participar nos cuidados, como podem e devem fazer e esclarecer dúvidas. Conseqüentemente, estes sentem-se parte integrante do processo, úteis como pais no seu papel de cuidadores habituais e confiantes, seguros de que estão a ser bem acompanhados e que, sendo parte integrante têm maior sensação de controle, intervindo também na tomada de decisão. Porém, é essencial não descurar também a palavra e a vontade da criança que, quando expressa as suas vontades, deve ser tida em conta e respeitada em concordância e entendimento com os pais (Pedroso, 2017). Isto é, existem adolescentes que se mostram desconfortáveis quando lhes é proposto pela mãe a prestação de cuidados de higiene. Estas situações devem ser respeitadas tanto pelos profissionais como pela mãe e é gerida a situação de forma mais confortável para o jovem. Isto não deixa de ser uma parceria de cuidados, visto que todos acordam que a intervenção a tomar é a melhor para a criança. Em suma, o modelo parceria de cuidados de Anne Casey desenvolvido em 1988 com base no modelo de cuidados centrado na família e suporta todas as competências desenvolvidas ao longo destes estágios acima descritas. Este modelo evidencia o contributo dos pais nos cuidados à criança com a finalidade de satisfazer as necessidades de ambos, diminuindo gradualmente a intervenção dos enfermeiros. Para que este processo seja possível, é fundamental que o Enfermeiro partilhe conhecimentos e realize ensinamentos para a saúde aos pais, de forma a se sentirem capazes e seguros para prestar cuidados aos filhos. Desta forma, este modelo de Enfermagem mostra a necessidade da valorização da família para o bem-estar presente e futuro das crianças, eliminando limites fixos entre os cuidados que têm de ser prestados pelos pais e os que têm de ser prestados pelos enfermeiros. A parceria de cuidados é assim

reconhecida como essencial nos cuidados de enfermagem nesta especialidade, trazendo benefícios para a criança e a sua família, bem como para a equipa de enfermagem e restante equipa multidisciplinar. O conhecimento e as capacidades que os pais possuem anteriormente aliados às informações disponibilizadas quanto à criança no momento, tornam-nos peritos na prestação de cuidados. Assim, é imprescindível estabelecer uma comunicação eficaz com os pais, para que a negociação dos papéis e a identificação de necessidades de apoio proporcione aos pais um papel ativo durante todo o processo atenuando assim sentimentos de insegurança, impotência e inutilidade (Pedroso, 2017). Para rematar este tema, salienta-se a importância observada desta parceria de cuidados em todos os contextos e o impacto da mesma na criança e família. Ter a família como centro da prestação dos cuidados, ter no mínimo um familiar a acompanhar sempre as crianças independentemente do contexto, demonstra desde aí a complexidade e especificidade da especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica. A parceria de cuidados é constante nos serviços de Pediatria, podendo ser ou não aplicada e trabalhada da melhor forma, traduzindo-se em diferentes resultados e ganhos para a saúde. O desafio e a responsabilidade do EESIP são com base numa comunicação eficaz e, após reconhecimento de necessidades e características, realizar uma negociação com as crianças e familiares e implementar um plano de cuidados adequado, respeitando os valores, vontades e desejos de todos os envolvidos que, apesar de muitas vezes não ser fácil, fará a diferença. Este foi sem dúvida um tema de elevado interesse no decorrer de todo o percurso da prática clínica pois realça a especificidade desta especialidade e faz toda a diferença, quando implementado de forma correta, a todos os envolvidos. Todos os passos e intervenções realizadas para a sua implementação apresentam um enorme impacto tanto individualmente como num todo no fim do processo. Conhecer a criança e a família, adaptando uma comunicação eficaz, adaptada e direcionada com base no respeito permite um levantamento de necessidades completo. O processo de negociação dita o planeamento dos cuidados, a implementação de papéis e a prestação propriamente dita havendo entre o EESIP e a família e a criança um objetivo comum trazido num compromisso em que a saúde o bem-estar são o lema. Em suma, com esta perceção e aplicação foi possível sentir que relações partilhadas e esclarecidas são relações sólidas e que se traduzem em confiança e prestar cuidados com a base de que nos confiam o bem-

estar dos filhos demonstra a responsabilidade e competências necessárias para ser EESIP e esse é o maior incentivo e gratificação.

Concluindo, falar de assistência à criança e família na maximização da sua saúde torna-se uma competência de elevada responsabilidade para o EESIP. No entanto, a base será sempre ter a capacidade de realizar um levantamento de necessidades adequado, observando a criança e família de forma holística. Isto permite que, posteriormente possa agir em conformidade, de acordo com as suas competências e capacidades e o contexto em que está inserido. Ter a capacidade de interpretar as necessidades, intervir ou encaminhar para outros serviços atendendo às especificidades da criança e da família é fundamental para agir hoje na promoção e maximização da saúde, obtendo ganhos em saúde no futuro de amanhã.

2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

2.1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação e a produção de conhecimento em Enfermagem demonstram-se cada vez mais essenciais à prática da profissão, desde o contexto clínico, de gestão e ensino, pois promovem a aquisição de conhecimentos, visando uma maior segurança para a tomada de decisão (Camargo et al., 2017). O EESIP apresenta um papel preponderante nesta vertente, uma vez que é da sua competência exercer a Prática Baseada na Evidência (PBE), bem como desenvolver autoconhecimento de forma a promover as suas aprendizagens como profissional (Diário da República, 2019).

A PBE refere-se à utilização de resultados de pesquisas científicas para adotar diferentes estratégias e métodos na prática clínica. A seleção das evidências exige atenção quanto ao seu rigor metodológico e validade interna e externa para que seja seguro implementar na prática dos cuidados diários. Assim, a PBE apresenta-se como uma ferramenta segura e organizada de forma a guiar a prática profissional de Enfermagem com foco na identificação de necessidades e solução de problemas, e com base nas melhores evidências científicas. Esta prática, como processo, envolve assim as etapas de definição do problema, pesquisa e avaliação das evidências existentes, implementação de práticas e avaliação crítica dos resultados, os seus benefícios e ganhos em saúde. O Enfermeiro Especialista deverá ter sempre em consideração a situação clínica e a aceitação de implementação de estratégias por parte do paciente e família, bem como os recursos humanos e materiais existentes (Neto et al., 2021). Em conclusão, basear os cuidados em evidência científica é uma competência dos Enfermeiros Especialistas e apresenta-se como uma ferramenta benéfica, quando implementada na prática, para toda a equipa, crianças e suas famílias. Por outro lado, a evolução dos cuidados de Enfermagem está associada à produção de conhecimento pelos próprios profissionais da área. A realização de estudos essenciais da área clínica, gestão e do ensino da profissão, possibilitam o desenvolvimento de conhecimentos e condutas, favorecendo a evolução da Enfermagem (Neto et al., 2021). Desta forma, a produção de conhecimento, a realização de pesquisas e o desenvolvimento de estudos torna-se também uma responsabilidade do EESIP. O contributo do EESIP na vertente da investigação é importantíssimo para o

desenvolvimento contínuo da profissão em prol da melhoria dos cuidados em todos os contextos clínicos da Enfermagem.

Como contributo na área da investigação em Enfermagem, surge como tema de interesse, bastante desenvolvido no capítulo anterior, a parceria de cuidados nos diferentes contextos da prática clínica. As especialidades de Enfermagem, para valorização social, profissionais de saúde e dos próprios pares, necessita da expressa e visível diferenciação da área. A especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica tem, por si só, no seu público-alvo a sua especialização, visto que a prestação de cuidados à criança e família/cuidadores são permanentes (salvo raras exceções de crianças sem acompanhante) em todos os contextos da prática clínica. A prática de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica requer uma sensibilização relativa ao envolvimento dos pais nos cuidados prestados à criança, desenvolvendo um processo de parceria com os mesmos e integrando amplamente a família com a finalidade de promover o desenvolvimento e o bem-estar das crianças (Mendes & Martins, 2012). A Ordem dos Enfermeiros (2010) reforça esta ideia reconhecendo a criança como ser vulnerável e valorizando os pais/cuidador como a pessoa significativa, principal e melhor prestador de cuidados da criança. Em suma, a família surge permanentemente no enquadramento referencial da criança e como fator de atenção para a prestação de cuidados humanizados pelo EESIP. A filosofia de cuidados centrados na família torna-se a pedra basilar dos cuidados pediátricos (Mendes & Martins, 2012). O Modelo de Cuidados Centrados na Família foi desenvolvido por Wright e Leahey, no Canadá e vê sempre a criança integrada numa família, independentemente do contexto da prática e esta ligação não deve ser interrompida em nenhuma circunstância (Lusquinhos et al., 2019). Assim sendo, a implementação desta filosofia exigirá o estabelecimento de uma parceria entre a família e os enfermeiros. Os Cuidados Centrados na Família (CCF) regem-se por nove princípios centrais: reconhecer a família como parte integral da vida da criança; facilitar a parceria entre pais e profissionais de saúde; respeitar as famílias independentemente da sua raça, etnia, cultura e status socioeconómico; reconhecer capacidades e conhecimentos de cada família; partilhar informação continuamente sobre a criança; encorajar e apoiar as famílias; responder às necessidades da criança e família de acordo com a sua fase de desenvolvimento; adotar políticas e práticas que permitam garantir suporte emocional e financeiro; planear prestação de cuidados flexíveis, culturalmente competentes e que

respondam adequada e atempadamente às necessidades da criança e família. Estes cuidados, mesmo que desafiantes para o EESIP apresentam benefícios como o aumento da satisfação dos cuidados, a melhoria do conforto e o acolhimento da criança e família e consequentes vantagens para o Enfermeiro na gestão e implementação dos seus cuidados (Loureiro et al., 2021). O verdadeiro reconhecimento da prestação de cuidados centrada na família com o envolvimento ativo dos pais surge com o aparecimento do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, ao defender que a tríade criança, pais e enfermeiros em parceria assumem parte ativa do processo de Enfermagem (Mendes, 2016). Esta parceria representa um processo dinâmico e contínuo que requer participação ativa e em concordância de todos os envolvidos para o alcance dos objetivos comuns que terão em vista o bem-estar da criança. A prestação de cuidados com base nesta teoria exige ao EESIP a negociação da parceria dos cuidados e consequente aceitação respeitosa pela toma de decisão dos pais (Mendes & Martins, 2012). Desta forma, o Modelo da Parceria de Cuidados assenta, por sua vez, em dois conceitos importantes: os cuidados centrados na criança e na família e os cuidados negociados. Por um lado, mantém-se a interligação aos CCF, pela entrega de poder à criança e família, fornecendo informação e conhecimentos, promovendo a capacitação fundamentada na tomada de decisão e na realização dos cuidados, tendo por base o respeito e a união familiar. Enquanto que os cuidados negociados são essenciais para a parceria de cuidados na medida em que são a base da relação terapêutica trabalhada com respeito e acordo mútuo. Será sempre através do processo de negociação que se elaborará um plano de cuidados, combinado mutuamente e com o nível de participação dos pais e criança que estes desejem e estejam capacitados para tal (Mano, 2002). Este processo de negociação salienta-se como fulcral para o sucesso da implementação da parceria de cuidados e satisfação de todos os envolvidos e está dividido em diferentes etapas. Inicia-se com a apreciação, momento em que são identificadas as necessidades e as capacidades e habilidades da criança e família para a prestação de cuidados. Posteriormente, surge o planeamento com a elaboração do plano de cuidados, tendo sempre em atenção a preparação para a alta, seguido da execução que se refere à implementação do plano de cuidados traçado tanto pelo Enfermeiro como pela família, que poderá ser reajustado a qualquer momento pelas necessidades ou desejos de algum dos envolvidos. Por fim, a avaliação do processo é essencial ser realizada pelo Enfermeiro, criança e família para avaliar os cuidados

prestados, ajustar conforme necessidades de modo a promover a independência da criança e/ou dos familiares para a futura alta (Mendes, 2016). A par da implementação da parceria de cuidados respeitando todas as etapas, surgem também fatores que podem condicionar o sucesso desta parceria e aos quais o EESIP deve atender durante todo o processo, sendo elas a relação de parceria, a cultura organizacional e o método de organização de Enfermagem. A relação de parceria pressupõe que a criança e família adquiram conhecimentos e competências a fim de desenvolver capacidades e confiança na implementação das mesmas, pelo que cabe ao Enfermeiro manter continuamente a partilha de informações e dê poder à família de forma a promover a sua autoconfiança. A abordagem no primeiro contacto ou admissão é fundamental para o estabelecimento desta relação, tendo, desta forma a comunicação eficaz um papel preponderante (Mano, 2002). A cultura organizacional, a presença de um clima na instituição favorável e incitador de parceria de cuidados com todos os profissionais torna-se também um fator influenciador deste processo. Por fim, o método de organização de Enfermagem, seja pela existência de enfermeiro de referência ou pela relação de confiança criada com os Enfermeiros pela sua transmissão de informação, minimiza os efeitos negativos do internamento ou da recorrência aos serviços de saúde e torna-se essencial na descentralização da autoridade dos Enfermeiros e promove a tomada de decisão partilhada e prestação de cuidados segura e ativa (Mano, 2002). Na realidade, a parceria de cuidados apesar de existente em todos os contextos clínicos é mais visível nos serviços de internamento e a presença dos pais vinte e quatro horas por dia no hospital desencadeou esta grande mudança e necessidade de organização nos cuidados Enfermagem. Tornar os pais parceiros dos cuidados é demonstrar que cuidar da criança implica sempre cuidar da família, promovendo a autonomia, incentivando a participação nos cuidados e na tomada de decisão e reabilitando o seu papel parental. No entanto, o internamento de um filho provoca muitas vezes uma crise de identidade parental. Os pais ficam desorientados sem saber o que devem ou não fazer e o que os enfermeiros esperam que seja feito. Desta forma, a negociação é sem dúvida a ferramenta essencial deste processo, pois atender às expectativas dos pais, dar espaço para ouvir e pensar e perceber as necessidades, diminuirá a ansiedade dos pais e reduzirá possíveis conflitos entre os intervenientes. Em suma, é da competência do EESIP facilitar a mudança e intervir de forma positiva e fundamentada

neste processo de parceria, de forma a promover consequentemente a promoção e adequação da parentalidade em todos os contextos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Ao longo da prática clínica foi possível perceber a importância e os benefícios da implementação da parceria de cuidados nos diferentes contextos. Foi possível entender o que de tão específico e especial difere o EESIP: o cuidar da criança sempre a cuidar da família, e não cuidar apenas da criança. No entanto, observou-se também as lacunas existentes nos diferentes contextos e o quanto esta vertente poderia evoluir para uma melhor prestação de cuidados em pediatria. Desta forma, surge como base de estudo: identificar os contributos do EESIP na promoção da parceria de cuidados nos diferentes contextos da prática clínica, para compreender a evidência científica existente sobre esta temática, estudá-la e perceber até que ponto seria possível utilizá-la com a finalidade de promover a melhoria da prestação de cuidados do EESIP nos diferentes contextos da prática.

Para a realização deste estudo pareceu mais adequado e ajustado a realização de uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL). Os Enfermeiros são, cada vez mais, criadores e consumidores de conhecimento pela sua capacidade de síntese de resultados simples e clara sobre diversas temáticas. Este tipo de revisões têm promovido o desenvolvimento de PBE em Enfermagem, ampliando a perspetiva terapêutica e dando, indiretamente, aos pacientes uma prestação de cuidados mais segura (Dantas et al., 2021).

2.2. METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura permite a combinação entre a investigação primária e a secundária, conseguindo fazer uma síntese de conhecimentos passível de aplicar na prática e, por essa mesma razão foi considerada como mais adequada para este estudo. Esta revisão é constituída por seis fases diferenciadas. Inicialmente, ocorre a identificação do tema, é selecionada a questão de pesquisa; de seguida, é realizada a pesquisa e decorre o estabelecimento de critérios de exclusão e inclusão dos estudos presentes na amostra; na terceira fase definem-se as informações a extrair dos estudos selecionados e decorre a categorização dos mesmos; posteriormente, ocorre a avaliação dos estudos incluídos na RIL; na quinta etapa realiza-se a interpretação dos resultados e por fim, na sexta fase surge a apresentação da revisão (Pestana et al., 2018).

No decorrer deste capítulo e desenvolvimento do presente estudo, todas as fases acima apresentadas serão mencionadas e descritas individualmente. Na primeira fase, é identificado o tema e construída a questão de investigação. O tema foi selecionado com base no pressuposto de que a parceria de cuidados é uma temática basilar nos cuidados de Enfermagem, especialmente do EESIP e que apresenta um potencial enorme de melhoria. Relativamente à questão de investigação, esta representa um papel fundamental e crucial, pois define o decurso de toda a investigação, influenciando a seleção dos estudos, a população de interesse, as intervenções a avaliar e os resultados a valorizar. É importante que esta pergunta seja clara e objetiva baseada num raciocínio lógico e refletido. Tendo em conta a importância da criação desta questão de investigação para todo o estudo, foi utilizada uma ferramenta designada pelo acrónimo PICO para estruturar a questão de forma sintetizada, mantendo ciente a informação que a pergunta deve especificar (Santos & Galvão, 2014). Especificamente nesta RIL, o P de População, refere-se ao EESIP; o I de Intervenção é relativo à promoção da parceria de cuidados; o C de Comparação não será aplicado neste estudo por não existirem intervenções e avaliações comparativas e, por fim, o O de *Outcomes* ou resultados é alusivo à promoção da parceria de cuidados nos diferentes contextos da prática clínica efetiva. Desta forma, após a utilização deste acrónimo, surge a seguinte questão de investigação: “Qual a intervenção do EESIP na promoção da parceria de cuidados nos diferentes contextos da prática clínica?”.

Segue-se a segunda etapa deste processo: a pesquisa da literatura e estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão para a amostra obtida. Para a concretização desta fase é importante perceber como realizar a pesquisa, quais os termos a utilizar para o fazer e quais os que apresentam maior relevância. A base para obter as palavras-chave para a pesquisa será sempre a questão de investigação, razão pela qual estas duas etapas se encontram diretamente relacionadas (Sousa et al., 2017). Assim, após reflexão na questão e no tema selecionado, foram delineados diferentes conceitos e posteriormente verificada a sua correspondência em termos de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e Medical Subject Heading (MeSH). O DeCs/MeSH é utilizado para indexar a literatura científica relativa às ciências biomédicas e da saúde com o objetivo de permitir o uso de terminologia comum, em diversos idiomas, numa pesquisa ou recuperação de informação (Organização Pan-Americana de Saúde, 2020). Os termos de

pesquisa usados tendo em conta a ferramenta PICO para auxílio da formulação da questão de investigação são: relativamente ao P surgem *pediatrics*, *pediatric nursing* e *pediatric nurse practitioners* e tanto para o I como para o O referem-se os termos *partnership practice*, *negotiation* e *shared role*. Para a criação de uma expressão de pesquisa, existem os operadores booleanos representados por termos conectores AND (combinação restritiva), OR (combinação aditiva) e NOT (combinação excludente) que são utilizados no processo de procura de informação para orientá-la da forma mais direcionada e pertinente (Santos et al., 2007). Desta forma, foi estruturada a seguinte expressão de pesquisa: (*pediatrics* OR *pediatric nursing* OR *pediatric nurse practitioners*) AND (*partnership practice* OR *negotiation* OR *shared role*). Após a concretização da expressão, o processo de pesquisa realizou-se entre as datas nove de agosto e de três de setembro de 2022, através do motor de busca EBSCO. As bases de dados utilizadas foram: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Methodology Register, Library, Information Science & Technology Abstracts e MedicLatina, Cochrane Clinical Answer. Para concluir esta fase, foram definidos critérios de inclusão e exclusão para a pesquisa com o objetivo de perceber quais as estratégias utilizadas pelo ESSIP para promover a parceria de cuidados nos diferentes contextos clínicos. Estes critérios devem ser bem definidos de forma a manter uma boa representatividade da amostra para uma influência e base positivas para o estudo (Sousa et al., 2017). Foram incluídos todos os artigos em português, espanhol e inglês que respondessem à questão de investigação e poderiam remeter a todos os contextos da prática clínica. Foram ainda incluídos artigos datados entre 2012 e 2022, permitindo perceber num passado recente quais os contributos do EESIP, e projetar uma intervenção fundamentada numa realidade atual a melhorar. Foram excluídos todos os artigos que não respondessem à questão de investigação e artigos em outros idiomas. Aquando da decisão destes critérios mencionados, prosseguiu-se à avaliação dos artigos pelo seu título, posteriormente pelo resumo e, por fim pelo texto integral, aplicando os critérios de inclusão e exclusão, obtendo assim a amostragem usada para a concretização do estudo. De salientar que a seleção e avaliação foi realizada pela investigadora principal e validada por pares (segundo e terceiro elemento). Este processo de avaliação e seleção

de artigos será detalhadamente abordado no subcapítulo seguinte e demonstrado através de figura com o fluxograma PRISMA.

Na terceira etapa, procede-se à definição das informações a serem extraídas dos estudos e a sua categorização. O objetivo nesta fase passa por criar um instrumento de colheita de dados com a finalidade de reunir e sintetizar a informação-chave a ser retida de cada artigo (Sousa et al., 2017). Neste momento, foi realizada uma tabela que compila a informação retirada de cada artigo com os seus resultados e conclusões (APÊNDICE I - Tabela de avaliação dos artigos), com o intuito de orientar uma análise rigorosa, capaz de garantir a validade da revisão, e que abrange os conteúdos importantes. Após a realização desta tabela foi também possível efetuar a categorização das informações extraídas de forma mais simples, as quais serão abordados no subcapítulo dos resultados.

Na próxima fase, relativa à avaliação dos estudos incluídos na RIL, é reforçada a necessidade de avaliar bem todos os artigos incluídos no estudo, garantindo assim a validade da revisão, e percebendo o porquê de resultados disparos ou contraditórios (Sousa et al., 2017). No caso deste estudo, a avaliação rigorosa dos artigos foi realizada na etapa anterior não havendo alterações nesta fase.

Posteriormente, realiza-se a interpretação de resultados através da comparação das informações obtidas nos diferentes artigos. É também neste momento de detecção de lacunas, que poderá surgir a oportunidade de sugerir futuras pesquisas para a melhoria da prestação de cuidados (Sousa et al., 2017). Nesta fase, foi possível perceber que existe muita informação relativa ao tema no contexto de internamento, surgindo défices noutros contextos. O impacto positivo da implementação da parceria de cuidado demonstra-se unânime, pelo que, a evidenciação de que existem muitas falhas nesta prestação, revelam também a importância de manter o investimento nesta temática para a sua melhoria contínua e usufruto do seu potencial máximo.

Por último, na sexta etapa, relativa à apresentação da RIL, deve-se optar por uma apresentação que contemple informações suficientes de forma sintetizada e explícita, capazes de permitirem ao leitor uma fácil perceção e uma noção de pertinência evidente (Sousa et al., 2022).

2.3. RESULTADOS

Para a discussão e avaliação de resultados foram realizadas várias etapas, como anteriormente descrito para obter a amostra final de artigos. A pesquisa inicial, realizada na EBSCO, obteve 352 resultados de artigos das diferentes bases de dados: CINAHL Complete (n= 89), MEDLINE Complete (n= 176), Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive: (n=78), Cochrane Central Register of Controlled Trials (n= 8) e Medic Latina (n= 1). Nesse mesmo momento, através da ferramenta presente nesta plataforma, foram eliminados 71 artigos por se encontrarem duplicados, partindo para uma nova avaliação com uma amostra de 281. Após a análise dos artigos pelos seus títulos, foram eliminados 221, sendo que quatro foram eliminados por se encontrarem redigidos em idiomas não presentes nos critérios de inclusão; oito artigos estavam presentes duplicadamente em diferentes idiomas; 206 não correspondiam à questão de investigação e por fim, foi eliminada uma revisão integrativa, uma meta-síntese e uma carta ao eleitor. Desta forma, mantiveram-se em revisão 60 artigos e foram avaliados perante a leitura do seu resumo. Após a leitura foram descartados 26 artigos, visto que não respondiam à questão de investigação, ficando a amostra com 34. Por fim, foi realizada a leitura dos artigos de forma integral e eliminaram-se 19 artigos por não se enquadrarem no tema, ficando uma amostra final de 15 artigos. Para representar este processo em forma de esquema, foi utilizado o fluxograma PRISMA (figura1).

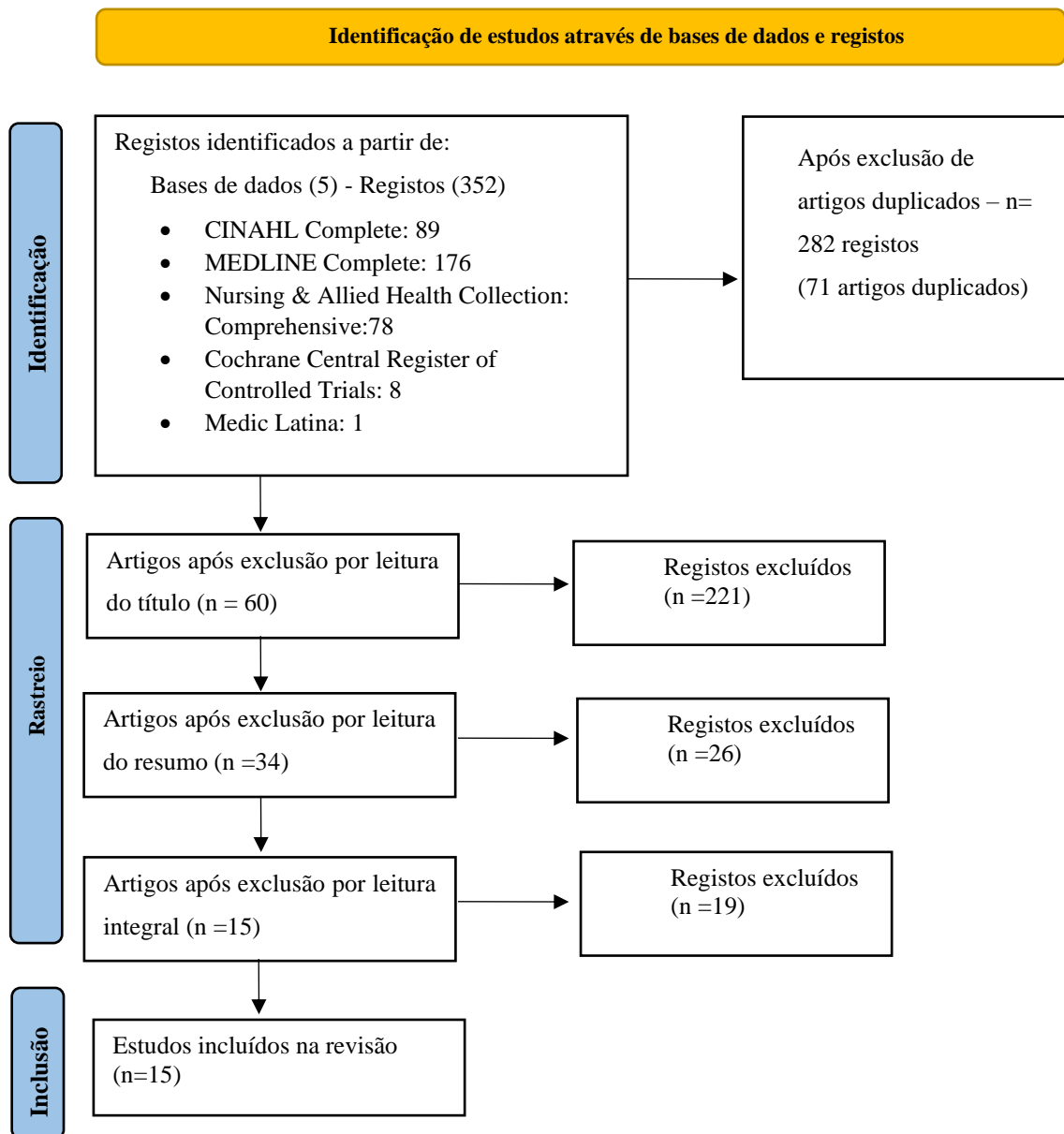


Figura 1. Fluxograma PRISMA

Como é agora possível de verificar, os resultados desta RIL foram obtidos através de 15 artigos e da sua avaliação e todos eles apresentam uma metodologia qualitativa através de análise de entrevistas semiestruturadas, grupos focais e observação. A datação dos artigos foi restringida nos últimos dez anos pelos critérios de inclusão, sendo que o mais antigo tem a data de 2012 e o mais recente 2021.

2.4. ANÁLISE DE RESULTADOS

De salientar que nove artigos (mais de 50%) da amostra final são representativos aos últimos cinco anos, pelo que poderá revelar um maior investimento na investigação do tema na procura da melhoria constante e aproveitamento máximo do potencial da parceria de cuidados na prática do EESIP. Para organização dos dados extraídos, como referido anteriormente, foi criada uma tabela com a informação mais relevante de cada artigo incluindo os autores e a sua datação, o título do artigo, a sua metodologia, o objetivo do estudo e respetivos resultados e conclusões (APÊNDICE I - Tabela de avaliação dos artigos). Neste momento, a par da extração da informação dos artigos, foi também realizada a categorização da evidência, sendo apresentados de forma organizada e perceptível ao leitor. A informação presente nos artigos remete, na sua totalidade, às estratégias ou intervenções fundamentais à implementação da parceria de cuidados, realçando a sua importância ou apontando as suas lacunas. Desta forma, as categorias criadas e posteriormente debatidas serão apresentadas na próxima figura:

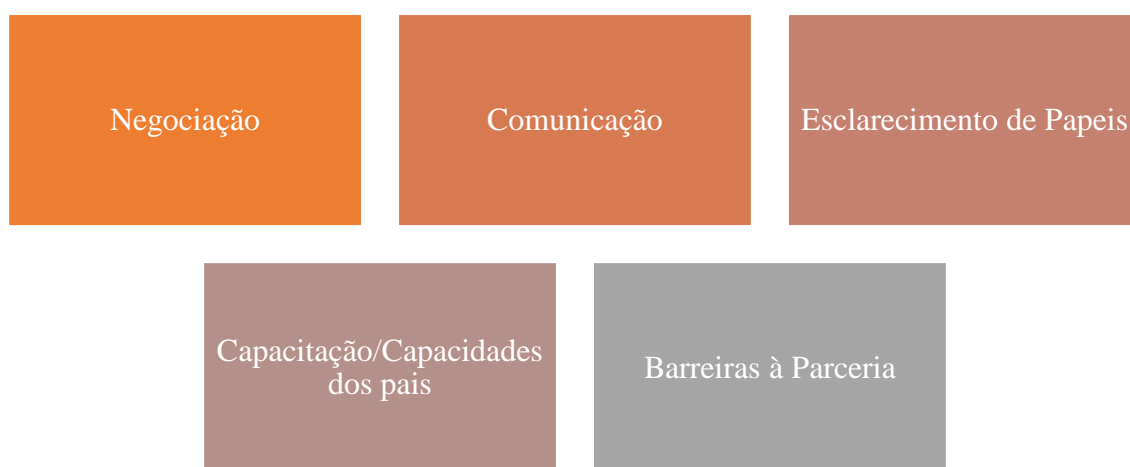


Figura 2. *Categorização de resultados*

Após a criação de categorias e análise aprofundada de todos os artigos foi possível concluir que, na sua maioria, cerca de onze artigos abordam no mínimo três categorias e apenas três se focam numa única categoria. Tornou-se também de percepção rápida que todos os artigos que se referem a mais do que uma categoria, os seus conteúdos estão interligadas e são consequências ou conseguintes uns dos outros. De forma unânime, todos sublinham a importância e os benefícios da parceria de cuidados e o papel

fundamental do EESIP nesta vertente, mas uma grande parte aborda as suas lacunas e fragilidades como potencial de melhoria para a prestação de cuidados e benefício de todos os envolvidos, apresentando possíveis intervenções a implementar na prática. Sendo que a maioria dos artigos representam estudos guiados através de entrevistas ou questionários (cerca de nove artigos, mais de 50% da amostra final), e tendo em conta que foram realizados a pais, enfermeiros e crianças, mostram uma visibilidade de perspetivas da parceria de cuidados ampla e não condicionada. Assim, a discussão sobre os resultados torna-se enriquecedora pela diversidade de opiniões, análise e possíveis intervenções para a valorização da parceria de cuidados. De forma sucinta é possível apresentar que treze artigos abordam o processo de Negociação, nove a Comunicação, oito o Esclarecimento de Papéis, oito os Conhecimentos dos Pais/Capacitação e, por último apenas dois se referem a Barreiras à Parceria de Cuidados.

2.5. DISCUSSÃO

O CCF é encarado na atualidade como um conceito fundamental para o EESIP na prestação de cuidados às crianças e família. Segundo Coyne (2013), este modelo de cuidado tornou-se o mais utilizado no mundo, como base estrutural para o envolvimento da família nos cuidados de saúde em países desenvolvidos e em desenvolvimento. A participação e a inclusão da família nos cuidados de saúde surgem como uma das metas mais desejadas nos serviços de pediatria. Após a criação de relações, o compromisso de participação leva à aceitação e mútua influência no processo de cuidar, ajudando a família a sentir-se útil, envolvida e parte integrante da equipa, traduzindo assim ganhos para todos os envolvidos (Mendes et al., 2016). Assim, a implementação deste modelo é vista como benéfica para a criança e suas famílias, na medida em que reduz os efeitos negativos da hospitalização, promove a vinculação entre as crianças e os pais e fomenta francas melhorias de satisfação (Coyne, 2013).

Em 1959, surgiu o Relatório Platt publicado em Inglaterra com o objetivo de minimizar os efeitos negativos da hospitalização em idade pediátrica. Estabeleceu-se um conjunto de cuidados e regras que defendiam a permanência integral da família com a criança no internamento (Castanheira et al., 2013). Desta forma, a parceria de cuidados e, até mesmo os CCF remetem na maioria das vezes aos serviços de internamento, por

surgirem em forma de combate aos efeitos nefastos destes serviços. O ambiente hospitalar pode parecer e tornar-se assustador tanto para as crianças como para os pais, e o EESIP desempenha aqui um papel fundamental na transformação desta percepção de um local frio e doloroso para um local acolhedor e seguro. Assim, adotar uma abordagem de parceria é uma forma de consolidar uma relação de confiança entre a tríade criança-família-enfermeiro para melhorar tanto quanto possível a experiência em meio hospitalar (Casey et al., 2013).

Indo de encontro aos CCF e à minimização de efeitos negativos causados pelo internamento, surge a temática a parceria de cuidados, como um conceito também importantíssimo para o EESIP, na qual os pais emergem como os principais cuidadores dos filhos. O termo concreto de Enfermagem em parceria define a relação existente entre pais e enfermeiros na prestação de cuidados em idade pediátrica. O conceito de parceria abrange cinco atributos que influenciam este processo: papéis compartilhados e tomada de decisão, confiança e respeito mútuo, participação dos pais, comunicação e negociação (Barrat et al., 2021). Desta forma, abordar a parceria de cuidados trata-se de abordar um processo contínuo de negociação com base na partilha de informações e necessidades da criança. A negociação surge assim como um entendimento mútuo e partilha de informações visando o mesmo objetivo, a melhor prestação de cuidados para as crianças. No decorrer deste processo, as conversações entre enfermeiros, pais e crianças visam a planificação de cuidados tendo em conta o nível de cuidados que cada um pretende prestar. Para que este processo seja possível e para permitir aos pais a livre participação nos cuidados, é importante que exista uma relação baseada em respeito, na valorização das suas habilidades e com um ambiente que promova a sua participação, onde se sintam acolhidos e mais à vontade (Casey et al., 2013).

A extrema importância da implementação da parceria de cuidados e dos CCF remete à discussão as lacunas e falhas que existem na sua execução, com a finalidade de melhorar e explorar o potencial máximo destas teorias na prática. Desta forma, emergem as temáticas identificadas na categorização para posterior implementação prática de condutas mais válidas e eficazes. Desta forma, serão abordados os temas da Negociação, Comunicação, Esclarecimento de Papéis, Capacidades dos pais/capacitação e Barreiras à Parceria à luz das conclusões dos diferentes autores.

Negociação

A negociação, como referido anteriormente, é uma etapa imprescindível no processo de parceria de cuidados uma vez que se trata do ponto de partida. É definida como um entendimento mútuo através de partilha de informação com um grande objetivo comum, a prestação de cuidados adequada à criança. Este processo deverá ocorrer entre pais e enfermeiros através de diálogo e compreensão, realizando o plano de cuidados mais adaptado à criança, tendo em conta o nível de cuidados que cada um pretende prestar (Casey et al., 2013). Desta forma, a negociação eficaz permitirá aos pais uma sensação de utilidade, inclusão e consequentemente diminuição de ansiedade, medos e receios (Phiri et al., 2020).

Os enfermeiros hesitam muitas vezes em envolver os pais no processo de cuidar devido a questões clínicas, receios de repercussões legais e acabam por fazer suposições desinformadas sobre a intenção da participação dos pais sem discussão com os mesmos (Barrat et al., 2021). Seguindo no mesmo pensamento, Phiri et al. (2020) relaciona que a suposição dos enfermeiros quanto à intenção de envolvimento dos pais é proporcional à presença e permanência destes no hospital, e afirma que os enfermeiros controlam a participação dos pais sem recorrer à negociação, impondo tarefas como administração de terapêutica oral e a promoção do repouso da criança. A negociação entre a família e o enfermeiro pode parecer fácil, mas na prática revela-se ambígua e por vezes de difícil concretização. O facto de não existir um processo claramente estabelecido e consistente para a sua implementação aumenta o grau de dificuldade a todos os envolvidos. Por estas razões, o enfermeiro acaba por atribuir maioritariamente aos pais os cuidados semelhantes aos do domicílio, sem discutir o quanto gostariam de estar envolvidos e o quão são capazes de estar (McCann, 2018). Outros autores (Bedells & Bevan, 2016; Roseberg et al., 2018) também corroboram estes pressupostos confirmando que existem francas lacunas no processo de negociação, no qual o envolvimento dos pais é deduzido pela equipa de enfermagem e não discutido, enquanto a visão global deveria passar por ver a participação como direito e não como requisito ou obrigação. Neste seguimento, torna-se fundamental que a equipa de enfermagem consiga perceber as manifestações de interesse dos pais durante o estabelecimento de relações para que seja possível integrar a família na equipa e transmitir-lhe esse sentimento. Muitas vezes, quando estas relações não são devidamente construídas ocorre a administração de controlo nas decisões por parte dos

enfermeiros pela posição de poder que ocupam no meio hospitalar, delegando assim as tarefas que acham mais apropriadas aos pais. Salienta-se mais uma vez que a negociação deve ser iniciada no momento de admissão da criança, criando desde cedo uma simetria de poder na relação e delineando em concordância e parceria um plano de cuidados ajustado às necessidades de todos (Mendes et al., 2016). Em contrapartida, perante a visão dos pais, esta nem sempre se verifica à primeira vista uma realidade. O estudo de Casey et al. (2013), reforça que é da responsabilidade do enfermeiro demonstrar aos pais os benefícios e vantagens na participação nos cuidados, transparecer a total individualidade na decisão e a desculpabilização e não julgamento independentemente da decisão tomada.

Cuidados de saúde equitativos, seguros e de alta qualidade são objetivos mundiais nos sistemas de saúde em todo o mundo, visando a melhor prestação de cuidados para os pacientes. No entanto, alguns danos e falhas mantêm-se passíveis de melhoria (Mimmo et al., 2019). Neste sentido surgem, como referência, certas populações pediátricas que apresentam mais recorrências aos serviços de saúde e taxa elevada de internamentos, como por exemplo as crianças com deficiência intelectual, com doença crónica e dependentes de dispositivos médicos tecnológicos. Nestes casos concretos, a negociação deverá ser ajustada e cuidada pois tratam-se de cuidadores especializados. No entanto, os estudos de Giambra et al. (2017), de Ruddy et al. (2019) e o de Mimmo et al. (2019) que abordam estas temáticas revelam ainda a existência de algumas falhas. Segundo Giambra et al. (2017), enfermeiros revelam fazer o possível para integrar as rotinas das crianças dependentes de dispositivos no meio hospitalar tão breve quanto possível, e optam por observar e verificar a prestação de cuidados dos pais para posteriormente partirem para o processo de negociação. Por outro lado, os pais optam também por verificar a segurança e precisão nos cuidados prestados pelos enfermeiros antes de iniciar a negociar os cuidados. Em suma, a negociação nestes casos passa despercebida e muitas vezes não é dialogada quando não existem alterações dos cuidados face aos praticados no domicílio, ou os pais não sentem necessidade de negociar para uma melhor adaptação ao hospital. No caso da criança com doença crónica, as falhas idênticas na falta de negociação causam aos pais uma ambiguidade de quem é o responsável pelo filho, o que gera insegurança e consequente incapacidade em deixar o filho no leito mesmo por poucos momentos. Estes pais revelam ainda que deveriam ser reconhecidos como família, como indivíduos com necessidade de cuidados e apoio. Desta forma, a ineficácia da negociação gera nestes pais

uma sensação de sobrecarga, aumento do peso da responsabilidade que não traz benefícios a nenhum dos envolvidos no processo terapêutico da criança (Mimmo et al., 2019). Por fim, Ruddy et al. (2019) reforçam que, os pais de crianças com doença crônica apontam como falha crucial na negociação pelo facto de os enfermeiros não a manterem como processo contínuo, uma vez que suas necessidades de apoio podem mudar a qualquer momento e sentirem-se como parte integrante no processo terapêutico.

A negociação como parte integral da parceria de cuidados representa uma responsabilidade do EESIP e cabe a este gerir a adaptação dos diferentes pais e crianças, com diferentes personalidades, ideologias, culturas e crenças (Castanheira et al., 2013). Neste sentido, apesar dos enfermeiros revelarem a extrema importância da aplicação da parceria de cuidados e efetividade da negociação, são observadas muitas inconsistências na sua implementação, o que pode revelar falta de conhecimentos e habilidades nesta temática, bem como na sua implementação. Deverá assim, partir dos mesmos o investimento de pesquisa e investigação no tema para melhoria da sua prestação dos cuidados de saúde e satisfação das crianças e famílias (Castanheira et al., 2013; Coyne, 2013).

O processo de negociação torna-se, assim, essencial para a implementação da parceria de cuidados, mas falível e de elevada exigência para o EESIP. As fragilidades no processo de negociação podem e devem ser exploradas para o investimento na melhoria e progressivo alcance de qualidade. Negociar com base no estímulo e capacitação, demonstrando os benefícios inerentes pode ser a chave para o sucesso quando tem por base uma comunicação eficaz e positiva (Waddington et al., 2021). Segundo Mendes et al. (2016), este processo fica frágil e possivelmente ineficaz quando decorrem falhas de comunicação que comprometem o esclarecimento de informações e, por sua vez desequilibram o poder das relações, colocando em causa todo o sucesso da sua implementação. Por esta razão, a discussão de resultados continuará abordando estas temáticas com vista a perceber todos os influenciadores existentes à parceria de cuidados, e qual a melhor atitude perante estas para que a tendência negativa seja modificada.

Comunicação

A participação da família no processo de atenção à saúde das suas crianças é uma das metas mais desejadas nos serviços de pediatria, a fim de garantir o CCF e consequentemente a parceria de cuidados. Através das relações estabelecidas, surge o compromisso de participação que posteriormente leva à valorização mútua, ajudando as famílias a obterem um sentimento de envolvimento, passando a ser parte integrante da equipa. Esta parceria com a família nos cuidados traduz-se em ganhos para todos, porém a ausência desta envolvimento acontece muitas vezes relacionada com falhas no processo de comunicação que por sua vez afeta todas as componentes inerentes à parceria de cuidados (Mendes et al., 2016).

A negociação, abordada anteriormente, refere-se a um processo interativo, baseado no respeito e na tolerância, no qual se demonstra fundamental o desenvolvimento de boas habilidades interpessoais e de comunicação (Mendes et al., 2016). Roseberg et al. (2018) completa esta ideia evidenciando que é fundamental a evolução no processo de comunicação para a construção de empatia e confiança e consequente relação favorável à parceria de cuidados. Desta forma, para que seja possível fomentar as relações interpessoais é importante que a comunicação seja adaptada aos intervenientes, a fim de fornecer informação de forma adequada e perceptível para que não se quebre a transmissão ou para que se torne inútil. Exemplificando, pais com mais de 30 anos e maior escolaridade apresentam uma comunicação mais facilitadora do que pais mais jovens e menos instruídos, exigindo uma atenção especial (Casey et al., 2013). Desenvolver habilidades interpessoais e comunicacionais passa por conseguir construir relações de confiança com base nas mesmas. Os pais de crianças com deficiência intelectual apontam falhas no processo de comunicação pela falta de tempo que os enfermeiros disponibilizam para dialogar e conhecer (os próprios e os seus filhos), sendo que será desta partilha de informação que partirá o levantamento de necessidades de forma adequada. Por sua vez, estas falhas juntamente com os efeitos negativos cumulativos de outros internamentos, irão pesar negativamente na postura dos pais nas abordagens comunicacionais futuras porque atitude gera atitude e uma falha de comunicação poderá ditar todo o processo de negociação e implementação de parceria de cuidados (Mimmo et al., 2019). Em semelhança, o estudo de Ruddy et al. (2019) que envolve pais de crianças com doença crónica sublinham a importância da comunicação em todo o processo e durabilidade do internamento. Na ótica dos pais, os enfermeiros devem atribuir parte do seu tempo a

comunicar com a criança e manter esta relação com as famílias, dando espaço para os ouvir, de forma contínua para que a atualização das necessidades da criança seja constante e sempre que necessária. Os autores supramencionados ressaltam ainda, a importância da comunicação entre os enfermeiros, tanto nos momentos de passagens de turno, como no decorrer do mesmo para que não haja constrangimentos que possam afetar o bem-estar da criança e conseqüentemente a confiança e segurança dos pais. Waddington et al. (2021) salientam ainda que se deve manter a comunicação relacional como rotina contínua, pois à medida que os pais ganham confiança há uma maior envolvimento nos cuidados, daí a importância de comunicar para negociar de forma constante e consistente.

A comunicação emerge assim como um processo bidirecional como centro de uma parceria eficaz. Se por um lado os pais devem-se fazer valer de uma boa comunicação para defender os interesses e necessidades dos filhos, os enfermeiros têm de apresentar capacidades de exprimir os seus conhecimentos e experiência de forma clara e vantajosa para todo o processo, sempre com a finalidade de promover uma relação de confiança (Barrat et al., 2021). Infelizmente, muitas vezes por falta de tempo, a comunicação torna-se escassa e por esse razão ocorre também a dependência excessiva dos pais, surgindo assim duas grandes barreiras aos CCF que vão afetar o processo de negociação inerente à parceria de cuidados. Conseqüentemente, mesmo existindo vontade por parte dos pais se envolverem, estes acabam por realizar os cuidados diários por instinto ou imitação de outros pais, causando efeitos negativos no bem-estar emocional dos mesmos (Coyne, 2013).

A comunicação deve ser simples e clara, a aquisição de informações deve ser feita através de perguntas e respostas, a atribuição de funções passa por explicar e compreender e, por fim os resultados baseiam-se na verificação de entendimento e finalizar com a negociação dos papéis e cuidados à criança. No entanto, este processo não tem de ser linear e deve evoluir à medida que o diálogo entre pais e enfermeiros é construído. Exemplificando, um pai pode perguntar se existe a possibilidade de realizar aspiração de secreções ao filho quando necessário sem esperar a chegada da enfermeira. Esta intervenção inclui fazer uma pergunta e explicar o raciocínio e pode se dar de imediato início a uma negociação. Na outra perspectiva, a enfermeira ouve, verifica a compreensão sobre o procedimento e talvez negocie esse cuidado ou explique o porquê de não ser passível de negociação (Giambra et al., 2017). Desta forma, apresentada de forma clara e

prática, torna-se ainda mais perceptível a importância da comunicação eficaz na parceria de cuidados. Torna-se evidente a importância da sua efetividade na construção de uma relação de confiança, para uma possível negociação eficaz e para o decorrer de toda a implementação da parceria de cuidados no contexto pediátrico.

Esclarecimento de Papéis

A parceria de cuidados exige uma relação aberta entre enfermeiros, pais e crianças, de forma a permitir a discussão sobre as necessidades de cuidados da criança, com o objetivo de obter um acordo mútuo sobre o estabelecimento dos papéis. Contudo, a construção desta relação é complexa e a concordância sobre os limites de participação dos pais também pode ser. É importante partir desde cedo para a negociação individualizada, tendo em conta o contexto e as necessidades levantadas (Casey et al., 2013).

Não existe ainda um consenso relativo a quais são efetivamente esses papéis de pais e enfermeiros no cuidado da criança e como devem ser negociados (Bedells & Bevan, 2016). Desta forma, inevitavelmente torna-se notório que nenhum dos intervenientes neste processo de parceria de cuidados compreenda adequadamente o seu papel e como o negociar da melhor forma (Castanheira et al., 2013).

As lacunas existentes no estabelecimento de papéis surgem pela falta de esclarecimento existente que, por sua vez resulta das falhas no processo de negociação. Como referido anteriormente a parceria de cuidados é um processo contínuo que requer atenção de várias vertentes, devendo ser a negociação o seu ponto basilar. Esta falta de esclarecimento sobre os papéis e as responsabilidades de cada interveniente no processo de cuidar são causadas pela escassa informação disponibilizada aos pais por parte da equipa de enfermagem, fazendo emergir o desequilíbrio de poder, onde o enfermeiro responsabiliza e não envolve no processo de tomada de decisão (Mendes et al., 2016). Por outro lado, a falta de esclarecimento pode levar os familiares a interpretarem papéis por si definidos, como por exemplo, ajudando os enfermeiros sobrecarregados de trabalho de forma a garantir bons cuidados aos filhos (Coyne, 2013).

A falta de um estabelecimento prévio dos papéis a serem assumidos pela família interfere na compreensão da negociação. A discussão, sem objetivos e exemplos pré-definidos pode gerar controvérsia e interpretações individuais ambíguas (Castanheira et al., 2013). Apesar de globalmente apontarem esta presença como importante, os pais são vistos como mão-de-obra e a aceitação da sua participação está dependente da sua passividade e o acolhimento de indicações (Castanheira et al., 2013). Coyne (2013) corrobora esta visão, apresentando também a opinião de que os enfermeiros determinam o grau de envolvimento para a definição de papéis no internamento com base no tempo de permanência, a necessidade de alta breve e a elevada competência parental (por exemplo pais de crianças com doença crónica) e não baseado num processo de negociação instalado com uma comunicação eficaz. Em suma, é perceptível que o nível de participação dos pais é, em grande parte definido pelo enfermeiro e que, apesar de não serem consultados, recebem por norma tarefas de cuidados básicos, como gerir alimentação e administrar terapêutica oral (Phiri et al., 2020).

No caso das crianças com doença crónica ou intelectual, o estabelecimento de papéis não é mais importante, mas carece de maior atenção para que a experiência e os conhecimentos não colidam, e a relação entre os intervenientes possa ser saudável a fim de prestar os melhores cuidados (Ruddy et al., 2019). Nestes casos específicos, quando existem falhas evidentes no processo de negociação e, conseqüentemente no estabelecimento de papéis, os pais sentem-se intitulados com várias funções, sem diálogo ou discussão prévia, provocando sentimentos de responsabilidade, dependência e necessidade de omnipresença para manter a segurança dos filhos e não falhar às expectativas que deduzem ser as da equipa de enfermagem (Mimmo et al., 2019).

O processo de estabelecimento de papéis, nos estudos que abordam esta temática, é definido maioritariamente como pouco explícito. No entanto, os resultados do estudo de Casey et al. (2013) revelam que o papel dos pais é estar sempre com a criança e prestar geralmente cuidados básicos como no domicílio. Na sua maioria os pais apresentam este entendimento dos papéis, mas os mesmos não foram previamente discutidos com os enfermeiros, estes foram provavelmente deduzidos pelos pais por parecer o mais adequado ou por imitação de outros pais, o que na realidade revela, falhas no processo de negociação (Casey et al., 2013). Conseqüentemente, estas falhas no processo de negociação despoletam sentimentos de ansiedade, frustração e impotência devido à

incerteza sobre os papéis a adotar. Inundados por estes sentimentos são gerados conflitos desnecessários entre pais e enfermeiros perante a falta de tempo para esclarecer papéis, sendo muitas vezes a má comunicação a sua etiologia. Desta forma, com esta relação fragilizada, os enfermeiros acabam por levar os pais a não desempenharem papéis para além da parentalidade e os mesmos não ambicionam uma maior participação por falta de conhecimento e esclarecimento (Bedells & Bevan, 2016). Em suma, é de extrema importância perceber que existem diferenças entre os pais entenderem os seus papéis e os enfermeiros preparem os pais para os seus papéis após uma adequada negociação (Phiri et al., 2020). Isto significa que se torna uma competência do EESIP iniciar este processo de parceria de cuidados com uma adequada negociação através de uma comunicação eficaz que permitirá o estabelecimento de papéis efetivos. Tal permite a preparação e capacitação dos pais para incorporação desses mesmos papéis de modo a promover uma prestação de cuidados individualizada, tendo a família como parte da equipa e não como opositor ou observador.

Capacidades dos Pais/Capacitação

A parceria de cuidados passa também por perceber e avaliar as capacidades dos pais, e capacitá-los quando necessário para a aquisição de novas competências quando os cuidados das crianças assim o passam a exigir. A preparação dos pais para este processo envolve perceber as necessidades da criança e família, discutir o planeamento do plano de cuidados, avaliar o nível de capacidades e proceder à capacitação através de ensinamentos por meio de demonstração e, posteriormente efetuar avaliação da aquisição de competências. Este processo é de extrema importância para aumentar o nível de participação dos pais nos cuidados e minimizar os erros ou falhas (Phiri et al., 2020). Um dos erros detetados depreende-se no facto dos enfermeiros dividirem as tarefas e estabelecerem papéis de forma proporcional entre o nível de conhecimentos e o grau de complexidade do cuidado, ficando a família responsável por realizar cuidados básicos como realiza no domicílio e o enfermeiro com a prestação de cuidados mais diferenciados. No entanto, os enfermeiros justificam esta falha pela resistência familiar em prestar cuidados por falta de conhecimentos, o que de imediato se deteta nova falta na

capacitação dos pais por parte dos enfermeiros para aumentar o encorajamento. Por outro lado, denota-se um investimento no desenvolvimento de capacidades dos pais e crianças por parte da equipa quando existe necessidade de continuidade de cuidados no pós alta a serem prestados pelos pais que, por sua vez deviam ser alvo de atenção e empenho como todas as outras crianças e famílias (Castanheira et al., 2013). Coyne (2013) corrobora a mesma ideia, de que os enfermeiros consideram necessário despende muito tempo para capacitar os pais para novas habilidades, gerando stress e ansiedade na equipa desnecessariamente quando as crianças e famílias não precisam desses conhecimentos no futuro. No mesmo sentido surge a opinião dos pais e crianças que, na maioria das vezes consideram desnecessária a aprendizagem que não seja imprescindível após a alta.

A demonstração de confiança por parte dos enfermeiros nas competências pré-existentes dos pais promove o conforto e diminui a ansiedade dos mesmos relativamente aos cuidados de saúde. Encarar de forma empática e mostrar adaptação possível às capacidades da família revela um impacto muito positivo no processo de cuidar e demonstra que as intervenções e estabelecimento de papéis devem ser geridos conforme as habilidades ou potencialidades (Roseberg et al., 2018). Esta perspetiva dá também ao enfermeiro a possibilidade de se permitir a aprender com os pais e crianças dependentes de dispositivo médico, na medida em que os conhecimentos dos pais podem ser enriquecedores e vantajosos para a prestação de cuidados. Assim, através do respeito e partilha mútua é possível avaliar adequadamente a família e perceber qual a melhor forma de introduzir novas informações e competências sem parecer uma demonstração de sabedoria superior (Giambra et al., 2017).

No estudo de Uhm e Kim (2018), a implementação por parte dos enfermeiros de um programa de parceria entre mãe-enfermeiro com base na partilha de conhecimentos e consequente participação nos cuidados, obteve ótimos resultados na prática tanto a nível emocional e cognitivo das mães bem como autoeficácia parental. Desta forma, é importante que o enfermeiro forneça informações, orientações, vigilância e colaboração no treino, para promover a parceria de cuidados com os pais à medida que ganham habilidades e confiança para cuidar das crianças (Waddington et al., 2021).

Transmitir conhecimentos e promover a capacitação dos pais é assim uma etapa fundamental para a implementação da parceria de cuidados pelo EESIP. A forma como será realizada e rececionada a informação torna-se também determinante para o sucesso

de todo o processo. No caso de apresentar falhas, o estabelecimento de papéis poderá sofrer alterações por inseguranças ou dúvidas nas suas capacidades que, por sua vez poderá pôr em causa a negociação e toda a relação comunicacional envolvente. Desta forma, a valorização dos conhecimentos dos pais e a sua formação por parte dos enfermeiros com base no respeito e a fim de garantir a segurança determinará que a capacitação é a chave para a envolvimento e participação (Mendes et al., 2016).

Barreiras à Parceria

Durante o desenvolvimento deste capítulo foram analisadas e discutidas temáticas inerentes à intervenção direta dos enfermeiros, famílias ou crianças. A abordagem a este tema foi realizada apenas por dois estudos e está relacionada com os fatores que influenciam direta ou indiretamente a parceria de cuidados, que podem ser ou não alheios aos intervenientes.

A parceria de cuidados para ser aplicada na prática exige ao enfermeiro o domínio desta vertente, bem como conhecimentos sobre o CFF. Segundo Coyne (2013), os enfermeiros apresentam dificuldades na sua implementação devido ao défice de conhecimentos e habilidades da área, pela falta de investimento ou reduzida informação e formalização de normas. Por outro lado, o stress e a ansiedade inerentes à profissão ou associados à sobrecarga de trabalho, bem como as lutas de poder entre colegas e com superiores podem também influenciar esta implementação. Complementando estas informações, Hopwood et al. (2012), aprofundam mais esta vertente e agrupam como fatores influenciadores do processo em conjunto com a importância da aprendizagem contínua, o papel individual dos enfermeiros na formação da prática, as relações com pares e gestores, características organizacionais, fatores extra organizacionais e supervisão clínica. A aprendizagem contínua e a formação da prática apresentam-se como essenciais para o desenvolvimento de competências e promoção da parceria de cuidados. É através do contacto prático com a maior diversidade de situações e complementando com reflexão fundamentada que se podem alcançar melhorias evidentes na prática individual e na forma como moldam a prática da parceria. Relativamente às relações com pares e gestores, estas podem ter uma influência positiva na prestação da parceria de

cuidados quando existe compartilhamento de experiências diárias, troca de ideias, conhecimentos e habilidades e a neutralização de situações geradores de stress. Sobre fatores organizacionais podem ressaltar-se alguns aspectos negativos e influenciadores da prática da parceria de cuidados quando são exigidas pelas chefias organizacionais metas relativas a um maior atendimento de utentes e/ou redução de tempos de espera. Inevitavelmente estas pressões da organização podem conferir ao enfermeiro stress e gestão de tempo desapropriada à implementação da parceria de cuidados. Quanto aos fatores extra organizacionais, os autores supramencionados salientam as questões sociopolíticas ou gestão de setores da saúde podem influenciar positiva ou negativamente a prática dos enfermeiros no seu local de trabalho. Por exemplo, a visita domiciliária pode proporcionar ao enfermeiro uma continuidade de cuidados após a alta do internamento. No entanto a falta de conectores entre diferentes áreas da prestação de cuidados de saúde apresenta-se como elemento dificultador. Por fim, a supervisão clínica apesar de nomeada como fator influenciador não é desenvolvido no estudo por se tratar de um tema trabalhado anteriormente (Hopwood et al., 2012). Torna-se óbvia a pertinência de incluir a supervisão clínica como fator influenciador, devido à forma como é realizada e como é rececionada pelos avaliados, podendo interferir na atitude dos enfermeiros e, conseqüentemente interferir na sua prestação de cuidados, especificamente na parceria de cuidados.

Concluindo, a parceria de cuidados demonstra ser um modelo de importante aplicabilidade na prática e passível de ser influenciada por diversas vertentes que podem ditar o seu sucesso ou insucesso. Neste caso, os fatores relacionados diretamente com o enfermeiro como profissional dependem apenas de si, e no investimento da sua formação e aplicabilidade prática. Quanto ao que lhe é alheio e inalterável à sua intervenção, deverá influenciar-se o menos possível de forma a não prejudicar a prestação de cuidados de qualidade à criança e sua família.

2.6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

Ao analisar os resultados desta RIL pode concluir-se que a maioria dos autores refere que a parceria de cuidados é uma ferramenta fundamental na prática do EESIP. A sua implementação deve ser baseada numa comunicação eficaz entre o EESIP, pais e

crianças, na negociação, no esclarecimento de papéis tendo em conta a individualidade da situação e as suas capacidades, no acordo relativo ao nível e tipo de envolvimento familiar, podendo oscilar entre participação nula ao domínio quase total. No entanto, na prática clínica denotam-se diversas lacunas no decorrer de toda a implementação da parceria, salientando-se a negociação como a maior influenciadora no decurso de todo este processo. A não existência deste processo, ou a sua incorreta realização, desencadeia diversas intervenções menos adequadas e sentimentos e emoções prejudiciais para todos os envolvidos.

No sentido de potencializar a implementação da parceria de cuidados com o objetivo de melhorar a prestação dos enfermeiros, parece-nos fundamental aumentar o investimento de formação nesta temática, nos diferentes contextos da prática clínica para que as equipas percebam a sua importância, a sua real definição, a ideal implementação e as estratégias a adotar para contornar falhas ou dificuldades encontradas na relação com a criança e com os pais. Esta formação, realizada por EESIP, no seguimento de uma adequada e pertinente investigação, deverá também incluir a necessidade de constante atualização, uma vez que sendo uma temática que abarca várias lacunas, é expectável que, com o decorrer do tempo surjam diferentes informações e novas estratégias para promover a melhoria da sua implementação.

A amostra de estudos incluído nas RIL, parece-nos suficiente e favorável para uma discussão rica e portadora de informação de elevada relevância teórica bem como implicações práticas. No entanto, a criação de grupos de trabalho de EESIP, nos diferentes contextos da prática, com o objetivo de investir na investigação sobre a negociação da parceria de cuidados entre enfermeiro, pais e crianças, poderá demonstrar-se útil no aumento do conhecimento da temática e, acima de tudo na implementação da parceria num maior número de contextos clínicos. Durante a realização dos estágios foi possível verificar a existência da parceria de cuidados em diferentes contextos não referidos no estudo, como no serviço de urgência e nos cuidados de saúde primários, onde apesar de mais pontual e curta é evidente, importante, e apresenta impactos consideráveis no estado de saúde, na parentalidade, podendo ditar o nível de satisfação dos pais e crianças que recorrem a estes serviços.

Desta forma mostra-se pertinente, que o EESIP proponha formas de implementação do Modelo de Parceria de Cuidados nos diferentes contextos da prática clínica, representando de seguida em figura para melhor perceção.

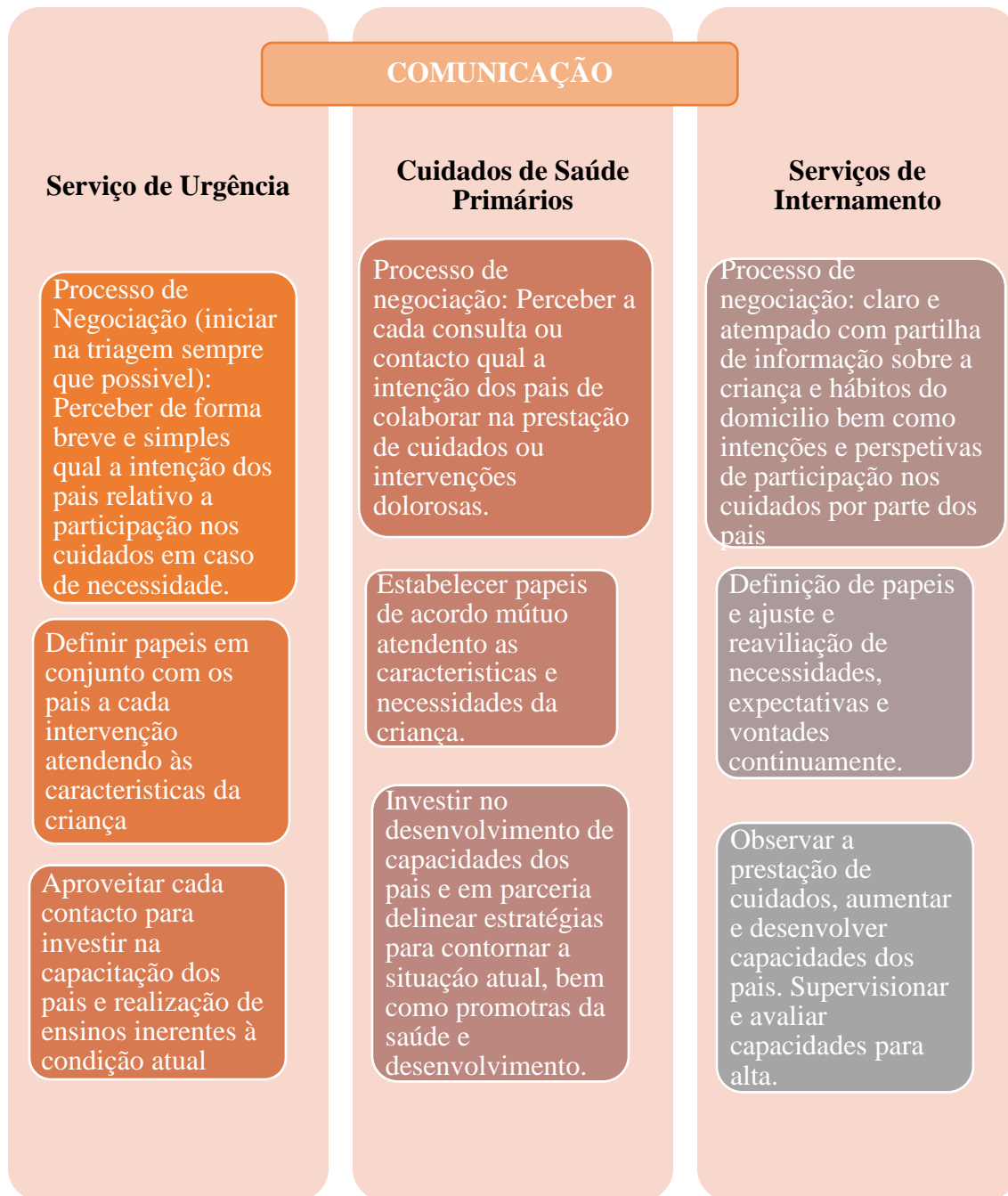


Figura 3. Proposta de Implementação do Modelo de Parceria de cuidados nos diferentes contextos da prática clínica

Na prática diária do EESIP, independentemente do contexto, a documentação das suas intervenções é também imprescindível para apreciação e contabilização quantitativa do seu trabalho. Na verdade, nesta vertente mais direcionada aos serviços de internamento, existem poucas ferramentas pré-definidas nos sistemas de registos de informação de Enfermagem relativas ao processo de negociação da parceria de cuidados. Neste sentido, e a fim de formalizar o processo de negociação para facilitar a sua implementação, poderá ser uma mais-valia a criação de grupos de trabalho de EESIP, como o objetivo de desenvolver um instrumento de apoio à negociação como guia para todos os enfermeiros em exercício de funções em serviços de pediatria, pelo qual este se deve orientar, no momento de admissão e atualizar sempre que necessário. Deste modo, seria evitada a anulação completa da negociação, visto que os pais e as crianças teriam oportunidade para demonstrar desde início a intenção de participação, assim como, a possibilidade de redefinição da mesma. Consequentemente todos ficariam esclarecidos quanto aos seus papéis, e a realização do plano de cuidados ocorreria em parceria com informações partilhadas. Este instrumento poderia ser realizado em forma de questionário pelo EESIP, no momento da admissão e espelharia as expectativas dos pais, vontade, conhecimentos e habilidades a ter em conta. O preenchimento do mesmo seria feito em conjunto, implicando assim o diálogo, o debate, o levantamento de necessidades da família e o esclarecimento de dúvidas no imediato. Posteriormente, as respostas e os resultados obtidos deveriam ser inseridos no sistema de informação de forma a ser acessível a todos os elementos da equipa, bem como demonstrar que a negociação dos cuidados de enfermagem implica a disponibilização de tempo acrescido a cada admissão, para que seja realizada de forma calma e negociada verdadeiramente (APÊNDICE II – Ferramenta auxiliar para o processo de negociação). Desta forma, após a iniciação do processo de negociação com a aplicação do questionário, o Modelo deveria ser aplicado de forma transversal neste contexto, baseado em evidencia científica, salientando, mais uma vez, a importância da formação dos pares por parte do EESIP. Para melhor entendimento apresentamos em forma de esquema uma proposta de implementação do modelo na prática e os fatores condicionantes a ter sempre em conta.

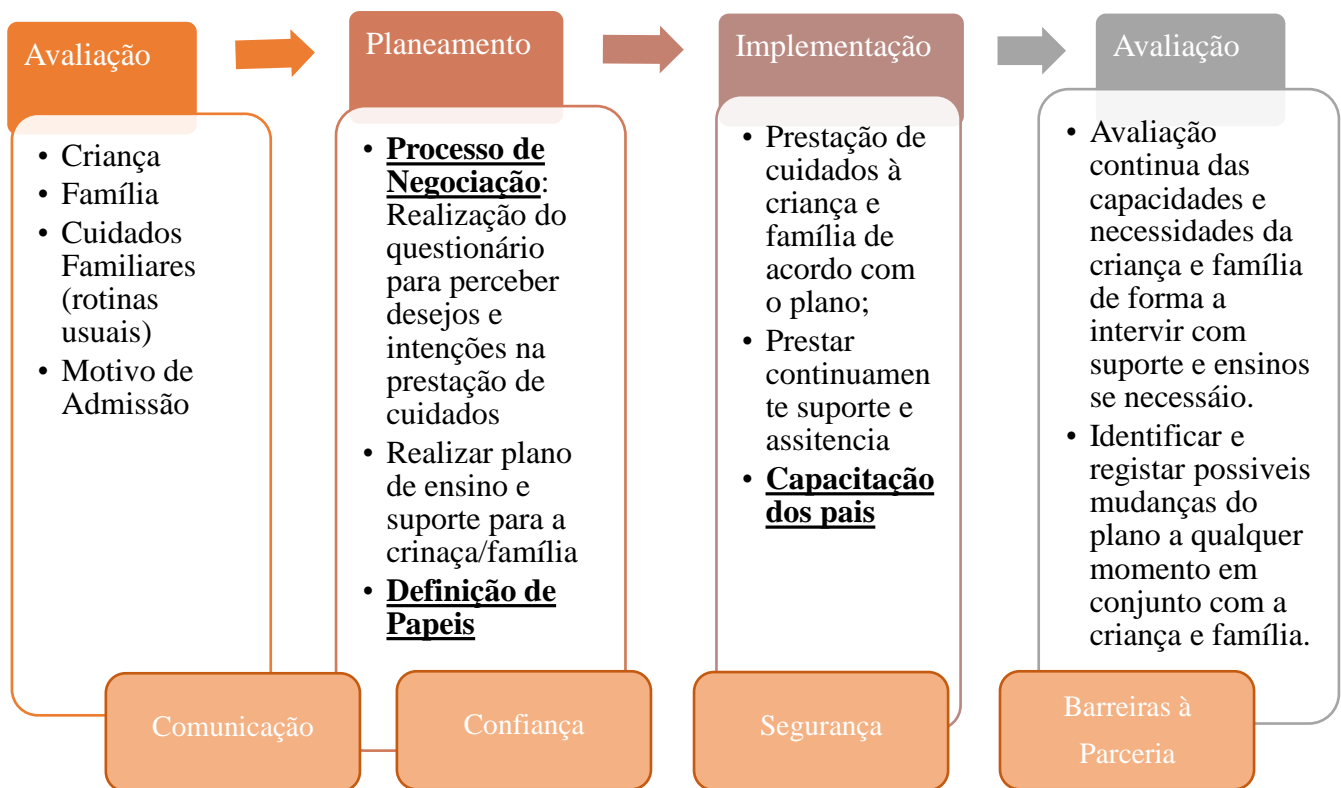


Figura 4. Proposta de Implementação do Modelo de Parceria de cuidados

Por fim, considera-se que o facto de existir ainda pouco investimento na investigação relativa às barreiras à negociação, pode indicar uma necessidade de investigação na área. No percurso prático deste mestrado, constatou-se que as condições físicas, os recursos humanos e rácios desajustados, a postura das chefias, o trabalho em equipa e a saúde mental dos enfermeiros influencia a implementação positiva da parceria de cuidados. Exemplificando, o facto de as condições físicas nos serviços de internamento implicarem desconforto evidente para os acompanhantes (dormir num cadeirão, quartos partilhados com outras crianças e pais), condiciona direta ou indiretamente a parceria, seja por fadiga ou por vergonha e receio de serem avaliados por terceiros presentes durante a realização das intervenções. Por outro lado, o facto dos rácios não serem os mais adequados em alguns serviços, compromete o tempo que o EESIP pode investir em cada criança e família, podendo também influenciar negativamente a parceria. Será assim,

extremamente importante, o reconhecimento por parte das instituições, do impacto que a fadiga tem a nível da saúde mental dos enfermeiros e da sua produtividade.

Propõe-se a criação de grupos de trabalho, composto por EESIP, com o objetivo de, baseado na melhor e mais recente evidência científica disponível, apresentar recomendações relativas à estrutura e organização física dos serviços, bem como, de potenciais medidas a implementar com vista à maximização das condições de trabalhos dos enfermeiros.

Concluindo, é de extrema importância que o EESIP potencie a capacidade crítica e reflexiva constante dos seus pares, nos diferentes contextos da prática, fundamentado as suas intervenções em evidência científica, o seu desenvolvimento de competências, e garantindo a máxima qualidade na prestação de cuidados em parceria a crianças e família.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração deste relatório tornou-se claro e perceptível o percurso realizado ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A concretização da reflexão crítica sobre o desenvolvimento de competências destacou as experiências vivenciadas e a capacidade de as discutir com base em evidência científica e em prol da melhor prestação de cuidados. Permitiu também refletir sobre as expectativas pessoais até à implementação correta na prática dos diferentes contextos. Desta forma, torna-se possível perceber ainda melhor que as crianças são seres de necessidades e que essas mesmas são influenciadas pelo ambiente e contexto em que são inseridas. Ser EESIP é tornar-se isso mesmo, moldável não só à criança e família, mas também ao contexto em que vamos prestar cuidados. Por outro lado, o facto de observar a realidade de diferentes contextos também possibilita a perceção transversal de que a criança deve ser sempre observada de forma holística, sendo prestados cuidados centrados na família de forma a promover a parentalidade, a saúde e o bem-estar de todos os envolvidos.

A Parceria de Cuidados é um conceito inerente à prática do EESIP, tornando-se tão importante pela sua impossível dissociação da prática pois cuidar de uma criança, nunca é uma intervenção isolada. Por esta razão, umas das metas internacionais nos serviços de Pediatria é garantir a prestação de cuidados centrados na família e consequentemente promover relações de partilha, influência e valorização mútua para que sejam planeados os cuidados de forma a que a família se sinta parte integral da equipa (Mendes et al., 2016). Desta forma, surgiu o interesse em aprofundar os conhecimentos nesta temática que se demonstrava em cada contexto clínico diferente em implementação e igual na dimensão da sua importância. Pelo impacto do seu potencial na prática foi realizada esta RIL, com o objetivo de aumentar os conhecimentos na área, perceber as perspetivas dos intervenientes no modelo e intervir de forma positiva e enriquecedora para a profissão.

Considerando a concretização desta RIL uma mais valia tanto a nível pessoal, como profissional, foi notável a perceção do impacto da implementação prática deste modelo. Abordar a parceria para o cuidado de forma constante cria uma relação de confiança entre a criança, família e EESIP e promove uma melhor experiência para todos. Uma criança tranquila e segura gera na família uma sensação de confiança e diminui

francamente a percentagem de ansiedade e medos e conseqüentemente promove um ambiente de trabalho benéfico para o EESIP. Em suma, a parceria é realmente um trabalho em equipa em que todos saem vitoriosos (Casey et al., 2013).

Com a realização deste estudo e após a sua análise e discussão de resultados, foi possível elaborar uma proposta de intervenção onde a investigação continua e a formação dos profissionais se destaca. Sugere-se também formas de implementar este modelo nos diferentes contextos, destacando os serviços de internamento pela maior longevidade no contacto com a criança e família. Evidencia-se assim a importância de tornar transversal e conhecida a implementação deste modelo para que todos possam beneficiar de forma plena e garantir melhores níveis de satisfação e bem-estar.

Durante o percurso de elaboração do presente relatório foram encontradas algumas dificuldades na sua realização resultantes na pouca experiência relativa a este tipo de documentos e estudos. Tais problemas foram ultrapassados com pesquisa e suporte fornecido pelas orientadoras do relatório e colegas com nível de experiência diferente.

Desta forma, pode-se afirmar que a elaboração deste relatório foi concluída de forma satisfatória e apesar das dificuldades vividas ao longo do mesmo, os objetivos para a concretização de cada um foram alcançados. Quanto à temática abordada, esta reveste-se de um interesse enorme e os resultados obtidos podem se demonstrar subsídios significativos tanto a nível pessoal como para futuros estudos ou para a reflexão da prática de todos os EESIP com o grande objetivo de promover a prática em prol da obtenção de ganhos em saúde infantil e pediátrica.

4.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, F., Galvão, L., Sobral, R., Silva, W., Silva, J., Oliveira, A., . . . Sousa, V. (2020). Percepção das adolescentes sobre a consulta de Enfermagem na Atenção Básica de Saúde. *Revista Eletrônica Acervo Saúde, 12*.
- Alves, R. (2020). *Cuidar para a promoção de saúde: Intervenções de Enfermagem na maximização do potencial do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil*. Relatório de Estágio em contexto de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Lisboa.
- Anne Casey, Antunes, A., Carvalho, J., & Sousa, P. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *NURSING CHILDREN AND YOUNG PEOPLE, XXV(2)*.
- Azevedo, T., Lima, B., & Martinez, E. (2021). A formação e a vivência dos profissionais de saúde frente ao processo de morte e morrer em pediatria: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development, X(9)*.
- Barratt, M., Bail, K., & Paterson, C. (2021). Children living with long-term conditions: A meta-aggregation of parental experiences of partnership nursing. *Journal of Clinical Nursing*.
- Batalha, L., & Sousa, A. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, IV(17)*.
- Bedells, E., & Bevan, A. (2016). Roles of nurses and parents caring for hospitalised children. *NURSING CHILDREN AND YOUNG PEOPLE, XXVIII(2)*.
- Bruno, M., Batista, N., Trettene, A., Farinha, F., Matiole, C., Macedo, M., . . . Razera, A. (2021). Compreendendo a espiritualidade dos cuidadores de crianças oncológicas. *Revista Eletrônica Acervo Saúde(XIII)*.
- Camargo, F., Iwamoto, H., Galvão, C., Pereira, G., Andrade, R., & Masso, G. (2017). Competências e barreiras para Prática Baseada em Evidências na Enfermagem: revisão integrativa. *REBEn*.
- Campelo, C., Sousa, S., Silva, L., Dias, R., Azevedo, P., Nunes, F., & Paiva, F. (Setembro de 2018). CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE E CUIDADO CULTURAL DE ENFERMAGEM. *Revista enfermagem UFPE on line*.
- Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Araújo, T., Silva, R., Barbosa, L., . . . Bettencourt, M. (2019). CONTRIBUTOS DO REFERENCIAL TEÓRICO DE AFAF MELEIS PARA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO. *Revista Investigação em Enfermagem, 35-44*.
- Castanheira, B., Matsuda, L., & Higarashi, I. (2013). Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro-acompanhante. *Revista Eletónica de Enfermagem*.

- Charepe, Z., Carvalho, M., & Duarte, T. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congénita: reflexão sobre as vivências dos pais. *Cadernos de Saúde*, XIV(1).
- Correio, S. F. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Rev Port Med Geral*.
- Coyne, I. (2013). Families and health-care professionals' perspectives and expectations of family-centred care: hidden expectations and unclear roles. *John Wiley & Sons Ltd*, 796-808.
- Cunha, M., Silva, E., Silva, D., Aparício, G., Bica, I., & Albuquerque, C. (2019). Promoção da saúde mental das crianças: contributos dos enfermeiros.
- Dantas, H., Costa, C., Costa, L., Lúcio, I., & Comassetto, I. (2021). COMO ELABORAR UMA REVISÃO INTEGRATIVA: SISTEMATIZAÇÃO DO MÉTODO CIENTÍFICO. *Revista Recien*, 334-345.
- Diário da República. (12 de Julho de 2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro. pp. 2ª Série - Nº 133.
- Diário da República. (Fevereiro de 2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Regulamento n.º 140/201*.
- Direção Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. (014/2010).
- Direção Geral de Saúde. (Junho de 2012). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.
- Direção Geral de Saúde. (Maio de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. (010).
- Fassarella, B., Ribeiro, W., & Neves, K. (2020). Morte e Morrer na emergência pediátrica: a protagonização da equipe de enfermagem frente a finitude da vida. *Revista Pró-Univer SUS*.
- Ferreira, L., Oliveira, J., Gonçalves, R., Elias, T., Medeiros, S., & Mororó, D. (2019). CUIDAR DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS. *Rev enferm UFPE on line*, 23-31.
- Gaíva, M., Monteschio, C., Moreira, M., & Salge, A. (2017). Avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil na consulta de enfermagem.
- Giambra, B., Broome, M., Sabourin, T., Buelow, J., & Stiffler, D. (2017). Integration of Parent and Nurse Perspectives of Communication to Plan Care for Technology Dependent Children: The Theory of Shared Communication. *ELSEVIER*.
- Gotardo, P., & Schmidt, C. (2022). Atuação do enfermeiro na atenção à saúde sexual e reprodutiva de adolescentes. *Conjecturas*, 22(13).
- Guinta, M., & John, R. (2018). Social Media and Adolescent Health. *PEDIATRIC NURSING*, 44(4).
- Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *WONG - Fundamentos de Enfermagem*. Elsevier Editora Ltda.

- Hopwood, N., Fowler, C., Lee, A., Rossiter, C., & Bigsby, M. (2012). Understanding partnership practice in child and family nursing through the concept of practice architectures. *Nursing Inquiry*, 199-210.
- Júnior, A., Abreu, L., Lima, L., Araújo, A., Torres, R., & Silva, M. (2019). CONSULTA DE ENFERMAGEM NO CUIDADO AMBULATORIAL ÀS JUVENTUDES. *Rev enferm UFPE on line*.
- Lins, G. (2019). A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E A CRIANÇA HOSPITALIZADA E SUA FAMÍLIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA.
- Loiola, B., Sousa, W., Carvalho, M., Gomes, S., & Carvalho, S. (2019). O PAPEL DO ENFERMEIRO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INFANTIL. *JOIN - VI Encontro Internacional de Jovens Investigadores*.
- Lopes, N. (2012). *PARCERIA NOS CUIDADOS À CRIANÇA NOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA: PERSPETIVA DOS ENFERMEIROS*. DISSERTAÇÃO DE MESTRADO, Porto.
- Loureiro, F., Antunes, A., & Charepe, Z. (2020). Concepções teóricas de enfermagem nos cuidados à criança hospitalizada: scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*.
- Lusquinhos, A., Mendes, A., & Bento, M. (2019). O cuidado-centrado na Família da Pessoa em Situação Crítica na Unidade de Cuidados intensivos: Revisão integrativa da literatura. *Atas CIAIQ*.
- Magri, M., Moreira, V., & Oliveira, Y. (2022). Sistematização da assistência da enfermagem na unidade de terapia intensiva neonatal visando práticas humanizadas. *Brazilian Journal of Health Review*.
- Mano, M. J. (2002). Cuidados em Parceria às Crianças Hospitalizadas: Predisposição dos Enfermeiros e dos Pais. *Referência, Revista de Enfermagem*(8).
- MCCANN, C. L. (2018). NEGOTIATION INTERVENTION BETWEEN THE FAMILY AND THE NURSE OF A HOSPITALIZED CHILD.
- Meleis, A., & Chick, N. (1986). *Transitions: A Nursing Concern*.
- Mendes, M. (2016). Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros.
- Mendes, M., & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Referência, Revista de Enfermagem*.
- Mendes, M., Araújo, B., & Martins, M. (2016). Trabajo en equipo y negociación con la familia en Pediatría. *ELSEVIER*.
- Mimmo, L., Woolfenden, S., Travaglia, J., & Harrison, R. (2019). Partnerships for safe care: A meta-narrative of the experience for the parent of a child with Intellectual Disability in hospital. *WILEY*, 1199-1212.

- Moreira, W., Lira, L., Lira, L., Abreu, M., Júnior, C., & Sousa, I. (2022). ENTRAVES E DESAFIOS NA ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA. *CUIDADO É FUNDAMENTAL*.
- Moura, Z., Matozinhos, F., Araújo, L., Oliveira, A., & Silva, T. (2021). Amamentação como método de alívio da dor durante a vacinação: revisão integrativa. *Research, Society and Development, 10*(3).
- Neto, A., Silva, J., Santos, L., Menezes, A., Melo, L., & Silva, F. (2021). UTILIZAÇÃO DA PRÁTICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS POR ENFERMEIROS NO SERVIÇO HOSPITALAR. *Cogitare Enfermagem, 26*.
- Neto, E., & Alves, R. (2022). Re-construir a esperança nos pais do doente crônico em estado crítico. *Latin American Journal of Development, IV*(6), 1948-1954.
- Nóbrega, T., Vieira, M., Gaspar, S., & Galante, R. (2018). PROMOÇÃO DA SAÚDE EM CONTEXTO ESCOLAR.
- Oliveira, V., & Cadete, M. (2021). A consulta de enfermagem no acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil.
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. *1*(3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). GUIAS ORIENTADORES DE BOA PRÁTICA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA. *Promoção da Esperança/Preparação do regresso a casa da criança, 3*(3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). REGULAMENTO DOS PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE DA CRIANÇA E DO JOVEM.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO. *Guia Orientador de Boa Prática*(8).
- Organização Pan-Americana da Saúde. (2020). DeCS/MeSH Descritores em Ciências da Saúde. *GUIA PARA UTILIZAÇÃO DO NOVO PORTAL DO DeCS/MeSH*.
- Pedroso, R. (2017). IMPACTO DA PARCERIA DE CUIDADOS PARA A CRIANÇA HOSPITALIZADA E SUA FAMÍLIA. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 3*(1), 225-232.
- Pereira, M., & Galvão, D. (Junho de 2022). O cuidar em enfermagem no serviço de urgência pediátrica de um Hospital Distrital. Aspetos valorizados pelos enfermeiros e pelos pais. *Latin American Journal of Development, 4*(4), 1581-1598. doi: 10.46814/lajdv4n4-018
- Pestana, H., Sousa, L., Firmino, C., Vieira, C., & Severino, S. (2018). REVISÕES DA LITERATURA CIENTÍFICA: TIPOS, MÉTODOS E APLICAÇÕES EM ENFERMAGEM. *RPER*.

- Phiri, L., Chimwaza, A., & Phiri, P. (2020). Parents' Perception regarding Their Participation in the Care of Hospitalised Children at a Tertiary Government Hospital in Blantyre, Malawi. *Africa Journal of Nursing and Midwifery*, XXII(1).
- Pimenta, E., Wanderley, L., Soares, C., & Delmiro, A. (2020). Cuidar de crianças com necessidades especiais de saúde: Do diagnóstico às demandas de cuidados no domicílio. *Brazilian Journal of Development*, VI(8), 58506-58521.
- Ramalho, E., Nóbrega, V., Mororó, D., Pinto, J., Cabral, C., & Collet, N. (2022). Atuação da enfermeira no processo de alta hospitalar de criança com doença crônica. *Revista Gaucha de Enfermagem*.
- Ramos, D. (2021). *A PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E FAMÍLIA ENQUANTO INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA*. Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, Lisboa.
- Reis, N., Santos, M., Almeida, I., Gomes, H., Leite, D., & Peres, E. (2019). A HOSPITALIZAÇÃO DO ADOLESCENTE NA ÓTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. *Enferm. Foco*, 7-12.
- Ribeiro, O., Martins, M., Rizatto, D., & Forte, E. (2018). O OLHAR DOS ENFERMEIROS PORTUGUESES SOBRE OS CONCEITOS METAPARADIGMÁTICOS DE ENFERMAGEM.
- Rosenberg, R., Williams, E., Ramchandani, N., Rosenfeld, P., Silber, B., Schlucter, J., . . . Bolyai, S. (2018). Provider Perspectives on Partnering With Parents of Hospitalized Children to Improve Safety.
- Ruddy, M., Rennick, J., Sauveur, I., & Knox, A. (2019). Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric intensive care unit hospitalization: an interpretive descriptive study. *BMC Pediatrics*.
- Santos, J., & Aguiar, R. (2020). CUIDADO DE ENFERMAGEM AOS ADOLESCENTES EM CUMPRIMENTO DE MEDIDA SOCIOEDUCATIVA. *CEREUS*, 12(20).
- Santos, C. d. (2021). COVID-19 E SAÚDE MENTAL DOS ADOLESCENTES: VULNERABILIDADES ASSOCIADAS AO USO DE INTERNET E MÍDIAS SOCIAIS. *HOLOS*.
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). A ESTRATÉGIA PICO PARA A CONSTRUÇÃO DA PERGUNTA DE PESQUISA E BUSCA DE EVIDÊNCIAS. *Revista Latino-am Enfermagem*.
- Santos, E., Costa, R., Souza, S., Sales, A., Santana, C., Damasceno, E., . . . Silva, R. (2022). A COMUNICAÇÃO ENTRE A EQUIPE DE ENFERMAGEM E O ACOMPANHANTE DURANTE O PERÍODO DE INTERNAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO DA LITERATURA. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 8(03).

- Santos, M., & Galvão, M. (2014). A elaboração da pergunta adequada de pesquisa. *Sociedade Brasileira de Pediatria*.
- Sedrez, E., & Monteiro, J. (2019). Avaliação da dor em pediatria. *REBEn*.
- Silva, E., & Apóstolo, J. (Fevereiro de 2021). PRESENÇA DOS PAIS NAS UNIDADES DE NEONATOLOGIA PORTUGUESAS DURANTE A PANDEMIA COVID-19. *Revista Investigação em Enfermagem*, 39-45.
- Silva, T., Silva, M., Valadares, G., Silva, Í., & Leite, J. (2015). Gerenciamento do cuidado de enfermagem à criança em condição crônica hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*.
- Silveira, C., Bellaguarda, M., Canever, B., Costa, R., Knih, N., & Caldeira, S. (2022). Coping da equipe de enfermagem no processo morte-morrer em unidade neonatal.
- Sousa, F., & Curado, M. (2020). Fatores preditores do stress parental nas unidades de neonatologia estudo de pré-validação da easpun. *Pensar Enfermagem*, 24(1).
- Sousa, L., Severino, S., Viera, C., & Antunes, V. (Novembro de 2017). Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Revista Investigação em Enfermagem*, 17-26.
- Tocantinis, F. R., Martinez, E. A., & Souza, S. R. (2013). AS ESPECIFICIDADES DA COMUNICAÇÃO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 37-44.
- Uhm, J.-Y., & Kim, H. (2018). Impact of the mother–nurse partnership programme on mother and infant outcomes in paediatric cardiac intensive care unit. *ELSEVIER*.
- Veludo, F., Pontífice Sousa, P., & Marques, R. (Abril de 2022). ENFERMAGEM ESPECIALIZADA UM VALOR EM SAÚDE. *IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem*.
- Veríssimo, M., Costa, P., Andrade, P., Cintra, T., Cordeiro, S., & Pettengill, M. (2021). Necessidades, práticas parentais e disseminação de informações sobre desenvolvimento infantil e socioemocional do lactente. *REBEn*.
- Waddington, C., Veenendaal, N., O'Brien, K., & Patel, N. (2021). Family integrated care: Supporting parents as primary caregivers in the neonatal intensive care unit. *wileyonlinelibrary*.

5.ANEXOS

APÊNDICE I – Tabela de avaliação dos artigos

	Referência	Título	Objetivos	Metodologia	Resultados/Conclusão
Nr. 5	Mendes et al, 2016	<u>Teamwork and negotiation with family in pediatrics</u>	Analisar o processo de negociação e interação na prática de enfermagem com as mães de crianças internadas em Pediatria na perspectiva do trabalho em parceria.	Estudo qualitativo. Teoria fundamentada com entrevistas semiestruturadas e observação. Amostra: 12 enfermeiras e 18 mães de crianças internadas no serviço de Pediatria	Detetados deficiência significativas no desenvolvimento de trabalho colaborativo dos enfermeiros para com as mães das crianças internadas. Salientam-se as lacunas no processo de negociação: - as dificuldades na comunicação (diálogo não suficiente – mães garantem cuidados de higiene, alimentação, segurança e entretenimento, mas não são consideradas nas tomadas de decisão – e mesmo estas atitudes surgem por imitação de outras mães e não por orientação ou apoio dos enfermeiros); - Falta de esclarecimento dos papéis e tarefas que cada um deve assumir, causando desequilíbrio no poder nas relações (os enfermeiros administram o poder e controlam as situações). *A negociação deve estar presente no momento da admissão da criança, que causará nos

					familiares sensação de utilidade, ajudando assim no processo de cuidar.
Nr. 58	Barratt et al, 2021	<u>Children living with long-term conditions: A meta-aggregation of parental experiences of partnership nursing.</u>	Perceber como os pais de crianças em situação de doença crónica/ prolongada vivenciam a parceria de cuidados de enfermagem pediátricos e neonatais e identificar as barreiras e fatores facilitadores na parceria de cuidados existentes.	Revisão qualitativa de meta agregação. Pesquisa em 6 bases de dados e agregação dos resultados em categorias de forma sintetizada.	Os pais valorizam a colaboração, onde o reconhecimento pelas habilidades e conhecimentos é mútuo e reconhecido. Os pais apreciam os enfermeiros que os capacitam para desenvolver novas competências e conhecimentos no cuidado com os seus filhos. As pesquisas descrevem como problemas existentes na parceria de cuidados: falta de comunicação eficaz, negociação de papéis e tomada de decisões deficientes. Desta forma, de forma a promover a parceria de cuidados positiva os resultados foram categorizados em: - capacitar os pais para se envolverem, - comunicação eficaz para recolher a experiência mútua; - relações colaborativas enfermeiro- família.

Nr. 103	Ruddy et al, 2019	Exploring the experiences of parent caregivers of children with chronic medical complexity during pediatric intensive care unit hospitalization: an interpretive descriptive study	O estudo tem como objetivo perceber as experiências dos pais de crianças com doença crónica internados em Unidade de Cuidados Intensivos relativamente à parceria de cuidados existente e à permissão/negação para prestar cuidados aos filhos	Estudo descritivo realizado numa unidade de cuidados intensivos pediátrica no Canadá através de realização de entrevistas semiestruturadas a 17 pais de crianças com idade compreendidas entre os 10 meses e os 18 anos.	A parceria de cuidados é essencial e salienta-se ainda mais em doentes com doença crónica cujos pais são muitas vezes cuidadores já qualificados. Neste estudo, os pais expressam que a parceria de cuidados deve ser aprimorada, com melhor comunicação e maior atenção na continuidade de cuidados entre equipa e nos serviços hospitalares. Esta parceria deve ser contínua com base na comunicação e a negociação de papéis deverá também ser constante.
Nr. 108	Coyne, Imelda (2015)	<u>Families and health-care professionals' perspectives and expectations of</u>	Abordagem qualitativa Teoria fundamentada com entrevistas individuais.	O cuidado centrado na família é visto como um conceito fundamental na prestação de	O cuidado centrado na família mantém-se ainda uma problemática na implementação eficaz na prática. As famílias demonstram estar dispostas a cooperar nos cuidados aos seus filhos, mas

		<u>family-centred care: hidden expectations and unclear roles.</u>	Amostra: 18 crianças (dos 7 aos 16 anos), respetivos pais e 18 enfermeiros de três hospitais pediátricos em serviços de internamentos médicos e cirúrgicos.	cuidados de enfermagem de alta qualidade, mas a sua implementação mantém-se uma problemática em todo o mundo. Este estudo pretende perceber como é que os cuidados centrados nas famílias são realizados segundo a perspetiva dos enfermeiros e das famílias.	existe uma necessidade de orientação clara, informações e apoios melhores dos enfermeiros. Expetativas ocultas e papeis pouco esclarecidos são geradores de stress nos pais e levam a imitação de outros cuidadores e realização de cuidados aos filhos que consideram mais apropriados. Os enfermeiros precisam de desenvolver competências, obter recursos adequados e suporte por parte da instituição para conseguir atender adequadamente às necessidades das famílias, estabelecer uma colaboração verdadeira e fornecer cuidados ideias centrados na família.
Nr. 109	Waddington et al, 2021	Family integrated care: Supporting parents as primary	Artigo de pesquisa descritivo relativo ao modelo de cuidado	Demonstrar a importância do cuidado integrada a	O cuidado integrado da família demonstra trazer benefícios para os bebés, respetivas famílias e serviços de saúde.

		caregivers in the neonatal intensive care unit	integrado à família na unidade intensiva neonatal	família numa unidade intensiva neonatal verificando os benefícios para as famílias e bebés a ultrapassarem uma etapa difícil.	O desenvolvimento de parcerias positivas entre os pais e os enfermeiros, baseados em respeito, partilha de conhecimento e confiança com base numa comunicação eficaz será promotor de habilidade e conhecimentos para os pais, promovendo assim a segurança na prestação de cuidados e futura alta domiciliaria.
Nr. 138.	Uhm, Ju-Yeon & Kim, Hee Soon, 2019	<u>Impact of the mother–nurse partnership programme on mother and infant outcomes in paediatric cardiac intensive care unit.</u>	Estudo experimental para investigar as diferenças entre diferentes grupos. Realizado numa unidade de cuidados intensivos, fariam parte de amostra pais de bebés submetidos a cirurgia cardíaca nos primeiros três meses de vida e	O objetivo desde estudo seria avaliar o impacto de um programa de parceria mãe-enfermeira, na satisfação dos pais, na autoeficácia parental, na percepção da parceria e o estado	A implementação do programa de parceria mãe-enfermeiro passava por colocar os pais como especialistas nos cuidados dos bebés, atendendo às suas necessidades específicas após cirurgia cardíaca. Assim, a falta de compreensão era ultrapassada e era notório o encorajamento das mães para a prestação de cuidados. Trazendo, portanto, melhores resultados emocionais e cognitivos para as mães destes bebés. Consequentemente, este programa promoveu a independência das mães nos cuidados,

			<p>seriam criados dois grupos, com e sem implementação do programa de parceria mãe-enfermeiro e comparados os diferentes resultados.</p>	<p>de ansiedade das mães. Também seriam avaliados os efeitos deste programa no tempo que os bebês demorariam a atingir a eficiência na alimentação oral completa e o tempo de internamento após a cirurgia cardíaca.</p>	<p>facilitando a transição para o internamento e posteriormente para o domicílio. Este estudo experimental comprovou que, quando incluídas no programa de parceria de cuidados mãe-enfermeira, a autoeficácia parental é maior, a percepção de papéis e parceria é mais eficaz e a ansiedade das mães diminui consideravelmente. No entanto, o tempo necessário para atingir eficiência na alimentação oral e a permanência hospitalar pós-operatória não mostrou diferença significativo. No entanto, a ampliação e o investimento nesta área da parceria de cuidados poderá vir a traduzir outros resultados a longo prazo.</p>
Nr. 144	Giambra et al, 2017	<u>Integration of Parent and Nurse Perspectives of Communication to Plan Care for</u>	<p>Este estudo qualitativo foi realizado com cinco pais de crianças dependentes de tecnologias internados e</p>	<p>O objetivo deste estudo passa por perceber o processo de comunicação entre pais de</p>	<p>A teoria da Comunicação Compartilhada é o processo de comunicação entre pais de crianças dependentes de dispositivos médicos e enfermeiros para criar um entendimento mútuo</p>

		<p><u>Technology Dependent Children: The Theory of Shared Communication</u></p>	<p>nove enfermeiras desse serviço de internamento. Realizada colheita de dados através de entrevistas semiestruturadas e análise de diários realizados pelos pais, notas de campo e levantamento demográfico.</p>	<p>crianças hospitalizadas dependentes de tecnologias (que dependem de dispositivo médico permanente e necessitam de cuidados contínuos substanciais) e respectivos enfermeiros com base na teoria da Comunicação Compartilhada.</p>	<p>de plano de cuidados da criança no internamento. A comunicação eficaz demonstra-se assim o ponto de partida e o pilar neste processo de criação do plano de cuidados para estas crianças. A grande maioria de enfermeiras entrevistadas expressam a importância do cuidado centrado na família, incluído os pais nas decisões e nos cuidados à criança. Descreveram fazer o que podiam para integrar a rotina do domicílio a rotina hospitalar, para que todos se sentissem mais confortáveis. O mais importante neste processo de comunicação é saber ouvir e saber questionar, para perceber adequadamente os cuidados e necessidades da criança. A verificação de como fazem os cuidados e a negociação para como irá ser feito no internamento é um processo que exige uma</p>
--	--	---	---	--	---

					<p>comunicação eficaz e uma relação criada com confiança de parte a parte.</p> <p>Desta forma, alcançar a compreensão mútua do plano de cuidados é o grande objetivo e é alcançada com base numa comunicação eficaz e individualizada.</p>
Nr. 150	Castanheira et al, 2013	<p>Internação conjunta pediátrica: compreendendo a negociação enfermeiro-acompanhante</p>	<p>Estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativo realizado através de entrevistas a 6 enfermeiras de um serviço de pediatria num hospital de ensino público.</p>	<p>O objetivo do estudo visa compreender a perspectiva dos enfermeiros de um internamento pediátrico relativamente à inserção/integração de familiares no processo de cuidar.</p>	<p>Os resultados deste estudo demonstram diversas discórdias na forma como as enfermeiras encaram a parceria de cuidados e a maneira como o inserem na prática.</p> <p>Por parte de todas foi reconhecida a importância da presença do acompanhante para promover o bem-estar da criança, fortalecer o vínculo/relacionamento e promover a alta clínica informada. Por outro lado, a negociação e a inclusão dos mesmos nos cuidados, geram opiniões diferentes e demonstram graves lacunas na implementação da parceria de cuidados na prática clínica. Os cuidados</p>

					prestados pelos familiares são, por muitos entrevistados, denominados por dever familiar e estes adquirem papel de realizadores de assistências e a falta de comunicação e negociação demonstram ser grandes problemas.
Nr. 173	McCann, Cherie Lynn (2018)	<u>Negotiation Intervention Between the Family and the Nurse of a Hospitalized Child</u>	Dissertação de estudo pós-teste quantitativo, experimental de dois grupos para testar e validar a eficácia e adequação da negociação da parceria de cuidados. Amostra: 32 pais	Esta dissertação tinha como objetivo avaliar a eficácia da ferramenta de cuidados negociados usada para determinar a extensão desejada da participação dos pais nos cuidados dos filhos quando internados.	A Ferramenta de Cuidados Negociados foi projetada para facilitar uma oportunidade entre os cuidadores e os enfermeiros para negociar o grau de participação/envolvimento a que estão dispostos e capazes no cuidado da criança hospitalizada. Os resultados deste estudo revelam que, quando aplicado pelo enfermeiro a ferramenta de cuidados negociados, os níveis de comunicação e adaptação mostram se significativamente mais positivos. Ao implementar esta intervenção, são proporcionadas oportunidades ao enfermeiro, família e criança para fazer perguntas, esclarecer informações e negociar os cuidados

					até ao ponto que a família queria se envolver da forma mais vantajosa possível para todos os envolvidos, traçando um plano de ação claro.
Nr. 188	Casey et al, 2013	Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital.	Estudo realizado num serviço de pediatria com recorrência a questionário preenchido por 444 pais de crianças internadas durante um período de 16 meses num hospital em Portugal	O objetivo deste estudo seria aumentar a compreensão relativa à perspectiva dos pais sobre a negociação do cuidado com a equipa de enfermagem e avaliar a necessidade de mudanças na prática clínica de enfermagem para	Os resultados deste estudo demonstram que uma grande maioria dos pais acreditam que devem ficar sempre com o filho e prestar cuidados básicos, incluindo serem acordados no período noturno para o fazer. Por outro lado, mais um terço receava que a sua participação pudesse atrapalhar as rotinas diárias dos enfermeiros e uma percentagem idêntica reflete pais que se sentiam desconfortáveis em dizer aos enfermeiros que não queriam participar nos cuidados. A nível de negociação setenta e oito por cento referia compreender de forma clara o seu papel e o dos enfermeiros. Em suma, a comunicação é a base essencial para a parceria de cuidados. Para uma negociação

				promover uma melhor experiência aos pais durante o internamento do filho.	eficaz é necessário um esclarecimento claro dos papéis dos enfermeiros e dos pais, assim como um acordo mútuo do nível de participação dos pais nos cuidados.
Nr. 191	Phiri et al, 2020	Parents' Perception regarding Their Participation in the Care of Hospitalised Children at a Tertiary Government Hospital in Blantyre, Malawi	Estudo qualitativo descritivo através de entrevistas semiestruturadas. Amostra: 20 pais de crianças internadas no serviço de Pediatria.	A participação dos pais nos cuidados dos filhos em internamento de Pediatria é de conhecimento geral. Este estudo tem dois objetivos: perceber como ocorre a negociação de papéis de cuidar entre pais e enfermeiros e conhecer a	Neste estudo emergiram, após entrevista dos pais, três conclusões relativas à negociação dos cuidados: 1) Falta de negociação de papéis por parte dos enfermeiros: na maioria das vezes não foram consultado para a negociação dos cuidados e apenas lhes foram dadas tarefas para cumprir (administrar terapêutica ou garantir repouso) ; 2) Preparação inadequada dos papéis dos pais para os seus papéis de cuidadores: os pais revelaram não se sentir confortáveis e preparados para realizar muitas tarefas dadas pelos enfermeiros; 3) Perceção dos pais sobre os cuidados que prestam aos filhos: praticamente todos os pais afirma prestar cuidados porque faz

				<p>impressão geral dos pais sobre a sua participação nesses cuidados.</p>	<p>parte do papel de mãe e pai. Uma pequena amostra revela realizar os cuidados pelas vantagens pessoais de se envolver no processo clínico e curativo do filho. A restante amostra divide-se entre o alívio da carga de trabalho dos enfermeiros e a necessidade de o fazer para garantir um cuidado individualizado e permanente.</p> <p>Em suma a impressão geral dos pais relativamente à prestação de cuidados aos seus filhos é positiva, demonstram vontade, responsabilidade e alegria pela sua participação. No entanto a negociação dos cuidados é muito escassa, tornando a parceria de cuidados uma denominação de tarefas direta ou deduzida pelos pais.</p>
Nr. 193	Mimmo et al, 2019	Partnerships for safe care: A meta-	Meta narrativa. Estudo qualitativo empírico que	Este estudo tem como objetivo	Esta meta-narrativa demonstra uma elevada necessidade da parceria de cuidados para que

		<p>narrative of the experience for the parent of a child with Intellectual Disability in</p>	<p>envolve crianças dos 0 aos 18 anos com deficiente intelectual em regime de internamento bem como participantes no papel de pais.</p>	<p>sintetizar qualitativamente as experiências parentais vividas em contexto hospitalar com crianças com deficiência intelectual e como ocorre a parceria de cuidados com os profissionais.</p>	<p>haja um cuidado seguro a crianças com deficiência intelectual em meio hospitalar. Inicialmente a negociação dos cuidados e o esclarecimento de papéis é muito importante para diminuir a sensação de subcarga e peso de responsabilidade por parte dos pais. Desta forma, através de uma comunicação eficaz a confiança pode ser estabelecida, uma relação criada e identificadas as necessidades da criança e do pai, atendendo a experiências hospitalares anteriores e promovendo tempo para conhecer a criança como ser com identidade. Os pais destas crianças, reconhecem a dificuldade em lidar com as mesmas, mas valorizam o tempo dispensado para as conhecer</p>
--	--	--	---	---	--

					e a parceria de cuidados negociada de forma coerente permite-lhes sentirem segurança relativamente aos cuidados prestados aos filhos.
Nr. 208	Roserberg et al, 2018	Provider Perspectives on Partnering With Parents of Hospitalized Children to Improve Safety.	Artigo de pesquisa no qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas a uma amostra intencional de 20 prestadores de cuidados (enfermeiros, técnicos e médicos) num serviço de internamento pediátrico. Foi utilizada a técnica de comparação constante e a análise de conteúdo qualitativa.	O Objetivo desta pesquisa seria compreender as perspetivas das equipas de saúde sobre a parceria de cuidados relativos à segurança entre os mesmos e os pais para crianças hospitalizadas para complementar um estudo paralelo que avalia a perspetiva dos pais.	Este estudo aborda a visão dos profissionais de saúde como prestadores de cuidados relativos à segurança. Para a grande maioria os pais são vistos como especialistas em crianças e os melhores defensores com vontade de se envolver nos cuidados. Salienta-se também que este envolvimento na promoção da segurança deverá sempre ser um direito e não um requisito ou obrigação impingido aos pais. A parceria de cuidados na vertente da segurança surge quando os enfermeiros adotam papel de educadores e aplicadores proativos de medidas de prevenção de acidentes e promotores de segurança. Para a eficácia desta parceria, o

					estudo remete à necessidade de respeito mútuo e negociação clara de papéis, confiança atingida por meio de cuidados de qualidade, empatia, comunicação eficaz e adaptabilidade dos cuidados atendendo às habilidades de cada família.
Nr. 219	Bedells, Ella & Bevan, Ann (2016)	Roles of nurses and parents caring for hospitalised children.	Revisão da literatura com foco em pesquisas realizadas desde que o departamento de Saúde publicou o National Service Framework for Children: Standard for Hospital Services em 2003	Esta revisão tem como objetivo perceber a auto percepção dos papéis adotados pelos enfermeiros e pelos pais de crianças hospitalizadas.	O desenvolvimento deste estudo foi estruturado em três vertentes da parceria de cuidados na criança hospitalizada: A percepção dos enfermeiros, a dos pais/cuidadores e a negociação. Na percepção dos enfermeiros eles devem supervisionar o papel dos pais na prestação dos cuidados que atendem às necessidades básicas dos filhos, sendo este o papel principal dos mesmos. Mostram-se relutantes à delegação de diferentes tarefas aos pais e não querem que estes façam o trabalho deles. Uma parte significativa considera os pais os “especialistas”

das crianças e procuram-nos para orientações e ajuda para manter o conforto e a tranquilidade na prestação de diversas intervenções. De forma geral, com os pais de crianças com doença crónica a abordagem é diferente, deduzindo sempre um grau de competência superior.

Na perspetiva dos pais, estes consideram que a sua função é permanecer ao lado dos filhos e prestar cuidados básicos como higiene, alimentação e segurança. Em grande maioria recusam prestar cuidados diferenciados por falta de conhecimento e negociação inexistente.

Relativamente à negociação salienta-se como pilar de prestação de cuidados em parceria. As falhas de comunicação e consequentes falhas de negociação e esclarecimento de papéis determina a relação pais-enfermeiro- criança.

A maioria dos estudos revela que é praticamente unânime que os pais desejam permanecer ao lado do leito dos filhos e prestar

					<p>cuidados básicos e que os enfermeiros devem prestar assistência técnica de enfermagem e apoio aos pais. No entanto, é importante que a negociação exista e que não se presuma a intenção dos pais. O histórico familiar, a experiência de vida e a sua identidade e palavra tem de ser levados em conta.</p> <p>O estudo termina com o conselho e proposta para a prática clínica da elaboração de uma lista de verificação a preencher com os pais na admissão para esclarecimento dos papéis para todos os envolvidos.</p>
Nr. 277	Hopwood et al, 2012	Understanding partnership practice in child and family nursing through the concept of practice architectures.	Estudo de abordagem qualitativa através de pesquisa de natureza exploratória e teórica. Realizadas entrevistas qualitativas e grupos focais com enfermeiros	O objetivo deste estudo passa por perceber o que os enfermeiros consideram necessário para suportar a prática da	Após análise dos resultados, surgem diversos temas que os enfermeiros mencionaram como influenciadores da prática da parceria de cuidados. Foram identificados temas como: <ul style="list-style-type: none"> - A importância de aprendizagem contínua sobre os modelos e as evidências científicas sobre a parceria de cuidados;

			de três organizações diferentes. Amostra: 22 enfermeiros da Austrália e Nova Zelândia.	parceria de cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> - O papel individual dos enfermeiros na formação prática da parceria, quer com formação individual quer com envolvimento na prática pois a experiência com diferentes famílias torna-se também enriquecedor; - Relações com pares e gestores, as relações entre equipa, a troca de opiniões e de experiências podem sempre ser uma mais valia para uma parceria de cuidados vantajosa para os enfermeiros, pais e crianças; - Características organizacionais, a pressão das organizações para o trabalho em série em menor tempo, por exemplo em contexto de consulta pode influenciar negativamente a comunicação para a criação de uma relação com a família e consequente parceria de cuidados; - Fatores extra organizacionais como políticas, sociedade, diversidade de culturas podem sempre influenciar e devem moldar e adaptar as
--	--	--	---	-----------------------	--

					abordagens às famílias e originar diferentes negociações para a prestação de cuidados.
--	--	--	--	--	--

APÊNDICE II – Ferramenta auxiliar para o processo de negociação

FERRAMENTA AUXILIAR PARA O PROCESSO DE NEGOCIAÇÃO

1. Quanto tempo pretende permanecer a acompanhar a criança?
2. Pretende participar, em colaboração com a equipa de Enfermagem na prestação de cuidados?

Caso a resposta tenha sido positiva,

- 2.1. Quais os cuidados que se sente confortável para prestar? No caso de doente crónico, quais os que já prestava no domicílio?
 - 2.2. Está interessado em adquirir novas competências para prestar cuidados mais específicos em caso de necessidade?
 - 2.3. Relativamente à prestação de cuidados específicos, deseja participar desde a fase em que estes sejam necessários, ou só se se mantiver essa necessidade após alta?
3. Qual a opinião da criança sobre a participação dos pais/acompanhantes? Quais os cuidados que preferem que sejam realizados por eles? (Responder atendendo à idade e cognição da criança)
 4. Qual a sua opinião e expectativa sobre a participação ideal na prestação de cuidados à criança?