

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
Escola Superior Saúde Santa Maria

**DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA:
Estratégias educativas no empoderamento parental para
cuidar do recém-nascido**

Eduarda Sofia Abreu Vieira

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny e à Escola Superior Saúde Santa Maria para obtenção
do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,
2024**



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior
Saúde Santa Maria

Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny
Escola Superior Saúde Santa Maria

**DESENVOLVIMENTO DAS COMPETÊNCIAS DO
ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM
DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA:
Estratégias educativas no empoderamento parental para
cuidar do recém-nascido**

Eduarda Sofia Abreu Vieira

Orientadora: Professora Olívia Barcelos

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de
São José de Cluny e à Escola Superior Saúde Santa Maria para obtenção
do grau de mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,
2024**

“There is a garden in every
childhood, an enchanted place
where colors are brighter, the hair
softer, and the morning more
fragrant than ever again.”

Elizabeth Lawrence

AGRADECIMENTOS

Caminhar este percurso foi como de um jardim cuidar: trabalhar a terra, semear, ver crescer e contemplar as mais lindas flores. Trabalhar-me a mim, pessoal e profissionalmente, porque cuidar da criança implica fazê-lo com toda a alma e coração. Semear o conhecimento, porque só assim o cuidado à criança é verdadeiramente puro. Ver crescer capacidades, porque o cuidado se quer exímio, com rigor e a máxima qualidade. E contemplar as competências desenvolvidas, porque um caminho tão árduo e ao mesmo tempo tão gratificante merece ser adorado. Agradeço, desta forma, a todos e a cada um, pela forma como contribuíram com as suas sementes, sendo agora as flores do meu jardim, a quem reconheço um imensurável valor e enorme importância na conquista deste objetivo.

À Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, por me abrir a porta do meu sonho, o portão do meu jardim, dando-me as ferramentas para me cultivar.

À Professora Olívia Barcelos, não só enquanto coordenadora deste mestrado, mas também como orientadora de todo este projeto que aqui me comprometo a descrever. Ser-lhe-ei eternamente grata pela sua disponibilidade, pela sua compreensão, pela sua sabedoria e pelos contributos que comigo partilhou. As sementes que me fez plantar são agora flores belas no meu jardim.

Ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira, respetivo Conselho de Administração e Direção de Enfermagem, por me permitirem em tempo e espaço a construção deste jardim. Sem o vosso consentimento, jamais me seria possível conciliar as responsabilidades profissionais e académicas.

Às equipas multidisciplinares dos serviços de pediatria, urgência pediátrica, unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, centro de desenvolvimento da criança e centro de saúde do Caniçal, uma palavra de apreço pela forma como me acolheram e integraram. Um enormíssimo obrigada às senhoras enfermeiras tutoras Andrea Leça, Micaela Henriques, Nicolle Candelária, Tânia Henriques e Zita Viveiros, que acreditaram e confiaram em mim

e nas flores a que me comprometi semear. A vossa confiança foi como que a tão importante água no meu florescer.

Às minhas colegas de mestrado, pelo companheirismo, pelas partilhas, pela esperança por dias de sol em tempos de céu cinzento.

À minha amiga, colega, e agora comadre, Ana Viveiros, obrigada por me ouvires e comigo repartires esta e outras aventuras das nossas vidas. Que sejam igualmente belas as flores do teu jardim!

À minha família, por todo o suporte e alento, a par da compreensão e do incentivo. São o caule e as folhas que me nutrem e afloram.

Aos meus pais, meus “super-pais”, que foram e serão sempre colo, que são a força motriz e quem me motiva a ser mais e melhor. A pessoa que hoje sou, a vós vos devo. São a minha raiz neste jardim por vós sustentado.

Ao meu companheiro de vida, Edgar Dias, por todo o apoio, por toda a motivação, por toda a dedicação e por tanto amor. Por ter sido o melhor pai, mas sobretudo por ter sido mãe nos meus períodos de ausência. És o sol que ilumina o meu jardim, a água que o rega e a seiva que alimenta o meu sonho. Sem ti, nada disto seria possível.

À mais bonita e radiosa flor do meu jardim, a minha Maria Leonor, pelos sorrisos deliciosos quando a ti chegava, dia após dia, depois de longos períodos noutros campos a cultivar este outro jardim. A ti, filha, o maior agradecimento de todos. És quem me dá vida, és a flor mais linda!

Graças a vós, é verdejante o meu jardim e bonitas são as minhas flores!

A todos vós, pelo tanto que me deram, o meu sincero obrigada!

RESUMO

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny em parceria com a Escola Superior Saúde Santa Maria, surge o relatório intitulado “Desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Estratégias educativas no empoderamento parental para cuidar do recém-nascido”, cujos objetivos são descrever o percurso formativo desenvolvido ao longo da prática de cuidados à criança, jovem e família, analisar as atividades realizadas à luz da evidência científica, refletir o processo de formação na aquisição das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista e de mestre, e analisar a literatura sobre as intervenções educativas utilizadas no empoderamento parental para cuidar do recém-nascido.

Atingir a especialização em enfermagem encerra responsabilidades acrescidas que devem estar presentes na prática diária do enfermeiro, em prol da excelência da profissão. Quando da busca da mestria se trata, o processo formativo pessoal e profissional ganha dimensão, já que a intervenção é mais específica e restrita. Focar a intervenção de enfermagem no cuidado infantojuvenil, nas situações de saúde/doença, em função dos contextos biopsicossociais, obriga à aquisição de competências, descritas em regulamentos próprios, que se devem refletir na prática clínica.

Uma vez que o desenvolvimento profissional também se espelha na construção de conhecimento, inclui-se uma revisão integrativa de literatura com enfoque no empoderamento parental para cuidar do recém-nascido. A literatura mais recente dita ser premente valorizar o recém-nascido e as suas necessidades biopsicossociais. Através de um trabalho dedicado junto dos pais, centrado na criança e por intermédio de educação em saúde nos períodos pré e pós-natal, é possível que se promova o bem-estar integral do recém-nascido. Ainda que se ambicione a sua autonomia, é fulcral que o enfermeiro mantenha a relação terapêutica com os pais, representando um recurso sempre válido no cuidado integrado à família.

Palavras-chave: Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, enfermagem especializada, cuidado à criança/jovem e família, empoderamento parental.

ABSTRACT

Related to the Master's Course in Child and Pediatric Health Nursing, ran by São José de Cluny Nursing School in partnership with Santa Maria Health School, I introduce the report entitled “Development of the competences of specialist nurses in child and pediatric health nursing: Educational strategies in parental empowerment to care for the newborn”, whose objectives are to describe the academic path developed throughout the practical care for children, adolescent and family, analyze the activities under the light of the scientific evidence, reflect on the training process to acquire common and specific skills of specialist nurse, as well as master's skills, and to analyze the literature on educational interventions used to empower parents on taking care of their newborn.

Achieving specialization in nursing requires improved responsibilities that must be present in the daily practice of nurses, in favor of the excellence in the profession. When it comes to accomplishing mastery, the process of personal and professional training takes on another dimension, since the intervention is more specific and restricted. Focusing nursing on children and youth, in health/illness situations, depending on biopsychosocial contexts, entails the achievement of competences, described in particular regulations, which should be reflected in the clinical practice.

Since the professional growth is also revealed in the construction of knowledge, an integrative literature review focusing parental empowerment to care for the newborn is included. The most recent literature shows that it is urgent to value the newborn and his biopsychosocial needs. Through dedicated work with parents, centered on the child and through health education in pre and post-natal periods, it is possible nurse to promote the whole well-being of the newborn. Even though their autonomy is desired, it is crucial that the nurse maintains a therapeutic relationship with the parents, representing a valid resource in the family care.

Keywords: Child and pediatric health nursing, specialized nursing, children/youth and family care, parental empowerment.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA – American Psychological Association

APMI – Associação Portuguesa de Massagem Infantil

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CS – Centro de Saúde

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESMO – Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica

IAC – Instituto de Apoio à Criança

IAIM – International Association of Infant Massage

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

MCEESIP – Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

NIDCAP – Newborn Individualized Care and Assessment Program

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RAM – Região Autónoma da Madeira

RCCEE – Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RIL – Revisão Integrativa de Literatura

RN – Recém-nascido

SESARAM, E.P.E – Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SGS II – Schedule of Growing Skills II

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

UNICEF – Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	15
1. A EXCELÊNCIA DO CUIDADO À CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA	19
2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA ..	23
2.1. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista	24
2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	25
2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade	30
2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados.....	35
2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	39
2.2. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....	45
2.2.1. Assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde	45
2.2.2. Cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.....	58
2.2.3. Prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem	76
2.3. Desenvolvimento de competências do grau de Mestre	94
3. EMPODERAMENTO PARENTAL PARA CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA	97
3.1. Revisão integrativa de literatura	100
3.1.1. Proposta de intervenção	118
CONSIDERAÇÕES FINAIS	122
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
APÊNDICES	i
APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO DO ENSINO CLÍNICO DE CIRURGIA EM PEDIATRIA	iii
APÊNDICE B – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO DO ENSINO CLÍNICO DE INTERNAMENTO DE MEDICINA EM PEDIATRIA.....	x
APÊNDICE C – FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL AOS 12 MESES	xix

APÊNDICE D – PLANO GERAL DE INTERVENÇÕES CIPE PARA CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA.....	xxiv
APÊNDICE E – FOLHETO “VÔMITOS NA CRIANÇA”	xxvi
APÊNDICE F – TABELA DE CONQUISTAS “AS CONQUISTAS DO S.”	xxviii
APÊNDICE G – <i>FLYER</i> “BENEFÍCIOS DA MASSAGEM INFANTIL”	xxix
APÊNDICE H - ARTIGO DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	xxx
APÊNDICE I – ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA.....	li
APÊNDICE J – PLANO GERAL DO CURSO DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO	lvi
APÊNDICE K – TEMÁTICAS DO CURSO DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO	lviii

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1 – Categorização dos artigos	107
--	-----

ÍNDICE DE FIGURAS

FIGURA 1 – Fluxograma PRISMA 2021.....	105
--	-----

INTRODUÇÃO

A conceção da criança e o seu lugar na sociedade sofreram inúmeras transformações ao longo do tempo (Ramos & Figueiredo, 2020). Nos séculos XIX e XX, o valor social da criança era praticamente nulo, não representando um foco de atenção e/ou de preocupação para os demais adultos. Atualmente, a criança é um ser por si só, merecedor de todo o respeito e atenção que lhe são devidos. Segundo Ramos e Figueiredo (2020), a criança é o ser central das relações humanas, biopsicossocial em toda a sua essência, merecedor do melhor e maior cuidado.

A prestação de cuidados de saúde à criança prevê uma atuação integrativa e inclusiva, qualquer que seja o tipo de assistência que ela requer (Augusto et al., 2020). Citando a Convenção sobre os Direitos da Criança, promulgada pelo Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2019), todas as crianças devem beneficiar de cuidados de saúde, curativos ou preventivos, para atingir o seu melhor bem-estar, vendo reunidas as condições necessárias para crescer e se desenvolver no seu melhor potencial de saúde, onde o seu superior interesse é contemplado em qualquer decisão que se tome relativamente a aspetos que à mesma digam respeito.

Dada a fragilidade que o ser criança encerra, importa enfatizar que o cuidado que a ela se oferece deve ser pensado mesmo antes do seu nascimento. Segundo Marques et al. (2021a), o cuidado pré-natal, que prepara os pais para receberem o seu filho recém-nascido (RN), tem tamanha influência na forma como este último cresce e se desenvolve ao longo da sua primeira infância, uma vez que reduz significativamente o número de complicações e mortes neonatais. Do mesmo modo, exige igualmente especial atenção o cuidado pós-natal, na medida em que este período inicial de vida se vê repleto de suscetibilidades, representando um risco acrescido de acometimento da saúde, segundo afirma a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2020). O cuidado ao RN reflete o panorama global da mortalidade infantil, já que é nesta faixa etária que se contam um maior número de mortes e é a partir dela que cresce substancialmente a morbilidade infantil (OMS, 2020).

Os cuidados de saúde na infância e adolescência constituem assim áreas prioritárias do cuidar em todo o mundo, pelo que a sua monitorização é uma constante e uma mais-valia na determinação do estado de saúde de uma população (Picco et al., 2022). A intervenção desenvolvida pelas diferentes entidades portuguesas em termos de saúde da criança e do

adolescente nos cuidados de saúde encontra-se espelhada no relatório da Direção-Geral da Saúde (DGS, 2018b) que caracteriza o estado da saúde infantil e juvenil em Portugal à data do ano de 2017. À luz do referido relatório, o panorama geral da saúde infantojuvenil em Portugal é positivo, pelo que os resultados expostos refletem o bom trabalho que se tem vindo a desempenhar junto destas populações, não descurando ainda assim a perspetiva de uma melhoria contínua e de futuros projetos a implementar.

Contudo, a saúde da criança e do jovem, proporcionalmente sensível à sua essência, estende-se rapidamente a processos de doença, súbita e imprevisivelmente instalados. Cuidar a criança, jovem e família no binómio saúde-doença exige então uma atenção redobrada e uma organização meticulosa, pois segundo Ramos e Figueiredo (2020) “as crianças são seres com características únicas e particulares em constante desenvolvimento, e esse facto deve refletir-se em cada ação e instituição que lhes presta cuidados de saúde” (p. 294).

Indo ao encontro da excelência do cuidado à criança no seu processo próprio de desenvolvimento, a intervenção especializada de enfermagem privilegia a promoção da adaptação da criança, jovem e família à sua condição de saúde, seja ela doença crónica, doença oncológica, deficiência ou incapacidade, conforme dita o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018).

Dada a evolução e a consideração social da criança no quotidiano das sociedades atuais, a par das suas singularidades, a disciplina da enfermagem fez acompanhar e respeitar esta grandiosa valorização da população infantojuvenil, reiterando um ramo especificamente dirigido à intervenção na criança, jovem e respetiva família. Desde a promoção da saúde à prevenção da doença, passando pela potenciação do desenvolvimento infantil, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) prevê a formação e qualificação de profissionais que respondam a uma panóplia de competências designadas no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), às quais se refere este mesmo relatório.

Conforme o Decreto-Lei n.º 65/2018, o desenvolvimento das referidas competências sustentou-se numa importante componente teórica que aconteceu nos primeiros dois semestres deste curso de mestrado, e deu-se por intermédio de estágios de natureza profissional que tiveram lugar no segundo e terceiro semestre do mesmo. Assim, o presente relatório surge em resposta aos requisitos impostos pela Ordem dos Enfermeiros (OE) para obtenção do grau de mestre em ESIP, sob a orientação da professora Olívia Barcelos, a cargo da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com

a Escola Superior Saúde Santa Maria – Porto, e objetiva primariamente descrever, analisar e refletir sobre o percurso formativo desenvolvido ao longo da prática de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família no sentido da aquisição das competências comuns, específicas e de mestre do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

De forma complementar, por se tratar de uma área de grande interesse pessoal e cuja pertinência tomou forma no decorrer dos diferentes ensinamentos clínicos, este relatório compreende um segundo objetivo que consiste em analisar a produção científica sobre as intervenções educativas no empoderamento dos pais para cuidar do RN, passíveis de serem adotadas e implementadas pelo EEESIP. Esta análise é apresentada por meio de uma revisão integrativa de literatura (RIL), convertida posteriormente a formato de artigo científico para publicação.

Em termos estruturais, o presente documento espelha os objetivos suprarreferidos através de três divisões distintas, iniciando-se com uma breve revisão de literatura sobre a criança, jovem e as suas particularidades em matéria de saúde, assim como o papel do enfermeiro neste âmbito do cuidar; seguido de um relato minucioso sobre o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista (EE), das competências específicas do EEESIP e das competências de mestre ao abrigo do Decreto-Lei n.º 65/2018, contemplando uma fundamentação teórica sustentada na evidência científica existente que suporta e justifica a pertinência das ações realizadas, não descurando a essência dos princípios éticos e deontológicos que regem a profissão e os demais modelos teóricos; findando com a apresentação da já referida RIL intitulada “Estratégias educativas no empoderamento parental para cuidar do recém-nascido”.

Com a exceção deste último capítulo, todo o restante relatório assenta numa metodologia descritiva e analítica, em que se relata todas as atividades e estratégias realizadas no percurso de aquisição e desenvolvimento das competências de mestre em ESIP, à luz dos diferentes regulamentos que ditam as qualificações a atingir.

Por forma a organizar e sistematizar as fontes bibliográficas e respetivos conteúdos, utilizou-se o guia de elaboração de referências bibliográficas preconizado e adotado pelas escolas de enfermagem supramencionadas.

1. A EXCELÊNCIA DO CUIDADO À CRIANÇA, JOVEM E FAMÍLIA

Ser criança é ser livre, é ser puro, é ser verdadeiro, é ser inocente. É poder ser ela própria, autêntica, num mundo onde todos querem ser iguais a outros. Ser criança é ser vulnerável, mas é também ser protegido (Convenção sobre os Direitos da Criança - UNICEF, 2019). A criança é o futuro da comunidade em que se insere, é um futuro incerto, mas certamente maleável, moldável, esculpível. É uma futura sociedade saudável e sustentável (Ramos & Figueiredo, 2020), utopicamente perfeita. É um ser altamente influenciável, onde todos os contextos em que se insere são capazes de a marcar. Com isto, surge o conceito de pluralidade de infâncias, em que a forma como cada criança cresce e se desenvolve assume um percurso próprio, em função da sua interação com a sua família e contexto social (Ramos & Figueiredo, 2020).

Mas ser criança é também ser forte, é ser corajoso, é crescer e tornar-se autónomo. É tornar-se jovem. E ser jovem é ser livre, é ser detentor de vontades, é ser quase emancipado, é ser um quase futuro, mais ou menos estruturado. Ser jovem é ser suscetível, é ser corajoso, é influenciar e ser influenciado. E com o crescer vem também a complexidade e, por essa mesma razão, Ramos e Figueiredo (2020) afirmam que a adolescência representa ainda a “zona cinzenta” da saúde infantil e pediátrica, onde há ainda todo um vasto e detalhado trabalho a ser desenvolvido.

Conforme dita a já referida Convenção sobre os Direitos da Criança, promulgada pela UNICEF (2019), é direito fundamental de todas as crianças e jovens beneficiar dos cuidados de saúde dignos e necessários à manutenção do seu bem-estar, sendo este último um supremo objetivo à escala mundial. Bridi et al. (2021) corroboram este princípio, reforçando que o direito e a proteção da saúde das crianças constituem um foco político e legislativo comum a diversas entidades, com os objetivos de reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil, melhorar a qualidade de vida das crianças e operacionalizar o seu potencial máximo de desenvolvimento infantil.

Deste modo, a criança e o jovem, a par da sua família e grupos onde se incluem, e na sociedade onde todos eles se inserem, constituem o foco dos cuidados de saúde, exigindo assim do enfermeiro um conhecimento prévio sobre as suas necessidades individuais e coletivas, para conduzir uma intervenção personalizada, de acordo com as suas

potencialidades, acompanhando as suas escolhas e os seus processos de tomada de decisão em prol da conquista dos seus projetos de vida e de saúde (Ramos & Figueiredo, 2020).

Nesta linha de pensamento, o Instituto de Apoio à Criança ([IAC], 2021), por intermédio da sua Carta da Criança nos Cuidados de Saúde Primários (CSP), vem uniformizar o envolvimento e o atendimento à criança, reforçando que esta deve ser tratada de forma holística, onde as suas dimensões biopsicossociais serão consideradas, independentemente da sua idade, raça, religião ou classe social. Livres e isentos de juízos discriminatórios, os cuidados de saúde prestados às crianças devem ter lugar num espaço acolhedor do ponto de vista infantil, diminuindo a ansiedade que o ambiente dos cuidados poderá causar (IAC, 2021). Neste sentido, Tomás et al. (2023) acrescentam o importante contributo da humanização dos cuidados em pediatria que, tomando os pais como parceiros do cuidar, ameniza o impacto negativo do fator desconhecido inerente aos cuidados de saúde.

Reconhecendo os direitos básicos e fundamentais da criança, o IAC (2021) também enfatiza que a mesma seja constantemente acompanhada pelo seu principal cuidador em todo o processo da prestação de cuidados, protegendo desta forma a sua intimidade, privacidade e integridade. Segundo Tomás et al. (2023), a criança deve também participar ativamente nos cuidados que a ela são dirigidos, pelo que o IAC (2021) assevera que não só a sua opinião deve ser valorizada, assim como a informação transmitida deve ser adaptada à sua idade e capacidade de compreensão.

Em termos assistenciais, o IAC (2021) defende que esta seja a mais diferenciada possível, assegurada preferencialmente por profissionais de saúde qualificados e devidamente formados em saúde infantil e pediátrica, a quem atribui a responsabilidade de assegurar um plano de continuidade de cuidados para a criança, principalmente nas situações de doença crónica complexa. Adicionalmente, os profissionais de saúde que acompanham as crianças no seu processo de vigilância em saúde devem estabelecer pontes com as diferentes redes comunitárias em que a criança se insere, de forma que estas também sejam capazes de produzir um cuidado eficaz e seguro à criança (Ramos & Figueiredo, 2020; IAC, 2021).

Tendo por base as doutrinas da saúde, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), produzido pela DGS em 2013, vem então organizar e sistematizar o desenrolar dos cuidados de saúde infantil e juvenil em Portugal, por meio dos CSP, representando assim uma ferramenta uniformizadora do acesso e do acompanhamento da criança e do jovem ao longo do seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Para Bridi et al. (2021), as consultas de enfermagem de saúde infantil objetivam monitorizar e avaliar o crescimento e o desenvolvimento das crianças, segundo uma abordagem multidisciplinar e multifatorial. De entre os benefícios reconhecidos de uma vigilância em saúde regular, o acompanhamento à saúde infantil faz com que os pais vejam os CSP como um recurso de fácil e útil acesso para os auxiliarem a gerir a saúde dos seus filhos, prevenindo também assim a ocorrência de hospitalizações por causas preveníveis (Vasques & Lamônica, 2018; Yakuwa et al., 2018). Bridi et al. (2021) afirmam que a vigilância em saúde da criança permite não só promover a saúde infantil e juvenil, mas também detetar precocemente eventuais condições de saúde que necessitem de uma intervenção atempada. Yakuwa et al. (2018) debruçam especial atenção neste último aspeto da deteção e consequente intervenção precoce, na medida em que quanto mais cedo se proporcionar a intervenção, menor é o impacto da limitação da criança sobre a mesma e sobre os contextos que a rodeiam (Vasques & Lamônica, 2018).

Não obstante, seguir a criança no seu processo de crescimento e desenvolvimento é fulcral e permite cuidar da saúde de toda a sua família, uma vez que a relação estabelecida entre o profissional de saúde e os pais permitem a identificação de problemas familiares e respetivos mecanismos de *coping* para os ultrapassar (Bridi et al. 2021).

Apesar das inegáveis vantagens já exploradas, existem ainda algumas lacunas na total adesão dos pais às consultas de vigilância de saúde das suas crianças, que Bridi et al. (2021) acreditam estar associadas à falta de conhecimento sobre a importância das mesmas, à ausência de intervenções de educação para a saúde e à insatisfação dos pais para com os profissionais de saúde e com os horários das consultas. Neste domínio, o EEESIP tem um papel privilegiado no que concerne à promoção da saúde da criança, do jovem e respetivas famílias, já que a vigilância em saúde anteriormente referida o coloca numa posição de proximidade para o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança que lhe permite, em parceria, definir um plano de saúde compatível com as necessidades identificadas a curto, médio e longo prazo.

Sobre o papel do EEESIP nos cuidados de saúde à criança, jovem e família, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, legislados pelo Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho, determinam como focos de intervenção a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança e família, a introdução de cuidados antecipatórios e prevenção de riscos, a deteção precoce e a intervenção atempada, e a crescente responsabilização pelas escolhas relativas à saúde.

Assim, é esperado que o EEESIP desenvolva atividades ao nível da promoção da saúde (PNSIJ - DGS, 2013), com o intuito de “melhorar os determinantes sociais da saúde, em situações de vulnerabilidade, com habilidades avançadas que incluem coordenação, educação, aconselhamento, colaboração, conexão de clientes com serviços e advocacia” (Yakuwa et al., 2018, p. 5).

Para Yakuwa et al. (2018), o “enfermeiro tem responsabilidades de cuidado e suporte humanizado à criança e sua família, valorizando o bem-estar biopsicossocial, identificando e intervindo em necessidades e vulnerabilidades” (p. 2). Segundo Marques et al. (2021a), o ambiente que se cria no cuidado é determinante para o sucesso do mesmo, influenciando diretamente a adesão dos pais ao esquema de vigilância proposto. Quanto mais à vontade se sentirem os pais, maior é a sua participação, maior é a sua exposição de dúvidas e melhor o seu empoderamento na gestão da saúde dos seus filhos (Marques et al., 2021a).

O envolvimento da família nos cuidados de enfermagem é, assim, um propósito implícito na atuação do enfermeiro, já que esta constitui uma importante parceria na promoção da saúde e prevenção da doença da criança e jovem de quem cuida. Não obstante, à luz do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), o EE deve aproveitar todas as oportunidades para com a criança/jovem e família traçar o percurso de saúde mais adequado e devidamente personalizado às suas necessidades. Assim, a unidade familiar é alvo da intervenção do enfermeiro, como um todo, já que o seu bem-estar integral determina a saúde do todo.

2. PERCURSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, o desenvolvimento das competências comuns do EE e das competências específicas do EEESIP foi possibilitado pela consecução de estágios de natureza profissional, que somaram um total de 666 horas de experiência clínica e 49 horas de orientação tutorial, divididas por seis ensinos clínicos, ocorridos entre o período que se estendeu de 11 de novembro de 2022 a 13 de abril de 2023, aos quais fui totalmente assídua.

Assim, os seis ensinos clínicos que compuseram este percurso ocorreram em cinco serviços de saúde distintos, todos eles afetos ao Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira (SESARAM, E.P.E.), que por ordem temporal tiveram lugar de 11 a 29 de novembro de 2022 com o ensino clínico “Estágio Cuidados Especializados I - Módulo II: Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia”; de 30 de novembro de 2022 a 3 de janeiro de 2023 com a prática clínica “Estágio Cuidados Especializados II - Módulo III: Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio À Criança”; de quatro a 31 de janeiro de 2023 com o estágio profissionalizante de “Estágio Cuidados Especializados II - Módulo II: Estágio de Saúde Infantil na Comunidade”; de um a oito de fevereiro de 2023 com a prática clínica “Estágio Cuidados Especializados I - Módulo III: Estágio de Pediatria em Neonatologia”; de nove de fevereiro a cinco de março de 2023 com o ensino clínico “Estágio Cuidados Especializados I - Módulo I: Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento Medicina/Hemato-Oncologia”; e de seis de março a 13 de abril de 2023 com o estágio “Estágio Cuidados Especializados II - Módulo I: Estágio de Pediatria em Urgências Pediátricas/Cuidados Intensivos Pediátricos”.

De uma forma sumária, à luz do Regulamento n.º 422/2018 que determina o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, foram definidos os seguintes objetivos pessoais, algo transversais a todos os campos de ensino clínico:

➤ Desenvolver competências comuns à prática e responsabilidade profissional do EE, conforme determinadas no respetivo regulamento;

- Conhecer a estrutura física e dinâmica funcional de cada um dos serviços de saúde;
- Integrar as diferentes equipas multidisciplinares;
- Participar nos processos de melhoria contínua e formativos das equipas de enfermagem;
- Aprofundar conhecimentos sobre cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, inseridos nos diferentes contextos, nas mais diversas situações de saúde;
- Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família;
- Desenvolver conhecimentos e competências na implementação dos programas de promoção da saúde da criança e jovem em vigor em Portugal;
- Desenvolver competências na avaliação das necessidades da criança e respetivo desenvolvimento infantil, a par das suas necessidades familiares;
- Promover o empoderamento dos pais para uma parentalidade positiva, consciente e informada, sobretudo no que respeita ao desempenho do seu papel de principais cuidadores dos seus filhos;
- Refletir sobre o decorrer das diferentes práticas clínicas do ponto de vista do desenvolvimento de competências do EEESIP.

Através dos objetivos enumerados, foi-me possível desenvolver estratégias e atividades que, transpostas para a prática de cuidados, me permitiram alcançar o aproveitamento e o sucesso pretendido em cada uma das unidades curriculares supramencionadas, com enfoque no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE - Regulamento n.º 140/2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018).

2.1. Desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista

Atingir a especialização no âmbito da disciplina de enfermagem encerra um conjunto de responsabilidades acrescidas que devem estar presentes na prática diária do enfermeiro, em prol da excelência da profissão. A especialização em enfermagem ordena um processo contínuo de formação teórica e prática, no sentido de conquistar a perícia sobre determinada área de intervenção, conforme consta no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE - Lei n.º 156/2015).

Legalmente, a OE estabelece através do RCCEE (Regulamento n.º 140/2019) uma série de requisitos e normas que o EE deve reunir e respeitar, divididos em quatro subdomínios específicos. Conjugando as premissas do CDE (Lei n.º 156/2015) e do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE - Lei n.º 161/96), procurei ao longo dos meus estágios atingir os pressupostos descritos no RCCEE (Regulamento n.º 140/2019), conforme relato em seguida.

2.1.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No sentido de zelar pela responsabilidade profissional do EE, baseei a minha prática no CDE e no REPE já mencionados, de forma a garantir a qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem, primando pela **dignificação da criança e família, pela garantia da sua privacidade, confidencialidade e sigilo profissional**. O CDE afirma que “as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e enfermeiro” (Lei n.º 156/2015, p. 8078), corroborado pelo REPE que determina a responsabilidade em salvaguardar os interesses e os direitos legalmente protegidos dos cidadãos (Lei n.º 161/96).

E por de direitos falar, o RCCEE (Regulamento n.º 140/2019) defende a prestação de cuidados de enfermagem que assegure a **promoção da proteção dos direitos humanos**. Como tal, introduz-se o artigo 25º da Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Organização das Nações Unidas (ONU, 1948), que confere a todas as pessoas o direito de usufruir de condições de vida dignas, que lhes garantam o acesso a assistência médica adequada, zelando pela sua saúde e bem-estar. A referida declaração consagra também o direito de proteção e segurança a todos os indivíduos no contexto de doença, enfatizando que a maternidade e a infância devem usufruir de especial assistência, pelas especificidades que lhes são características (ONU, 1948).

Em complementaridade, no ano de 1989, a UNICEF (2019) debruçou especial atenção sobre a proteção social e legal das crianças, decretando nos artigos 1º e 3º da Convenção sobre os Direitos da Criança que toda a criança deve ver reunidas as condições necessárias para crescer e se desenvolver num estado de saúde ótimo. O artigo 5º dos direitos da criança, sobre a orientação da criança para o desenvolvimento das suas capacidades, defende que sejam respeitadas e valorizadas as responsabilidades dos pais e/ou outros familiares para o fazer, a par do artigo 9º que designa que as crianças não devem ser separadas dos seus pais contra a vontade dos mesmos, a menos que se coloquem em questão outras componentes de índole jurisdicional. Relativamente às questões de saúde, o artigo 24º

da Convenção dos Direitos da Criança reitera que todas as crianças devem usufruir de cuidados de saúde adequados para atingir o seu melhor bem-estar.

Na mesma linha de pensamento, também a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2006) publicou a Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos, onde nos artigos 8º e 14º reforçam a importância de as crianças serem protegidas, enquanto seres vulneráveis, assim como respeitada a sua integridade no sentido de atingirem um estado de saúde pleno, através do acesso facilitado aos melhores e mais desenvolvidos cuidados de saúde.

De uma forma geral, Portugal também se preocupou com as questões da proteção da infância e da parentalidade e, desta feita, tornou-se membro e militante dos princípios determinados pela ONU e pela UNICEF. Na sétima revisão da Constituição da República Portuguesa, artigo 36º da Lei Constitucional n.º 1 datada de 12 de agosto de 2005, o país defendeu que “os filhos não podem ser separados dos pais, salvo quando estes não cumpram os seus deveres fundamentais para com eles e sempre mediante decisão judicial” (p. 35).

Sem força de lei, mas de grande consideração para com a saúde e a proteção das crianças, em 2008 o IAC definiu a Carta de Criança Hospitalizada, onde destaca que a criança internada, independentemente da sua idade ou estado de saúde, tem o direito de ser acompanhada pelos pais, em qualquer período do dia. Por sua vez, os pais têm o direito de participar ativamente na tomada de decisão relativa ao seu filho em matéria de saúde (IAC, 2008).

Tendo por base os documentos e as premissas anteriormente descritos, a proteção dos direitos humanos esteve implícita em toda a atividade que desenvolvi ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos, uma vez que ao incluir todas as crianças e famílias da forma mais envolvente possível nos cuidados de enfermagem a elas prestados, garanti o acesso equitativo de todos aos cuidados necessários, com respostas prontas e eficazes em prol da sua saúde.

De forma a cumprir esta importante unidade de competência do RCCEE (Regulamento n.º 140/2019) referente a direitos, assegurei a permanência constante de um acompanhante por cada uma das crianças de quem cuidei, garantindo o seu direito de estarem acompanhadas e protegidas pela sua figura de referência e conforto. Em complementaridade, nos estágios em contexto hospitalar, procurei conhecer a Lei n.º 90/2019, que reforça a proteção da parentalidade, dando a conhecer aos pais alguns dos seus direitos no que concerne ao acompanhamento dos seus filhos, enfatizando aqui a especial e particular situação de prematuridade na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

(UCINP) que prevê regras excecionais a este acompanhamento. Não obstante, ao cruzar-me com algumas situações especiais do ponto de vista da saúde e da estrutura familiar, e que irei descrever ao longo deste relatório, tive a necessidade de me inteirar da Lei n.º 147/99, sobre a proteção das crianças e jovens em perigo, para saber como atuar em conformidade quando necessário.

No contexto de CSP, dei a conhecer aos pais alguns dos direitos que abrangem as suas crianças em termos de acesso a várias vertentes dos cuidados de saúde, assim como o Guia Prático “Ter uma criança” do Governo de Portugal (2021), que em complementaridade dá conta dos direitos das próprias crianças a beneficiar dos melhores serviços para a promoção da sua saúde, como são exemplo a consulta de saúde oral gratuita e as terapias promotoras do desenvolvimento infantil.

Sobre este último aspeto mencionado, e à luz das leis e direitos, no âmbito do estágio realizado no Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC), procurei inteirar-me do Decreto-Lei n.º 281/2009, que com a criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) protege as crianças com perturbações de desenvolvimento e necessidades de saúde especiais e os respetivos pais, informando os pais sobre alguns dos seus direitos legais em benefício dos seus filhos com necessidades de saúde especiais, assim como os direitos das próprias crianças a beneficiar das terapias essenciais ao seu desenvolvimento.

Ainda no domínio da competência vigente, em termos de acessibilidade e equidade, personalizei os cuidados às necessidades e à realidade de cada família, ajustando-me às suas particularidades biopsicossociais e culturais e às suas preferências, desde que não comprometessem a eficácia das intervenções de enfermagem e a sua saúde. A título de exemplo, no contexto de Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) assegurei o direito humano da criança a cuidados facilmente alcançáveis, incluindo-os e **empoderando-os para melhor agir na gestão da sua saúde**, recordando que determinadas situações de doença podem ser acompanhadas em contexto ambulatorio, disponibilizando a linha telefónica de saúde afeta ao SUP disponível por 24 horas, durante sete dias por semana.

Acrescento ainda sobre o estágio realizado na comunidade, como exemplo prático da acessibilidade, o facto de que as consultas que realizei não se dirigirem somente aos progenitores, mas também a outras pessoas da rede de suporte familiar que auxiliavam no tomar conta das crianças, como avós, tios, entre outros. Com esta pequena grande abrangência, garanti o direito humano e da criança ao **acesso à melhor informação** em

saúde possível, empoderando todos os seus possíveis cuidadores com os melhores conhecimentos sobre como a cuidar.

Contudo, importa frisar que nem sempre as decisões dos pais e/ou cuidadores vão ao encontro das informações e orientações fornecidas no âmbito dos cuidados, sendo que **respeitei as escolhas e autodeterminação** destes, na medida em que essas mesmas decisões não prejudicassem a saúde e a segurança das crianças e da família em geral. A título de exemplo, aconselhei a mãe de uma criança de quatro anos a iniciar o desfralde noturno (PNSIJ - DGS, 2013), ao qual esta se demonstrou reticente por achar inconveniente ter de supervisionar e redobrar a atenção no treino vesical neste sentido, e porque por vezes a criança pernoitava na casa dos avós devido aos horários laborais dos pais. Respeitando a sua decisão e procurando compreender o seu ponto de vista, apesar de a ter informado sobre a importância deste feito nesta idade em particular, negocieei abordar novamente o assunto, em período de férias, marcando nova consulta propositadamente para o efeito.

Ainda neste sentido, em contexto comunitário, e ao lidar com situações sensíveis, como por exemplo as de famílias com elementos toxicodependentes ou com doença mental, e os riscos consequentes que podem surgir para a integridade da criança, tentei com o auxílio da enfermeira tutora do CS estipular um acompanhamento mais regular do que aquele preconizado, mantendo ainda assim a privacidade de criança e família intacta, quer na forma como os tratei e na relação estabelecida (sempre de parceria e nunca de desconfiança), quer na forma como os acolhi na consulta de enfermagem, quer na transmissão da informação oral e escrita aos profissionais da rede de cuidados.

Do mesmo modo, um outro exemplo prende-se com o cuidar de crianças inseridas em famílias com capacidades cognitivas menos desenvoltas e com dificuldade em compreender os tratamentos prescritos, em que tentei estabelecer as pontes necessárias entre serviços de saúde, com vista a **assegurar a correta e segura continuidade dos cuidados**, protegendo assim a criança contra os riscos que poderiam advir de uma inadequada gestão terapêutica por parte dos cuidadores.

Em concordância, Nunes (2020) afirma que a prática de cuidados de saúde infantil e pediátrica é indissociável de um olhar clínico responsável e eticamente pensado, na medida em que o enfermeiro deve “procurar equilíbrios considerando o desenvolvimento da criança e os seus melhores interesses, a sua dignidade humana e os seus direitos, as crenças e valores bem como a participação da família que cuida da criança” (p. 70).

eticamente, assumi como **princípios deontológicos orientadores da minha prática** o respeito pela autonomia dos pais no cuidado às suas crianças, a beneficência na

promoção da saúde e do desenvolvimento infantil de acordo com as capacidades e possibilidades de cada família sem duvidar do potencial de evolução de cada criança, da não-maleficência em não permitir que as necessidades dos pais e crianças ficassem por responder, e da justiça através de um cuidado personalizado e adequado às particularidades de cada criança e família. Não obstante, à luz do CDE, tentei reger-me pelos **valores** da liberdade responsável, da verdade, do altruísmo, da solidariedade, da competência e do aperfeiçoamento profissional (Lei n.º 156/2015), na medida em que informei sobre os melhores comportamentos em saúde, empoderei com os conhecimentos mais adequados, orientei para o alcance de ganhos em saúde, redirecionei condutas menos apropriadas, comuniquei somente com a honestidade, fomentei o espírito de entreajuda e respeitei as determinações de cada família.

Aplicar os princípios éticos e valores deontológicos mencionados à prática de cuidados significa tomar decisões ponderadas e prudentes (Nunes, 2020), através de um **processo de tomada de decisão** que para mim seguiu a combinação de conhecimentos teóricos e experiências práticas com a **reflexão** e com o pensamento crítico, no sentido de dar resposta às necessidades das crianças e família em matéria de cuidados holísticos.

Seguindo o processo de enfermagem como linha norteadora e estruturante de toda a minha prática, a análise das diferentes situações com que me deparei e **as decisões em que eu tive a oportunidade de participar** iniciaram-se com uma colheita dos dados e factos relevantes para a situação de cada criança e família, consultando o seu processo clínico e entrevistando-os, identificando após as necessidades sob as quais intervir. Com isto, creio ter respondido ao RCCEE (Regulamento n.º 140/2019) no que respeita a **analisar a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica**.

Sequencialmente, após a análise dos dados recolhidos e da **evidência científica existente para fundamentar a intervenção clínica**, apresentei às minhas enfermeiras tutoras as minhas diferentes opções de resolução e planos de intervenção, revendo com elas cada um deles através de uma análise crítica, de forma a seleccionar e a ajustar os que melhor se adequavam às necessidades e especificidades de cada criança e família, validando assim o meu processo de tomada de decisão.

Exemplos válidos que refletem a aquisição desta competência referente à **tomada de decisão ética** com respetiva **avaliação de processo e resultado** são os estudos de caso efetuados no âmbito dos estágios de internamento de cirurgia e medicina no serviço de pediatria (Apêndices A e B, respetivamente), que abordaram situações relacionadas com

traumatismos cirurgicamente corrigidos após queda e encoprese. Com a construção dos estudos de caso referidos, foi-me possível uma **reflexão** mais profunda, algo introspetiva, sobre a minha prática de cuidados e a sua contribuição para a dignificação da ESIP. Uma vez apresentados publicamente diante das minhas colegas de mestrado, tive então a oportunidade de divulgar o resultado da minha prática, **partilhando assim o resultado** da minha tomada de decisão.

De uma forma geral, nos diferentes ensinamentos clínicos, muitos foram os planos de cuidados elaborados com base na tomada de decisão orientada pelo processo de enfermagem, uns de forma mais célere, como no SUP, outros mais ponderados, como no CS. Só depois de criticados, ajustados e aprovados pelas **enfermeiras tutoras e equipas de trabalho**, desempenhei e conduzi os cuidados de enfermagem nos vários campos clínicos, havendo ainda assim a necessidade de reformular estes planos ao longo da prática, de acordo com outras dúvidas e necessidades emergentes expostas no momento pelas crianças e famílias. Sobre estas últimas, dada a sua imprevisibilidade, procurei mobilizar rápida e eficazmente os meus conhecimentos de forma a responder-lhes assertiva e adequadamente, **construindo em parceria com os pais diferentes estratégias de resolução de problemas**.

No final de cada dia de prática, procurei avaliar o meu desempenho e intervenção através de uma partilha de impressões com as enfermeiras tutoras, havendo assim um espaço para debater e refletir o resultado da minha intervenção e da minha postura perante as crianças e famílias. De uma forma geral, creio que fui bem-sucedida nos planos de cuidados elaborados e nas intervenções por mim implementadas, já que o *feedback* das enfermeiras tutoras foram, essencialmente, positivos. Ainda assim, pela exigência que tenho para comigo própria, procurei melhorar dia após dia, procurando ser mais do que uma mera estudante de mestrado, representando um **recurso útil e válido** para as demais equipas multidisciplinares.

2.1.2. Domínio da melhoria contínua da qualidade

De forma a **contribuir para a melhoria contínua da qualidade** nos diferentes contextos por onde passei, procurei incorporar nos cuidados por mim prestados os conhecimentos mais atuais, colocando rigor científico no exercício da enfermagem, já que alguns dos serviços por onde passei encontravam-se em processo de acreditação ou já acreditados pela Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Como tal, procurei sempre corresponder às expectativas e objetivos de cada um dos serviços, colaborando na qualificação de cada um deles.

Por forma a enriquecer os cuidados prestados, incluí na fundamentação teórica da prática clínica os **guias orientadores de boas práticas** existentes na área da ESIP, conforme determina a OE. Ainda, de modo a participar nos projetos de formação a serem instituídos nos serviços, partilhei com as enfermeiras tutoras toda a informação e bibliografia que dispunha sobre os referidos guias e planos de intervenção, **agilizando assim a sua divulgação e utilização prática nos cuidados.**

Sobre o desenvolvimento das competências do EE concernentes à melhoria contínua da qualidade, tive a indiscritível oportunidade de aprender e **colaborar** com a minha enfermeira tutora do ensino clínico no SUP, enquanto ela elo da qualidade, **na revisão de alguns procedimentos protocolados no serviço.** Ao ser incluída nesta atividade, vi-a como uma excelente oportunidade de contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e do exercício da enfermagem, já que a exigência colocada na construção e revisão de protocolos de atuação para determinadas situações de saúde e procedimentos de enfermagem específicos é máxima. A responsabilidade por detrás desta tarefa implica que os enfermeiros procurem inteirar-se da mais atual evidência científica, traduzindo-a numa linguagem uniforme para facilitar a intervenção em enfermagem, contribuindo assim para uma prática real baseada na evidência (Vieira et al., 2020). Apesar do pouco tempo disponível para a fazer em serviço, esta foi, sem dúvida, uma atividade muito enriquecedora para mim. Como tal, em colaboração com a enfermeira tutora, foi algum o trabalho desenvolvido em casa, fora do contexto de estágio, para avançar neste moroso e metuculoso processo de atualização de protocolos.

Uma vez que a qualidade passa também por partilhar conhecimentos, inserem-se aqui algumas noções de formação profissional contínua, pessoal e em equipa, enquanto mote para o desenvolvimento de uma prática responsável, fundamentada e suportada na evidência científica (RCCEE - Regulamento n.º 140/2019). De acordo com as **necessidades identificadas nos diferentes serviços**, foi-me então possível **contribuir para o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade dos mesmos através de momentos de formação em equipa**, que acredito terem contribuído para o crescimento do conhecimento de todos os elementos das diferentes equipas de enfermagem que integrei, proporcionando assim a **comunicação e divulgação de estratégias potenciadoras da qualidade dos cuidados em cada serviço.**

No estágio decorrido em contexto de CS, foi-me proposto pela enfermeira formadora do serviço a realização de uma formação à equipa de enfermagem sobre o desenvolvimento infantil à luz da Escala de Avaliação das Competências no

Desenvolvimento Infantil - Schedule of Growing Skills II (SGS II) e, a partir daí, reforçar a importância de uniformizar os registos de enfermagem segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), apelando à equipa para os integrar na sua prática profissional, uma vez que esta constitui uma das maiores lacunas identificadas nas auditorias clínicas realizadas no serviço.

Assim, vi neste desafio a excelente oportunidade de contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, já que a comunicação oral e escrita deve ser transversal e compreendida por todos os enfermeiros, para que a informação seja objetiva e eficazmente interpretada, garantido assim a continuidade de cuidados e consequente qualidade (Nascimento et al., 2021). Evidentemente, aceitei desde logo o desafio e, tentando articular os requisitos que me foram sugeridos, procurei estruturar a referida formação com os referenciais de desenvolvimento infantil segundo a SGS II, elaborando um plano de cuidados “tipo” para uma suposta criança com 12 meses de idade com intervenções elaboradas segundo a CIPE e a respetiva parametrização do CS.

Após validação com a enfermeira tutora e a enfermeira formadora, apresentei a oito enfermeiras, generalistas e especialistas, a formação que planeei e que pode ser encontrada no Apêndice C – Formação em Serviço sobre o Desenvolvimento Infantil aos 12 meses, apelando à participação, partilha e discussão de ideias entre todas nós. De facto, chegou-se à conclusão de que as enfermeiras não se sentem à vontade na realização dos registos segundo a CIPE, pois nem sempre é fácil transpor para essa taxonomia os conceitos que querem transmitir na informação escrita, já que é vasto o leque de opções existentes no programa informático.

Claro que, com treino e dedicação, o domínio do sistema informático e da própria taxonomia CIPE acontecem, pelo que se notou o compromisso geral da equipa em investir neste âmbito. Como forma de **motivar e ajudar a equipa no sentido de operacionalizar este aspeto que incita a qualidade do serviço**, disponibilizei a referida formação no portal informático partilhado, para que a possam consultar sempre que tiverem de assegurar os cuidados de ESIP (em situações excecionais, como na ausência da EEESIP, por exemplo), facilitando a elaboração dos registos de enfermagem conforme dita a qualidade dos cuidados. De certa forma, a partir desta formação, atuei como **formadora e facilitadora da aprendizagem no contexto de trabalho, favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências das enfermeiras**. Conforme o RCCEE (Regulamento n.º 140/2019), esta estratégia permitiu-me também

contribuir para a **concretização de metas estipuladas para a melhoria da qualidade dos cuidados**, incrementando a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.

Seguindo os mesmos moldes supradescritos, mas desta feita no ensino clínico de cirurgia em serviço de internamento de pediatria, realizei, em concordância com a equipa de enfermagem, planos de cuidados de referência relativos a situações cirúrgicas mais comumente presentes no local, tendo por base a terminologia CIPE, mais uma vez de forma a uniformizar a linguagem e a comunicação escrita dos enfermeiros do serviço (Apêndice D - Plano geral de intervenções CIPE para crianças submetidas a cirurgia).

Ainda, no contexto de SUP, propus-me a **contribuir para qualificar os cuidados e facilitar a intervenção do enfermeiro**, colaborando de certa forma na gestão da afluência ao SUP. Refletindo sobre como poderia atuar neste campo, debrucei-me sobre a essência da temática subordinada ao meu relatório de mestrado e surgiu-me a ideia de elaborar um folheto com o intuito de empoderar os pais sobre como atuar numa das situações mais frequentemente encontradas no SUP. Após validação e discussão com a enfermeira formadora do serviço e com a enfermeira tutora, concluiu-se a pertinência de incidir o referido folheto informativo sobre a criança com vômitos e como deverão os pais atuar antes de recorrerem ao SUP. De uma forma geral, o documento faz referência ao que são, de facto, os vômitos, em que circunstâncias surgem, como podem ser tratados e quando devem constituir motivo de preocupação e, consequentemente, razão para recorrer ao SUP. Este documento informativo, que pode ser encontrado no Apêndice E – Folheto “Vômitos na criança”, foi então aprovado pelas duas enfermeiras referidas, assim como pela enfermeira chefe, seguindo posteriormente para aprovação do gabinete de imagem e comunicação do SESARAM, E.P.E.

Ao respeitar as particularidades de cada criança e família conforme exemplificado na competência anterior, ao incorporar o rigor científico e a evidência clínica na prática, e olhando pelos óculos da parceria de cuidados, creio ter promovido um **ambiente seguro e protetor do ponto de vista físico, psicossocial, cultural e espiritual**. Na minha ótica, **promover um ambiente seguro fisicamente, integrativo psicossocialmente e acolhedor espiritualmente**, que transmite proteção às crianças e pais, passou por aceitar a diferença, estar sensível às inquietações e anseios, não julgar, respeitar as decisões tomadas e dar a oportunidade de as crianças e famílias participarem ativamente nos cuidados de acordo com as suas crenças e valores.

Para além disso, não descurando a segurança no seu sentido mais literal, cuidar num ambiente seguro significa **reduzir ao mínimo os riscos associados a intervenções** no

âmbito dos cuidados de saúde, obrigando assim à adoção de uma cultura de segurança, que se afirma como o resultado da junção dos valores, atitudes, competências, padrões de comportamento e perceções que determinam a integridade de um contexto de cuidados (OMS, 2021). Reduzir os riscos implica maximizar a atenção e a consciência de que uma correta e fundamentada tomada de decisão é a base para uma prática segura e de qualidade, não esquecendo os princípios éticos e deontológicos que a definem.

Ainda no domínio da melhoria contínua da qualidade e da segurança, considero ter **prevenido riscos ambientais**, na medida em que respeitei os circuitos próprios de cada um dos serviços, a separação cautelosa dos resíduos e lixos produzidos, entre outros. Não menos importante, em ambiente hospitalar, tive atenção à **gestão dos espaços físicos da prestação de cuidados**, da qual é exemplo o cuidado na distribuição e isolamento de crianças com situações clínicas altamente infecciosas de outras com situações menos graves, mantendo todas as áreas comuns limpas, secas e arrumadas, livres de obstáculos e de materiais passíveis de fomentarem a ocorrência de acidentes (como por exemplo, manter guardados os objetos pequenos ou cortantes necessários à prestação de cuidados).

De igual forma, para **garantir a segurança na minha prestação de cuidados**, regí-me pelos princípios da identificação inequívoca de doentes, confirmando e reconfirmando em todos os momentos a identidade das crianças a quem me dirigi, seja para uma consulta de enfermagem, seja para administrar uma medicação prescrita. Assim, para além de validar com a criança e acompanhante os dados relativos ao nome, idade e data de nascimento, nos serviços hospitalares confirmei também eu própria as suas pulseiras de identificação que lhes são imediatamente colocadas assim que são admitidos no serviço de saúde.

E por de segurança e identificação se tratar, importa referir que coloquei toda a minha concentração e atenção nos momentos relativos à preparação e administração de terapêutica, validando as prescrições médicas em termos da própria medicação, dose, via, horário/posologia e indicações de reconstituição e/ou diluição, registando-as de forma clara no processo clínico da criança certa. Com isto, creio ter respondido ao RCCEE (Regulamento n.º 140/2019) na proporção de **assegurar a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas** e cooperar na organização do trabalho, de forma **a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano**.

Um último aspeto neste domínio recai sobre a comunicação oral e escrita, que deve ser transversal e compreendida por todos os enfermeiros, para que a informação seja objetiva e eficazmente interpretada, garantido assim a continuidade de cuidados e consequente

qualidade (Nascimento et al., 2021). Apesar de não estar familiarizada com todos os sistemas informáticos com que trabalhei ao longo dos estágios, depressa me fiz conhecedora destes e das suas particularidades ao pedir autorização às enfermeiras tutoras para “explorar” as respetivas plataformas. Como tal, **assegurei o correto e seguro registo** informático de toda a minha intervenção, de forma clara e esquemática, para uma melhor compreensão de quem a necessita consultar. Do mesmo modo, garanti que as passagens de turno foram transmitidas claramente e de forma atingível para quem me estava a ouvir, garantindo a continuidade e a qualidade dos cuidados às crianças, jovens e famílias. Não obstante, zelei pelo direito destas últimas no que respeita à sua **confidencialidade e privacidade**, garantindo o sigilo profissional dentro e fora dos serviços de saúde, com o devido cuidado relativamente à análise e discussão de casos.

2.1.3. Domínio da gestão dos cuidados

A gestão dos cuidados propriamente ditos, qualquer que sejam os recursos humanos e materiais disponíveis, implica adaptá-los às necessidades de quem deles beneficia, em função das ferramentas de trabalho disponíveis. À semelhança do que tenho vindo a apresentar, e para melhor relatar o desenvolvimento de competências neste domínio com maior enfoque na gestão dos cuidados propriamente ditos, farei uso de exemplos práticos ocorridos em cada um dos campos de estágio por onde passei.

No âmbito da gestão dos cuidados de saúde prestados no CDC, tenho a declarar o esforço que fiz, em colaboração com a enfermeira tutora, para cumprir os tempos de consulta, já que seguidamente à consulta de enfermagem, as crianças com necessidades especiais de saúde lá cuidadas tinham sempre consulta médica. Por norma, as consultas de enfermagem no CDC são morosas, uma vez que a avaliação minuciosa da criança e dos seus contextos implica cativar a atenção da mesma e conquistar a sua confiança para colaborar na aplicação da SGS II.

Quando a avaliação referida realmente permite verificar necessidades especiais de saúde numa criança, há todo um longo caminho a percorrer. O Decreto-Lei n.º 281/2009 é claro quando diz que a criança tem direito a usufruir dos recursos de saúde adequados à sua situação, preferencialmente dentro dos seus ambientes habituais. Como tal, dependendo da situação de cada criança, o CDC oferece um conjunto de terapias, extensíveis ao meio escolar, para trabalhar o seu potencial de desenvolvimento. Apesar de as referenciações formais serem realizadas pelos médicos pediatra e fisiatra, coloquei-me na posição de analisar a situação de cada criança e perceber que tipo de intervenção e terapia se adequava

ao seu caso clínico (como por exemplo a terapia ocupacional para crianças com défice de atenção, a terapia da fala para crianças com perturbações da linguagem, a psicologia para situações de alterações relacionais ou do comportamento), **valorizando o papel e o trabalho de todos os elementos da equipa multidisciplinar.**

De forma a rentabilizar o tempo e **promover a articulação dos cuidados prestados em valorização do trabalho em equipa**, depois de cada consulta de enfermagem foi sempre estabelecido contacto com a médica pediatra para relatar e discutir o resultado da avaliação e intervenção do enfermeiro na consulta de enfermagem do CDC. Também por questões de gestão de faltas/ ausências ao trabalho por parte dos pais para acompanhar os seus filhos nas deslocações ao CDC, tentou-se gerir os cuidados de forma a não alongar as consultas para além do essencial, sendo priorizada a avaliação e a intervenção focadas no desenvolvimento, tendo em conta a situação clínica da criança e família. Por este último motivo, teve-se em atenção a calendarização de ambas as consultas de enfermagem e médicas para o mesmo dia, evitando deslocações excessivas ao CDC.

Em termos de gestão e organização do CDC propriamente dito, cooperei na revisão e reposição dos materiais do gabinete que funciona como sala de emergência do mesmo, garantindo a sua pronta funcionalidade em situações imprevistas de emergência e contribuindo para a **promoção de um ambiente terapêutico e seguro.**

Por sua vez, sobre a gestão dos cuidados de saúde prestados em ESIP e do método de organização de trabalho em contexto de estágio nos CSP, afirmo a admiração imensa, que me serve de exemplo, sobre a forma como a enfermeira tutora tem as suas consultas organizadas, uma vez que as procura marcar para todas as idades chave desde a primeira oportunidade, fazendo cumprir o esquema de vigilância em saúde previsto no PNSIJ (DGS, 2013). Como exemplo, nas primeiras consultas ao RN, a enfermeira trata desde logo de agendar as consultas médicas e de enfermagem ao longo de todo o primeiro ano de vida da criança, de forma a garantir o acesso aos cuidados de saúde sem contratempos, obedecendo também ao PNSIJ (DGS, 2013) no que respeita à avaliação, deteção e apoio a todas as crianças e à capacitação dos seus pais e familiares enquanto principais cuidadores. Em matéria de tempos, há a referir o trabalho desenvolvido no sentido de dinamizar e rentabilizar as consultas, principalmente nos dias de agenda mais preenchida e com consultas médicas de seguida, para não atrasar nem prejudicar a articulação dos cuidados prestados às crianças e famílias. Mais uma vez, realço que conseguir chegar à criança de forma que esta aceite e colabore nas avaliações pedidas (dados antropométricos e testes de desenvolvimento

infantil, por exemplo) nem sempre é um trabalho fácil, vagaroso por vezes, ainda que gratificante.

Ainda, no domínio da gestão e organização do CS, sucedeu que a minha enfermeira tutora representava o elo da vacinação do CS onde exerce funções, sendo que futuramente no meu local de trabalho também eu representarei esta tão importante função que me foi recentemente delegada. Prosperamente, foi-me proporcionada a participação nos procedimentos de gestão no que se refere a *stocks* de vacinas, requisição, armazenamento e contabilização das mesmas, verificação dos erros de registos, deteção de situações de vacinas em atraso e convocação desses mesmos clientes para cumprir o esquema de vacinas, bem como a realização dos relatórios anuais sobre o cumprimento dos esquemas vacinais no CS do Caniçal. A vacinação é um indicador preditivo do estado de saúde da população, sendo que na perspetiva da saúde pública é uma mais-valia na manutenção da saúde dos indivíduos no geral (Programa Nacional de Vacinação [PNV] – DGS, 2020). Ao cooperar nestas atividades desenvolvidas pela enfermeira tutora, pude não só contribuir para a promoção da qualidade e redução do erro terapêutico no CS do Caniçal, mas também aprender valiosos contributos e ferramentas para o desempenho da minha responsabilidade futura. Mais uma vez, indo ao encontro do domínio de competências anteriormente explanado, **assegurei a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas** pelos pares, **reduzindo a probabilidade de ocorrência de erro humano** (RCCEE - Regulamento n.º 140/2019).

Em ambiente de SUP, a gestão dos cuidados prestados passou por agilizar, em tempo útil, os momentos de assistência a cada criança e família, principalmente nos dias de maior afluência. Note-se que, se nos contextos anteriormente referidos já era desafiante obter a colaboração das próprias crianças na prestação de cuidados, num ambiente onde predomina a doença aguda e consequentes alterações dos seus estados anímicos, torna-se ainda mais complicado conseguir a sua cooperação nas avaliações pedidas e tratamentos prescritos. Não obstante, por menor que fosse o tempo disponível, foram também reservados momentos de atenção aos pais, não só para atender às suas preocupações, mas também para fazer-lhes os ensinamentos necessários para o seu empoderamento na gestão dos processos de saúde/doença dos seus filhos e família.

Por se tratar de um ambiente de prática cujos cuidados ainda me estão bem presentes, a minha organização de aprendizagem na UCINP passou não só por colaborar na prestação dos cuidados aos prematuros e outras crianças hospitalizadas no serviço, mas também acompanhar e debruçar alguma atenção naquele que é o papel do enfermeiro gestor

e do enfermeiro responsável de turno, do ponto de vista da gestão organizacional. Gerir um serviço hospitalar de tamanha importância, não descurando todos os outros, requer uma organização metódica, regular e preditiva, já que o próprio serviço e a respetiva equipa devem estar preparados para toda e qualquer situação de prática que possa vir a acontecer, qualquer que seja o momento. De facto, foi isto que verifiquei ao longo da minha passagem pela UCINP: uma equipa multidisciplinar sempre preparada, atualizada, com papéis muito bem definidos, com níveis de experiência e perícia variados, contando com a combinação das melhores características de cada elemento que a compõem; a par de uma vasta panóplia de equipamentos, consumíveis e materiais essenciais a uma prática de cuidados segura e de qualidade, primando pela minimização da possibilidade de erro ou falha, quer dos equipamentos e materiais que são regularmente verificados e testados, quer dos profissionais que ciclicamente revêm procedimentos e técnicas relacionadas com os cuidados.

Enquanto elemento moderador e organizador de uma equipa de trabalho, o enfermeiro gestor assume ainda outro papel importantíssimo no que respeita aos processos comunicacionais e relacionais dentro da própria equipa. Com isto, quero destacar a capacidade da enfermeira chefe da UCINP para organizar a equipa de enfermagem em grupos mais pequenos, distribuídos pelos diferentes turnos, de forma a equilibrar os conhecimentos e as capacidades de cada um dos elementos, tendo em conta as suas particularidades e as relações estabelecidas entre eles, não descurando a mediação de conflitos e a justa atribuição de oportunidades de desenvolvimento profissional.

Ainda sobre a gestão de recursos humanos, tanto na UCINP como no SUP, enalteço a forma como são geridas as equipas de enfermagem, sendo responsabilidade do enfermeiro responsável de turno distribuir os enfermeiros pelos diferentes postos de trabalho ao longo do tempo, destacando em simultâneo aqueles que devem na UCINP garantir a assistência em emergência pediátrica em todo o ambiente hospitalar e aquelas que no SUP devem comparecer na sala de emergência em caso de esta ser ativada. Impressionante é também o espírito de entreajuda que impera entre estas equipas de enfermagem e a forma como estas se articulam para assegurar os diferentes postos de trabalho.

Em contexto de internamento de medicina e cirurgia em pediatria, a minha prestação de cuidados fluiu de forma muito natural, dado ter sido rapidamente integrada na equipa de enfermagem. Com a confiança da enfermeira tutora, assumi a responsabilidade da prestação de cuidados a várias crianças em cada turno, tendo assim gerido a minha prática em função do tempo disponível, das características das crianças e famílias, das suas situações fisiopatológicas, das suas necessidades e das suas preferências, garantindo que os cuidados

se concretizassem eficazmente. Não obstante, primei por assegurar a continuidade dos cuidados através das passagens de turno, transmitindo aos demais colegas informação pertinente, clara e concisa, essencial à compreensão sobre o estado de saúde da criança e os cuidados a ela prestados.

No ensino clínico em contexto de internamento que agora analiso, a equipa de enfermagem é diversificada em matéria de especialidades de intervenção, contando não só com vários enfermeiros especialistas, mas também com muitos enfermeiros generalistas peritos em saúde infantil, com os quais também aprendi imenso. Também neste campo, tal como nos anteriormente descritos, sobressai o trabalho em equipa e o respeito que se faz sentir pelo trabalho de todos. A gestão organizacional deste serviço é também feita de forma muito cautelosa e atempada, sendo que a prática diária decorre com exímio brio científico, técnico e relacional. Acrescento ainda que a apresentação física do serviço desmistifica o impacto dos cuidados de saúde, já que se encontra delicadamente decorado com imagens infantojuvenis, aparentando-se muito acolhedor para as crianças e jovens que lá são admitidos.

A título pessoal, de forma a compreender os mecanismos de gestão organizacional dos diferentes serviços por onde passei, fiz o exercício de ler, interpretar, e refletir sobre as premissas emanadas no Parecer n.º 19/2019 publicado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP, 2019b), subordinado à OE, relativo ao Cálculo das Dotações Seguras de ESIP nos diferentes contextos de prática. De uma forma geral, é louvável o esforço que os diferentes serviços fazem para cumprir os rácios recomendados, em prol da qualidade e da segurança dos cuidados, ainda que falem recursos humanos para que se cumpram na totalidade as recomendações descritas pela MCEESIP.

2.1.4. Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Cuidar da criança e do jovem é de uma extrema responsabilidade e de um nível de exigência sem igual, já que a saúde destes se quer sempre plena e no seu exponencial máximo de desenvolvimento.

Na posição de aluna de mestrado em ESIP, a competência comum do EE sobre o **desenvolvimento das aprendizagens profissionais** assume importante relevância. Em conformidade, creio ter demonstrado curiosidade e proatividade no meu percurso formativo, participando ativamente no meu processo de aprendizagem e respeitando os princípios da especialização de cuidados. Procurei oportunidades para a consecução das minhas metas

académicas, pelo que assumi total iniciativa e responsabilidade no desenvolvimento das competências do EE.

Como tal, ao ambicionar desenvolver mais e melhores competências do EEESIP, mobilizei e deposei toda a minha atenção na prestação de cuidados de enfermagem à criança e família. Demonstrei interesse e participei em todas as experiências suscetíveis de constituir um veículo potenciador da minha aprendizagem e desenvolvimento, chegando mesmo a juntar-me a outros enfermeiros e pediatras das diferentes equipas multidisciplinares para enriquecer o meu percurso formativo. Abracei, do mesmo modo, todas as oportunidades para desenvolver os meus objetivos académicos, sobretudo no que respeita ao tema central deste meu projeto final.

A par de perceber os circuitos realizados nos diferentes campos de estágio, foi também alvo da minha preocupação estabelecer uma relação de confiança com as diferentes enfermeiras tutoras que me acompanharam, os demais colegas e restante equipa multidisciplinar, que de uma forma transversal tão bem me acolheram desde o primeiro dia. Para isso, de acordo com o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais do RCCEE (Regulamento n.º 140/2019), procurei **relacionar-me com as diferentes classes profissionais** de forma educada e empática, reconhecendo e valorizando o papel de cada um na dinâmica do cuidar da criança e família. Mantive também uma postura que considero adequada, enquanto pessoa e enquanto enfermeira, dignificando a imagem da profissão.

Apesar de já ter alguma experiência profissional no cuidado à criança, fui suficientemente **humilde para assumir as minhas limitações e dificuldades** e absorver todas as aprendizagens vivenciadas. **Aceitei positivamente toda a crítica e sugestão de melhoria** que me foi dirigida ao longo da prática, aproveitando para com elas crescer e melhorar progressivamente. Em jeito de reciprocidade, **partilhei** também com as enfermeiras tutoras e com os demais colegas alguns dos **resultados da minha experiência profissional**, devidamente apoiados e fundamentos com base na evidência científica.

Os cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família impõem uma grande preparação por parte do enfermeiro que os vai assegurar, pois a imprevisibilidade por detrás do ser criança e jovem assim o exige (Ramos & Figueiredo, 2020). Por esta razão, foi **constante e detalhada a minha pesquisa e pormenorizado o meu estudo** ao longo dos diferentes estágios, com a leitura de variados artigos científicos e outros documentos de referência sobre o binómio saúde-doença na criança e no jovem, de forma a inteirar-me sobre as particularidades das diferentes situações patológicas numa população tão singular.

E a contar com a falibilidade dos recursos informáticos, tendo um enorme respeito pela literatura cinzenta, adquiri alguns livros que considereei serem ferramentas importantes, de fácil leitura e consulta rápida, que me foram e continuarão a ser úteis na prestação de cuidados de ESIP, como são exemplos o livro “Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem”, publicado no ano de 2020 por Ana Lúcia Ramos e Maria do Céu Barbieri-Figueiredo, e os dois volumes de livros com respetivo guia de estudo “Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente”, de Marilyn Hockenberry e David Wilson.

Como tal, tentei **incorporar nos cuidados por mim prestados os conhecimentos mais atuais**, colocando rigor científico no exercício da enfermagem. Do mesmo modo, incluí na fundamentação teórica da prática clínica documentos científicos vários, conforme determina a OE através do RCCEE (Regulamento n.º 140/2019), sendo eles a título de exemplo os guias orientadores de boas práticas existentes na área da ESIP, artigos científicos sobre as diversas situações fisiopatológicas que acometem as crianças e jovens, e *guidelines* internacionais e nacionais do Conselho Europeu de Ressuscitação e do Conselho Português de Ressuscitação.

Pessoalmente, já no âmbito da prática de cuidados propriamente dita, principalmente quando no CDC, creio ter sido **politicamente correta, gerindo inteligentemente as minhas emoções e abstendo-me de emitir juízos de valor**. Ainda assim, numa fase inicial do estágio referido, assumo que não foi fácil distanciar-me emocionalmente de alguns casos com que me deparei, isto porque sendo mãe de uma bebé em pleno desenvolvimento infantil, é difícil não estabelecer um certo paralelismo com a minha realidade e os meus medos e anseios face à mesma. Contudo, direcionando o meu foco para a prática e para a aprendizagem, consegui **adaptar-me e organizar-me, no sentido de não me deixar influenciar pelas minhas emoções**.

Um outro exemplo, ocorrido em contexto de SUP, prendeu-se com a admissão de uma mãe de um RN com 15 dias de vida com um quadro de infeção respiratória. Esta mãe, ainda fragilizada pelo período pós-parto que atravessava, apresentava uma labilidade emocional franca, com choro e uma certa angústia. No meu papel de pessoa humana, de mãe e de enfermeira, não pude ficar indiferente e eu mesma, a conter as minhas lágrimas, acabei por partilhar a minha experiência e apoiar esta mulher e mãe neste momento particular em que tudo é tão difícil de gerir. Um outro exemplo que comoveu toda a equipa multidisciplinar foi o socorro a duas irmãs vítimas de atropelamento, de 15 e 22 anos, que se mantiveram conscientes e orientadas durante toda a prestação de cuidados que aconteceu em simultâneo

na sala de emergência do SUP, estando as duas mais preocupadas com o bem-estar da outra irmã do que com o próprio.

O RCCEE (Regulamento n.º 140/2019) reitera também que o EE **atue eficazmente sob pressão**, sendo que sobre este aspeto importa partilhar o meu contratempo no que respeitou à preparação de uma das consultas de enfermagem que desempenhei no CDC. A referida consulta dirigia-se a um par de gémeos com a suposta idade de um ano de vida à data da consulta planeada, que era de facto a idade apresentada na página inicial do sistema informático. Por meu lapso, quando abri os processos clínicos de ambos para a colheita e análise de dados para preparar a consulta, não dei conta que a idade assumia a configuração de um ano e três meses – 15 meses, portanto. Note-se que a aquisição de competências dos 12 para os 15 meses é exponencial. Só no dia da consulta, ao validar os dados com a mãe dos meninos é que me apercebi da minha falha e, como tal, tive que rapidamente adaptar todo o meu plano de consulta às idades reais e competências desenvolvimentais das crianças. Felizmente, fui capaz de adequar a aplicação do SGS II e a intervenção às capacidades das crianças, sendo que o decorrer de ambas as consultas fluíram naturalmente, respondendo aos objetivos por mim traçados para a consulta.

Toda esta readaptação referida só foi possível porque, ao longo da prática clínica, fui procurando desenvolver conhecimentos sobre os diferentes âmbitos de intervenção do EEESIP, não só para fundamentar a minha prestação de cuidados, como também para facilitar o meu próprio processo de aprendizagem.

E porque o conhecimento também se constrói com a prática, com a **análise e na discussão dos diferentes casos clínicos** com que me deparei criei oportunidades de aprendizagem, procurando expor a minha análise e partilhá-la com as enfermeiras tutoras que, tendo uma vasta experiência profissional, me validaram e/ou clarificaram algumas dúvidas sobre aspetos, opções e decisões terapêuticas tomadas.

Ainda, durante o período em que me encontrei em ensino clínico no SUP, a equipa multidisciplinar encontrava-se em revisões de conteúdos para a prática simulada em plena sala de emergência com manequins de alta-fidelidade. Segundo Tracey et al. (2019), o treino com recurso à simulação de situações de emergência, como o trauma em pediatria, é uma mais-valia para abordagens reais a este tipo de vítimas, uma vez que permite a identificação e atuação precoce, isenta de erros, melhorando o desempenho dos profissionais e, consequentemente, os resultados da sua intervenção. Como tal, e apesar de não ter sido permitida a minha participação por questões de logística, fiz questão de me preparar como se também eu fosse participar, quer em termos de conhecimentos, quer em termos de prática.

Fortuitamente, a equipa acolheu-me e integrou-me neste processo de preparação anterior à simulação, pelo que tive a oportunidade de trocar ideias, partilhar experiências e rever conhecimentos sobre a atuação do enfermeiro, enquanto membro da equipa multidisciplinar, em situações de emergência em pediatria.

De forma a **estender o meu processo de formação** enquanto futura EEESIP, fiz a minha pré-inscrição num curso de Suporte Avançado de Vida Pediátrico, cuja realização foi adiada por não haverem inscritos em número suficiente para a abertura do curso.

Ao longo de alguns meses, vim a participar no segundo ciclo de seis *webinars* “Pensar em Neonatologia: da complexidade à essência dos cuidados” promovidos pela equipa de enfermagem do serviço de neonatologia do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, que decorrem ao longo do ano de 2023, via *online*. Assim participei nas diferentes sessões científicas, de duas horas de duração cada, com as temáticas “Cuidados em fim de vida: os desafios na neonatologia”, “Multiculturalidade: os cuidados culturalmente competentes na Neonatologia”, “A interação precoce na unidade de neonatologia: o seu impacto na díade pais-bebé”, “A transição da Neonatologia para o domicílio: que capacitação parental?”, “Impacto da morte e de situações de elevada complexidade nos profissionais de saúde” e “A implementação de cuidados para o desenvolvimento na neonatologia”.

Acrescento também a minha participação no *webinar* “Desenvolver o presente, olhar o futuro – 1º *webinar*: Parentalidade(s) e desenvolvimento da criança e família”, ocorrido no dia dois de março do ano transato com a duração de duas horas, ministrado pelas professoras doutoras e EEESIP Joana Rodrigues e Fátima Frade, em representação da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Por intermédio da mesma escola, tive a oportunidade de assistir à aula aberta de “Cuidados Paliativos Pediátricos em Portugal: Desafios para a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica”, que se realizou por duas horas no dia 11 de abril de 2023.

Também, e porque fui desafiada por uma organização não governamental a operar na minha área de residência a ministrar um curso de primeiros socorros em pediatria, frequentei *a priori* o Curso de Primeiros Socorros Pediátricos, lecionado pelo EEESIP José Coentrão, concluindo-o com o máximo aproveitamento, que me ajudou a preparar e a completar a formação por mim arquitetada. No dia 27 de maio, realizei então o referido *workshop* “Primeiros Socorros Pediátricos”, com a duração de seis horas, a uma população de 18 pessoas, maioritariamente pais e profissionais da área da educação. A formação ministrada e respetivo material de apoio contemplaram temáticas relativas à febre, convulsão

febril, desidratação, desmaio, reação alérgica, feridas, queimaduras, hemorragias, quedas e traumatismos, intoxicações, mordeduras e picadas, obstrução da via aérea e suporte básico de vida. De uma forma geral, o *feedback* dado pelos participantes foi muito positivo, pelo que considero ter sido clara e confiante na minha exposição. Pessoalmente, foi um projeto que me realizou imenso, uma vez que a área da formação e da educação para a saúde são duas vertentes do cuidado que me são muito queridas.

De referir igualmente a minha participação no Congresso Insular de Enfermagem Madeira-Porto Santo sob o tema “Os desafios da insularidade”, ocorridos nos dias 27, 28 e 29 de abril de 2023.

A par das formações referidas, importa mencionar a minha participação no Curso de Instrutor de Massagem Infantil da International Association of Infant Massage (IAIM), lecionado pela formadora Ângela Subtil em representação da Associação Portuguesa de Massagem Infantil (APMI), nos dias 20, 21, 22 e 23 de setembro.

Acrescento ainda a publicação do artigo científico intitulado “*Biopsychosocial pediatric nursing interventions in the adolescent diagnosed with type 1 diabetes mellitus: a literature review*”, na edição número três da revista Child Studies, à data de 31 de dezembro de 2023. Este artigo é resultado do elemento de avaliação da unidade curricular optativa Diabetes na Criança e Adolescente, decorrida no segundo semestre letivo deste mesmo mestrado, e é fruto de um trabalho de grupo, sob a orientação das professoras Rita Fernandes, Olívia Barcelos e Goreti Marques.

De certa forma, a partir das atividades suprarreferidas, incluindo as que se referem nos domínios anteriores relativamente à realização de formações em serviço, atuei como **facilitadora da aprendizagem no contexto de trabalho** e na autoformação, favorecendo a minha aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências do EE, permitindo-me corresponder ao artigo 109º do CDE (Lei n.º 156/2015) que diz que o enfermeiro deve “manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (p. 8080).

Ao preparar-me e imbuir-me dos mais atuais e completos conhecimentos, permiti-me **participar ativamente em todos os cuidados de enfermagem que assisti, fundamentando com recurso à evidência científica** toda a minha intervenção teórico-prática. Acredito, assim, ter revelado conhecimentos seguros e competentes na prestação de cuidados especializados, de forma que as equipas multidisciplinares vissem em mim um recurso válido e potenciador da melhor saúde das crianças e famílias cuidadas.

2.2. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Durante o exercício das suas funções, é esperado que o enfermeiro procure expandir o seu conhecimento por intermédio da evidência científica existente, aplicando-o na sua prática, adquirindo assim uma experiência profissional fundamentada (CDE - Lei n.º 156/2015).

Quando da busca da mestria se trata, o processo de formação pessoal e profissional ganha outra dimensão, já que o âmbito de intervenção é muito mais específico e restrito. Focar a intervenção de enfermagem num domínio em particular obriga à aquisição de uma outra panóplia de competências, descritas no regulamento próprio de cada um desses domínios. O cuidado à criança, jovem e família, nas situações de saúde/doença, em função dos seus contextos biopsicossociais é regulado pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) já mencionado ao longo do presente relatório e abaixo explorado em pormenor.

2.2.1. Assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde

Olhar o cuidado de enfermagem à criança, jovem e família através dos olhos do EEESIP é contemplar o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, enquanto modelo que privilegia a criança e a família, colocando-os no centro dos cuidados de enfermagem. Este modelo, que regulou a minha interpretação e prestação de cuidados ao longo dos diferentes ensinos clínicos, objetiva então a participação ativa dos pais na satisfação das necessidades de saúde da criança, segundo uma relação de parceria estabelecida entre o enfermeiro e a família (Ramos & Figueiredo, 2020).

De acordo com Ramos e Figueiredo (2020), o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey prevê que o enfermeiro planeie os cuidados em conjunto com os pais, tendo em conta as suas capacidades e respeitando a sua vontade de estarem envolvidos no processo, pelo que as decisões são tomadas e negociadas mutuamente. Portanto, existe uma relação de reciprocidade entre os pais e os enfermeiros na procura pelo bem-estar da criança, onde se faz proveito dos pais enquanto os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e dos enfermeiros como os profissionais devidamente qualificados para responder às necessidades de saúde das crianças que os pais não conseguem satisfazer (Ramos & Figueiredo, 2020).

Traduzindo para o contexto da prática, e conforme implícito no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), procurei reconhecer em todos os pais o papel de principais cuidadores das suas crianças, tomando-os como meus parceiros no cuidar. Como tal, contei com os próprios pais para conhecer as particularidades das crianças de quem cuidei, ajustando e personalizando a minha intervenção em conformidade. Também, avaliei os seus conhecimentos e capacidades para cuidar dos seus filhos nas diferentes situações de saúde/doença que encontrei, atuando no sentido de os imbuir das melhores competências para desempenharem o seu papel de pais cuidadores com segurança e habilidade. Através de ensinamentos, de explicações fundamentadas e de demonstrações, consegui empoderar e orientar muitos pais no sentido de responder às necessidades de saúde/doença dos seus filhos, quer no ambiente de cuidados, quer no seu ambiente domiciliário. Como tal, acredito ter **implementado e gerido, em parceria com os pais, um plano de saúde promotor das suas competências parentais e da sua capacidade para gerir o regime terapêutico das suas crianças e jovens.**

Contudo, e porque a especificidade e complexidade de algumas patologias e respetivos cuidados requeridos ultrapassa a competência e o nível de confiança e segurança de alguns pais e das próprias crianças e jovens, prontifiquei-me a substituí-los neste papel de cuidadores sempre que necessário, respeitando as suas limitações práticas e cognitivas, mas não excluindo a transmissão adaptada de conhecimentos para que estes se preparassem gradualmente para assumir os referidos cuidados. Assim, **negocieei a participação da criança, jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à sua independência e bem-estar**, não descurando que o desenvolvimento de algumas competências leva o seu tempo e que este tempo varia em função das características de cada pessoa. Em termos práticos, exemplifico esta afirmação com a realidade dos cuidados de saúde prestados a crianças com perturbações do desenvolvimento. Compreendendo o desafio que é cuidar de uma criança com necessidades de saúde especiais, a base do conhecimento transmitido e da intervenção sugerida aos pais nesta matéria passou sempre pelo encontro de um ponto de equilíbrio físico e emocional, na medida em que a criança e a família se sentiam ou não confortáveis e preparados para assumir os cuidados.

E porque para negociar é indispensável a criação de uma relação de confiança, procurei **comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e ao estágio de desenvolvimento, culturalmente sensíveis**, fazendo-me desta forma chegar até elas da forma mais empática possível. Assim, nos meus contextos de prática, por

forma a cultivar relações de parceria com as crianças, jovens e pais procurei conquistar a sua confiança, através da empatia, da compreensão e da disponibilidade.

Em cada uma das relações de parceria e confiança construídas foi de uma enorme importância a **adaptação dos processos comunicacionais** que se estabeleceram para um melhor entendimento de ambas as partes, tal como preconiza o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). Uma comunicação eficaz é essencial nas relações humanas, sendo que a comunicação é capaz de produzir efeitos sobre a satisfação do cliente, sobre a consciencialização do seu estado de saúde, sobre a adesão ao regime de cuidados e sobre a utilização dos serviços de saúde (Brás & Ferreira, 2016). Tendo em consideração os diferentes graus de literacia e as diferenças culturais e sociais das famílias, tentei adotar um estilo de comunicação claro e objetivo, com recurso a uma linguagem simples e adequada às capacidades cognitivas do recetor.

Por sua vez, a comunicação com as crianças assumiu uma forma mais informal e divertida, adequada à idade e adaptada à sua compreensão segundo a etapa de desenvolvimento infantil. Previamente, adquiri e fiz a leitura do livro “Acolher brincando”, de Patrícia Pombo Tavares, que se revelou uma importante ferramenta na compreensão das atitudes das crianças beneficiárias dos cuidados de saúde, e na diferença que faz a forma como com elas comunicam os profissionais de saúde.

De acordo com os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I (OE, 2010), “brincar, enquanto actividade e oportunidade de relação constitui um elemento basilar em todo o processo dinâmico de construção do ser criança” (p. 85).

Assim, a minha prática junto das crianças teve por base o brincar, enquanto atividade basilar do desenvolvimento infantil (OE, 2010). Segundo Costa et al. (2016),

é por meio do brinquedo e de sua ação lúdica que a criança expressa sua realidade, ordenando e desordenando, construindo e desconstruindo um mundo que lhe seja significativo e que corresponda às necessidades intrínsecas para seu desenvolvimento global. O brincar estimula a criança nas dimensões intelectual, social e física. A brincadeira a leva para novos espaços de compreensão que a encorajam a prosseguir, crescendo e aprendendo (p. 27).

Ao atuar desta forma, permiti-me chegar à essência da população infantil e aproximar-me de cada uma das crianças, diminuindo-me ao seu tão importante tamanho, experimentando a sua magia na esfera que os contém e a sua visão do mundo, cativando-os para as atividades a desenvolver nos cuidados de enfermagem por mim prestados.

Numa abordagem um pouco menos infantilizada, mas não tão formal, fiz-me chegar até à população juvenil, dada a sua igual especificidade, pelo que a forma como o jovem é abordado repercute-se na forma como retribui a comunicação. Assim, na abordagem que fiz aos adolescentes a quem prestei cuidados dei espaço para terem voz ativa e algum poder de decisão relativamente às intervenções a serem implementadas, dando-lhes a conhecer e a escolher as várias opções disponíveis para os integrar e fazer participar nos cuidados.

Contudo, as características, a personalidade e o temperamento de algumas crianças e jovens nem sempre permitiu a minha atuação mais empática. De entre os desafios vários, tive alguns episódios em que me vi envolta em lidar com crianças e jovens com perturbações do comportamento, algumas delas hiperativas, outras somente com comportamento rebelde, com as quais tive de adotar uma postura não tanto descontrainda, menos permissiva, afirmando regras de comportamento e limites no espaço físico onde foram prestados os cuidados enfermagem. Confesso que estas foram situações de alguma sensibilidade para mim, tal era o meu receio de ser mal interpretada pelos pais na sua posição de principais educadores. No entanto, as regras e os limites são necessários não só para potenciar a autorregulação das crianças, mas também para mediar a formação da sua personalidade (Ferreira et al. 2019), fazendo eu desta justificação a explicação plausível aos pais para que também eles ponham em prática estas normas.

Pessoalmente, acredito que a forma como se recebe e aborda a pessoa no âmbito dos cuidados de saúde é capaz de influenciar a sua motivação para assumir o seu papel em saúde. Ao construir relações personalizadas e adaptadas às características dos diferentes intervenientes da prestação de cuidados, sejam eles as crianças e jovens ou até mesmo os pais, foi-me possível pôr em prática e utilizar **estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde**, uma vez que neles depus a responsabilidade de intervirem nos seus cuidados, ainda que de forma partilhada, negociada e supervisionada. Na medida em que me foi permitido, agarrei assim todas as oportunidades de trabalhar com a criança e família aspetos relativos à continuidade dos cuidados no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, incluindo o incentivo aos pais para se ajustarem aos desafios da parentalidade no tomar conta de uma criança com necessidade de cuidados de saúde. Assim, ao longo do percurso de práticas, e indo ao encontro da unidade de competência em análise, procurei participar ativamente em todas as intervenções de enfermagem a que pude assistir, não só para desenvolver competências do EEESIP, como também para que os pais pudessem tomar-me como um recurso válido, credível e acessível na promoção das suas capacidades para cuidarem da saúde dos seus filhos e da sua família.

Como tal, creio ter **proporcionado o conhecimento e a aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças, jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença**. De acordo com May et al. (2017), pais com baixos níveis de literacia tendem a adotar comportamentos de saúde menos adequados, refletindo estas suas escolhas na saúde das suas crianças. Segundo o autor anteriormente citado, mais de metade dos pais que recorrem ao SUP perante uma situação de doença aguda dos seus filhos tem baixo nível de literacia em saúde, sendo assim incapazes de avaliar assertivamente e tomar decisões acertadas sobre as necessidades de saúde dos seus filhos. Na base desta literacia diminuída, os autores enumeram como fatores associados o baixo nível socioeconómico, habilitações literárias mais baixas e a qualidade da assistência nos CSP. A baixa literacia em saúde dos pais está amplamente associada ao aumento da afluência ao SUP no que a situações não-urgentes diz respeito.

Adicionalmente, a participação ativa dos pais na prestação de cuidados ao seu filho, enquanto parceiros de uma equipa multidisciplinar, é tanto melhor, quanto melhor for o seu grau de literacia em saúde. Como tal, May et al. (2017) acreditam que a intervenção dos profissionais de saúde deve passar por incrementar os níveis de literacia em saúde dos pais, fomentando assim a sua capacidade para avaliar e tratar a doença aguda do seu filho, avaliar a gravidade da situação e considerar os recursos de saúde disponíveis para os auxiliarem.

Para Ramos (2020), aumentar a literacia em saúde implica empoderar, na medida em que a criança, o jovem e a respetiva família devem ser preparados ao longo da vida para participar ativa e deliberadamente nos processos que à sua saúde dizem respeito, de forma informada e ponderada. Ramos (2020) diz que pessoas empoderadas tendem a ser mais confiantes, hábeis e sensatas nas decisões que tomam relativamente à sua saúde e à saúde das pessoas que as rodeiam. Com tudo isto, quer a autora dizer que as crianças, os jovens e as famílias devem ser envolvidos em todos os momentos do cuidar, para que sejam capazes de promover e gerir eficazmente os seus processos de saúde.

De facto, no seu delicado papel, os pais necessitam aceder às melhores e mais completas informações, sendo devidamente orientados para as transformar em conhecimento útil, por forma a cuidarem dos seus filhos com segurança (Ramos, 2020). Em termos práticos, o empoderamento autonomiza os pais no cuidado às suas crianças e jovens, conduzindo-os a processos mais eficazes de tomada de decisão e de gestão dos episódios de doença aguda e crónica, reduzindo consequentemente os custos dos cuidados.

Desta feita, **procurei sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde** e intervim em todas as situações clínicas que presenciei, mesmo que não estivessem a acontecer no posto de trabalho específico em que me encontrava nos diferentes locais de estágio.

Combinando as premissas da relação terapêutica, da parceria de cuidados, da negociação e da implementação de estratégias promotoras de comportamentos de saúde, deixo um exemplo prático muito simples com o qual me deparei algumas vezes no ensino clínico de CSP, onde alguns dos pais se demonstraram renitentes às orientações dadas sobre supervisionar os hábitos de higiene oral dos seus filhos, dada a azáfama do dia-a-dia e as dinâmicas familiares. Assim, em concordância, foi negociado entre estes e as próprias crianças os momentos a serem presenciados pelos pais, como a tão importante escovagem da noite.

Logicamente, a base da relação terapêutica, da parceria de cuidados e da negociação encontrou sustento na **utilização da informação existente e na avaliação da estrutura e do contexto do sistema familiar**, uma vez que o planeamento da intervenção por detrás de cada cuidado foi antecipada por uma análise prévia do processo clínico de cada criança, com o objetivo de conhecer e compreender os seus dados clínicos existentes, nomeadamente os seus antecedentes pessoais de saúde e as particularidades do seu sistema familiar e dos contextos onde se inseriam, por forma a organizar fundamentadamente os cuidados a prestar. Complementarmente, a entrevista aos pais constituiu uma importante metodologia de colheita de dados na apreciação inicial da criança, jovem e família, dados estes que auxiliaram a compreensão sobre os fatores de risco e de proteção da família no cuidado à criança e jovem.

Ainda, de forma transversal a todos os estágios, tentei compreender os contextos sociais envolventes de cada família, respetivas redes de suporte e mecanismos de *coping* para lidarem com os diferentes processos de saúde/doença, construindo com eles um plano de gestão e de continuidade de cuidados nos seus contextos domiciliários e comunitários. Ao tentar perceber as capacidades das famílias para assegurarem os cuidados às suas crianças e jovens, debrucei especial atenção sobre os recursos alcançáveis pelas próprias, passíveis de constituírem elementos de apoio, procurando **estabelecer e manter redes de recursos comunitários de suporte à criança, jovem e família com necessidades de cuidados**. De acordo com a OE (2010), o enfermeiro deve orientar a família para utilizar da forma mais adequada os recursos necessários e existentes.

Assim, considere os possíveis encaminhamentos a serem feitos para garantir a continuidade dos cuidados e maximizar a saúde da criança, jovem e família, identificando outros recursos em saúde, multidisciplinares, possíveis de promover o seu bem-estar integral. A título de exemplo, e porque a constituição destas redes é fulcral para a promoção da saúde da criança neste contexto, faço menção a toda a articulação realizada durante o estágio de CDC, onde procurei compreender os seguimentos e as terapias acessíveis no próprio centro, agilizando-as com outros acompanhamentos especializados ao nível das escolas e outras instituições privadas de saúde. Infelizmente, as listas de espera e o moroso processo para conseguir beneficiar das terapias no CDC são uma realidade, pelo que neste contexto foi fundamental orientar as famílias no sentido de aderir a terapias adequadas e necessárias para estimular o desenvolvimento infantil da criança, propiciando a adesão atempada a um plano de intervenção precoce.

Aqui, importa justificar a importância atribuída a estes encaminhamentos com base nas doutrinas da intervenção precoce, definida pelo SNIPI, por intermédio do Decreto-Lei n.º 281/2009, que representa um “conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (p. 7298). Como tal, este tipo de intervenção permite melhorar as oportunidades de aprendizagem da criança, reforçar as competências dos cuidadores e enaltecer os recursos das famílias e da comunidade. Adicionalmente, para Ferreira et al. (2020), a intervenção precoce espelha a promoção do bem-estar da criança, a estimulação das competências próprias da idade, a evicção da perda de aquisições adquiridas e a minimização dos atrasos de desenvolvimento e das deficiências. Do mesmo modo, intervir precocemente contribui para promover a parentalidade adaptativa, fortalecer o vínculo entre pais e filhos e integrar a criança no meio familiar, pelo que esta intervenção se deve centrar na família dentro do seu ambiente doméstico. Segundo Ferreira et al. (2020), a inclusão da família na intervenção precoce favorece o desempenho dos pais nos cuidados e na estimulação das suas crianças com necessidades de saúde especiais. O SNIPI (2022) acrescenta que as atividades desenvolvidas com a criança e a família devem ocorrer nos contextos em que a criança habitualmente se insere, como são as creches, as escolas e as suas casas.

Em concordância, o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE – DGS, 2015) descreve a intervenção precoce como um plano de ação destinado a crianças com idades até aos seis anos, com alterações reais ou potenciais das estruturas e funções corporais que determinam o seu desenvolvimento, tendo por base os referenciais teóricos que descrevem

o desenvolvimento infantil dito normal para a sua idade e contexto social. Por sua vez, a saúde escolar, estruturada em Portugal por intermédio do já referido PNSE (DGS, 2015), visa conhecer e identificar as necessidades das crianças e jovens em meio escolar, atuando em conformidade para promover a saúde e prevenir a ocorrência de acidentes e situações patológicas, agudas ou crónicas, nas crianças e jovens em idade escolar. Em Portugal, as escolas dispõem de equipas especializadas, constituídas por terapeutas, psicólogos e professores, destinadas a intervir junto das crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais, com o objetivo de rentabilizar e estimular o seu desenvolvimento num ambiente que lhes é próprio. Na nossa região, são estabelecidas pontes entre os serviços de saúde e os serviços escolares, numa perspetiva de trabalho em simbiose, por forma a beneficiar a criança e o jovem que necessitam de uma intervenção diferenciada.

Esta importante articulação que me foi consentida fazer com as escolas e respetivas equipas educativas de “ensino especial” permitiu-me assim **apoiar a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais** nos seus contextos escolares e **trabalhar em parceria com agentes da comunidade**, nomeadamente professores e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, **no sentido da melhoria da acessibilidade da criança e jovem aos cuidados de saúde**.

A par da intervenção dirigida a cada criança e família individualmente, e em corroboração com as afirmações anteriormente ditas, Yakuwa et al. (2018) reforçam assim a importância de o enfermeiro incluir no seu plano de ação intervenções dirigidas a grupos comunitários, como é a comunidade escolar, com vista a uma maior acessibilidade e abrangência dos cuidados, com consequente empoderamento coletivo para a mudança de comportamentos ao nível social. Por questões de *timing*, não tive a oportunidade de **intervir em programas no âmbito da saúde escolar** no espaço da escola propriamente dito, uma vez que as sessões de educação para a saúde calendarizadas nas escolas só aconteceriam depois de findo o meu estágio. Ainda assim, reconheço a importância desta ação educativa em saúde, uma vez que a saúde escolar combina o melhor da saúde com o melhor da educação, por forma a potenciar o máximo bem-estar das crianças e jovens (DGS, 2015). Contudo, foi no âmbito da consulta de enfermagem em contexto de CS que encontrei alguns momentos adequados para pôr em prática alguns dos ensinamentos preconizados pelo PNSE (DGS, 2015), como a promoção da saúde mental, dos estilos de vida saudáveis, dos hábitos de sono adequado, da higiene, da sexualidade e dos afetos, e a prevenção do consumo de substâncias psicoativas.

Apesar de toda a intervenção do EEESIP, autónoma ou interdependente, objetivar o melhor bem-estar da criança e jovem, é sabido que a população pediátrica é imunologicamente mais suscetível ao desenvolvimento de determinadas patologias, dada a imaturidade fisiológica que lhe é característica (Diogo et al., 2016). Indo ao encontro da competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) que determina também o **diagnóstico precoce e consequente intervenção em doenças comuns e situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança ou do jovem**, procurei avaliar atentamente e identificar precocemente possíveis sinais e sintomas relativos aos problemas de saúde comumente presentes nas crianças e jovens, intervindo em conformidade de forma a minorar os efeitos que possam vir a afetar negativamente a qualidade de vida das mesmas. A identificação precoce remete-nos para a intervenção igualmente precoce, descrita pela OE (2010) como a prestação de cuidados à criança e família com o objetivo de minimizar o impacto dos fatores de risco e das possíveis limitações da criança no seu bem-estar biopsicossocial. Posso aqui apresentar o caso de uma criança de quatro anos que numa consulta de vigilância em saúde no CS evidenciou lesões várias dispersas pelo corpo, cobertas por crostas de cor âmbar, com prurido associado de início súbito, sem causa traumática aparente. Após observação e em parceria com o médico de família, foi então definido o diagnóstico de impetigo, que desde logo despoletou a minha intervenção não só no sentido curativo, mas também no sentido preventivo.

O impetigo é uma doença comum e frequente em crianças, caracterizada por uma infeção bacteriana da pele, causada por microrganismos das famílias estafilocócica ou estreptocócica (Lizardo Castro & Castro Delgado, 2023). Segundo Lizardo Castro e Castro Delgado (2023), este tipo de infeção pode manifestar-se de duas formas, sendo que a presença de bolhas determina o impetigo bolhoso e a ausência delas representa o impetigo não-bolhoso. A infeção *per si* é de simples resolução, tratando-se com a aplicação de antibioterapia tópica e com a adoção de medidas sanitárias e de higiene. De uma forma geral, os autores referem que o impetigo não compromete funções vitais e tão pouco deixa sequelas, salvo casos raros e com outros tipos de imunodeficiências associadas.

Pelo seu alto risco de contágio e pela ameaça à saúde pública que representa, o impetigo integra a lista de doenças de evicção escolar obrigatória, ao abrigo do Decreto Regulamentar n.º 3/95, pelo que as crianças com esta doença não devem comparecer no seu ambiente escolar até que o risco de transmissão seja nulo. Do mesmo modo, referindo-me desta feita ao ensino clínico ocorrido no SUP, faço referência aos vários casos de crianças

com varicela que por ali passaram, e cuja abordagem curativa e preventiva teve algumas semelhanças.

Ao identificar e intervir no âmbito das doenças enumeradas, creio ter **demonstrado conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas**. Assim, uma vez conhecidas as particularidades do impetigo, da varicela e de outras enquanto doenças comuns à infância, foram explicados aos pais e às próprias crianças todos os cuidados a ter para tratar as referidas infeções, evitando o seu agravamento, e os respetivos cuidados a ter no domicílio para impedir a evolução da doença. Em termos práticos, do ponto de vista preventivo, foi solicitada uma desinfeção cautelosa dos espaços onde foram prestados os cuidados a estas crianças, assim como colocadas em prática as demais medidas de controlo da propagação da infeção, como a cautelosa higienização das mãos.

Não só nas doenças ditas comuns à infância, mas também nas outras menos comuns, tive em atenção os possíveis seguimentos para maximizar a saúde da criança, jovem e família, identificando outros recursos em saúde, multidisciplinares, possíveis de promover o bem-estar integral da criança. Yakuwa et al. (2018) reforçam também a ação multidisciplinar, em que o enfermeiro deve procurar articular-se com outros grupos profissionais, não só da área da saúde, mas também dos setores sociais, por forma a responder a forma integrativa às necessidades das crianças a quem prestam cuidados.

Assim, **encaminhei as crianças doentes que necessitavam de cuidados de outros profissionais**, como foi exemplo o encaminhamento feito de um menino de dez anos para a consulta de psicologia, após ter sido relatada pela própria mãe a ocorrência de terrores noturnos de início recente, acordando numa agitação e angústia durante a noite, difícil de acalmar. Segundo Santos et al. (2015), é esperado que na idade escolar as crianças tenham um sono tranquilo e reparador, podendo, contudo, ocorrer algumas perturbações do sono que podem estar relacionadas com diversos fatores, como eventos *stressores* na vida da criança. Note-se que esta mãe foi recentemente diagnosticada com uma doença neurodegenerativa e, por esse motivo, toda a família teve de se reorganizar e regressar à casa dos avós maternos. Esta grande mudança e a perceção da criança sobre a patologia da mãe, ainda que a família tente não a envolver, podem ter influenciado negativamente o seu padrão de sono. A partir deste caso clínico, considero ter também desenvolvido competências no âmbito da **identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico** na criança e jovem.

Ainda no domínio da identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico, não posso deixar de fazer alusão à criança de cinco anos com diagnóstico médico de encoprese que acompanhei no estágio de medicina no serviço de pediatria e sobre a qual realizei o estudo de caso já mencionado. Esta criança vivia num contexto familiar monoparental, com uma mãe jovem, desempregada e dependente de apoios, também ela com algumas perturbações psíquicas por ter sido vítima de abusos e violência no passado.

De acordo com Khundrakpam et al. (2022), o desenvolvimento infantil é tanto melhor, quanto melhor forem os estímulos a que a criança é exposta, quer em quantidade, quer em qualidade. Segundo os autores, a própria estrutura familiar, quando fragilizada, pode representar um fator dificultador do desenvolvimento da criança, causando alterações no desenvolvimento infantil (Khundrakpam et al., 2022). Khundrakpam et al. (2022), através do seu artigo de investigação, concluem que a situação socioeconómica da família tem um grande impacto sobre o desenvolvimento da criança, sendo que os níveis de educação, a ocupação profissional dos pais e o rendimento familiar são os fatores que mais afetam a saúde e o desenvolvimento da criança. Para os autores, crescer em ambientes socioeconómicos desfavoráveis levam a maiores índices de problemas de saúde, sendo que as crianças e os adolescentes que vivem nestes meios têm duas a três vezes mais probabilidade de vir a desenvolver doenças mentais.

E por de transtornos mentais se tratar, a encoprese, enquanto processo patológico descrito pela American Psychological Association (APA, 2000), citada por von Gontard (2019), é reconhecida como um distúrbio mental ampliado à escala mundial, na medida em que 1 a 3% das crianças com idade superior a quatro anos em todo o mundo sofrem de encoprese, e 30 a 50% destas mesmas crianças apresentam perturbações emocionais e comportamentais, descritas na forma de atrasos no desenvolvimento. As crianças do sexo masculino são as mais afetadas, numa proporção de três a quatro vezes mais do que as meninas. A encoprese traduz assim a eliminação de fezes em contextos inapropriados, quer de forma intencional ou involuntária, por crianças com idades iguais ou superiores a quatro anos (APA, citada por von Gontard, 2019). Segundo von Gontard (2019), as perturbações desenvolvimentais estão intimamente ligadas aos fenómenos de encoprese na infância, na medida em que o controlo de esfíncteres é um marco importante do desenvolvimento infantil.

Nos termos da intervenção trabalhada junto desta criança e mãe, além do importante treino de esfíncteres, da gestão da terapêutica com laxante osmótico e da alimentação anti obstipante, foram realizadas ações no sentido de motivar e incentivar a participação de

ambos no processo de tratamento da criança. A título de exemplo, para contornar a renitência à ingestão do medicamento e, conseqüentemente, de água, ofereceu-se ao menino dois copos animados, coloridos e apelativos designados para o efeito.

Também, de forma a potenciar o sucesso do plano de cuidados, procurou-se com o menino estabelecer objetivos diários e recompensas adequadas, incluindo ativamente a sua mãe neste domínio. Impreterivelmente, este plano de cuidados tomou como grande enfoque a negociação com o S. sobre a redução do uso de fralda, sendo que após muita negociação conseguiu-se que este aceitasse usá-la por períodos intermitentes. Nos dois últimos dias de internamento, mediante a promessa da oferta de uma recompensa, conseguiu-se que o S. usasse a fralda somente durante o período noturno. Nestes mesmos dias, o S. conseguiu manter-se limpo e seco durante o dia, usando atempadamente a casa de banho para a sua eliminação vesical e intestinal. A recompensa oferecida foi então adequada à sua idade, sendo um livro de colorir e respetivos lápis de cor.

Para facilitar toda a intervenção, construí a tabela de conquistas diárias do S., onde foram incluídas outras tarefas e hábitos saudáveis a cumprir no dia-a-dia da criança, incluindo, mas descentralizando o foco da encoprese, para que não seja um assunto demasiado exaustivo para a mesma. Após uma explicação pormenorizada, contou-se com a ajuda da mãe do menino para o preenchimento da tabela, sendo que a colocação de bolinhas verdes representava o comportamento adquirido, as amarelas o comportamento adquirido em parte, e as bolinhas vermelhas o não desempenho do comportamento esperado. Assim, a tabela de conquistas do S., que pode ser encontrada no Apêndice F – Tabela de conquistas “As conquistas do S.”, incluiu sete hábitos distintos, designadamente o “Portei-me bem!”, “Fiz xixi na sanita”, “Fiz cocó na sanita”, “Não usei fralda”, “Comi a sopa, legumes e fruta”, “Bebi água” e “Escovei os dentes”, divididos pelos períodos da manhã, tarde e noite, todos os dias da semana. O progresso da criança neste aspeto foi sendo registado na tabela e celebrado com esta, em jeito de reforço positivo na aquisição dos objetivos do tratamento. Classen et al. (2022) e Zuar e Thompson (2023) defendem o uso de tabelas de recompensa para auxiliar a motivação e o entusiasmo das crianças, tal como realizado com o S.

Do mesmo modo, para encorajar e motivar a criança no seu processo de tratamento, elogiaram-se sempre os seus comportamentos positivos e de autocontrolo, através do reforço positivo, enquanto ferramenta que produz efeitos impulsionantes sobre a participação ativa das pessoas nos seus próprios processos de cura (Zuar & Thompson, 2023). Logicamente, por tratar-se de uma criança, esta participação foi sempre gerida conforme o seu entusiasmo e capacidade de perceção sobre a problemática que motivou o seu internamento.

Neste e noutros casos acompanhados, à luz do Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção sobre Maus-Tratos em Crianças e Jovens (DGS, 2011), sabe-se que as crianças com perturbações psicológicas, alterações do desenvolvimento, temperamento difícil, doença crónica e prematuros apresentam um risco acrescido de sofrer algum tipo de violência e/ou negligência na infância. De acordo com Gross et al. (2021), a violência no período infantojuvenil inclui as situações de maus-tratos físicos e emocionais, a negligência, o abuso e a violência sexual. Por esta razão, **identificou-se** o risco de ocorrência de **situações de risco para as crianças e jovens**, como são **os maus-tratos, a negligência e os comportamentos de risco**, por forma a preveni-los. Sobre as situações de risco, exponho um caso ocorrido numa consulta a um RN em CSP, filho de um jovem casal, a mãe com 17 anos e o pai com 33, este último com história de consumos de substâncias psicoativas, alegando que no momento já não o praticava. Uma vez identificada a situação de toxicodependência, falou-se abertamente com o casal sobre o benefício de o RN realizar a vacina Bacilo de Calmette-Guérin, por reunir os critérios que o incluem num grupo de risco de acordo com a Norma 006/2016 (DGS, 2016). De acordo com a relação de confiança e parceria estabelecida, estes pais foram recetivos à referenciação proposta, parecendo compreender a necessidade de verem o seu filho RN vacinado e devidamente protegido contra uma doença à qual poderá ser exposto inadvertidamente. Logicamente, para reduzir ao mínimo o impacto deste fator de risco que é a toxicodependência, seja ela presente ou passada, procurou-se acompanhar esta família mais de perto, com uma vigilância em saúde mais regular, contando com a ajuda da sua rede de suporte familiar mais restrita para os ajudar naquilo que aos cuidados ao RN diz respeito.

Também, e avaliando as experiências subjetivas dos cuidadores das crianças com necessidades de saúde específicas, foi no estágio de internamento de medicina em pediatria que esta prática teve igual expressividade, aquando da admissão de uma criança de dois anos com hematomas dispersos pelo corpo e laceração no lábio em processo de cicatrização. O internamento desta criança deu-se na sequência de uma perda de consciência súbita ocorrida no infantário, que motivou uma vigilância mais apertada das suas funções vitais. Atendendo ao pouco usual estado geral da menina, fez parte do esforço da equipa multidisciplinar entrevistar os pais e perceber o seu contexto e relações familiares e sociais, por forma a despistar eventuais situações de maus-tratos, que não se vieram a confirmar. Por norma, a criança tendia a cair algumas vezes, dado ser uma criança muito ativa, causando algumas feridas e os referidos hematomas. No decorrer dos cuidados, veio-se a perceber que a criança tinha alterações algo significativas nos resultados analíticos dos parâmetros da coagulação,

pelo que a sua situação clínica foi merecedora de um estudo mais pormenorizado para diagnóstico diferencial.

Na sequência desta situação de saúde potencialmente sensível, no plano de intervenção da criança e família procurei **avaliar os conhecimentos e os comportamentos da criança e família relativos à saúde** da primeira, **facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança da criança**, sobretudo no que diz respeito à adoção de medidas preventivas de acidentes e traumatismos, e de estratégias para criar condições para que a criança seja ela mesma de forma livre e isenta de riscos.

Felizmente, o episódio descrito não correspondeu a uma situação de maus-tratos, pelo que efetivamente no decorrer dos ensinamentos clínicos não contactei com uma situação desta natureza propriamente dita. Contudo, estando desperta para o potencial risco de negligência e maus-tratos na criança e jovem, tive o cuidado de atuar na prevenção deste tipo de comportamentos evidenciados por parte dos pais que está, muitas das vezes, relacionado com a sobrecarga de cuidados pelos quais são responsáveis (OE, 2010). De uma forma geral, nos cuidados de enfermagem prestados nos diferentes contextos clínicos foi sempre dado espaço aos pais para expressarem as suas emoções e partilharem as suas dúvidas, sobretudo nas situações de maior complexidade, procurando conhecer-se e mobilizar a sua rede de apoio para suavizar o seu cansaço. Em jeito de **sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção**, apelou-se ao seu sentido de calma, paciência e persistência, informando-lhes de que dispõem de recursos na comunidade para ajudar-lhes e/ou aliviar-lhes o *stress* relativo ao papel de cuidador.

2.2.2. Cuidado à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Assistir a criança, o jovem e a família nos seus processos de saúde e de doença implica compreender a forma como estes se transformam para se ajustarem às modificações que vão acontecendo ao longo do tempo. Por este motivo, também a Teoria das Transições de Afaf Meleis constitui uma importante ferramenta na avaliação e compreensão sobre a forma como as crianças e famílias se adaptam às diferentes situações de saúde e de doença.

Assim, ao longo dos vários contextos de estágio, debruçei-me também sobre a referida teoria, na perspetiva da transição saúde-doença, que procura compreender como as pessoas se adaptam à mudança, passando de uma condição ou estado para outro, por intermédio da sua reorganização interior, em constante interação com o ambiente que a

rodeia (Meleis, 2010; Santos et al., 2015). Este processo de transição, enquanto mudança implícita, é visto como um fenómeno multidimensional e complexo, onde o seu desenvolvimento está relacionado com vários fatores, facilitadores ou inibidores, que dependem da vivência de cada um (Meleis, 2010). Como tal, a Teoria das Transições de Afaf Meleis potenciou a organização e apropriação dos planos de cuidados a serem prestados conforme a realidade de cada família, em função dos seus sistemas biopsicossociais, culturais e espirituais.

Parte integrante do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) prevê o **cuidado à criança e ao jovem e família em situações de especial complexidade**, pois de entre várias situações de saúde complexas, que não se prendem somente com a presença de uma patologia em específico, mas também com outros riscos sociais e familiares capazes de influenciar negativamente a saúde da criança, existem casos especiais que requerem igualmente um acompanhamento restrito e a atenção redobrada do EEESIP.

Ao considerar tratar-se de uma destas situações de especial complexidade, relato aqui o caso de uma família oriunda dos Açores, carenciada e com algumas limitações cognitivas, com um núcleo familiar constituído pela mãe e pai desempregados, uma menina de três anos e um bebé de dois meses, a viver numa habitação social na freguesia do Caniçal. Durante a segunda gravidez, esta mãe foi diagnosticada com diabetes gestacional, controlada apenas com a adequação de estilos de vida e sem terapêutica medicamentosa. Mas apesar disso, os cuidados à mulher no pós-parto aconselham a que se realize um novo controlo dos valores analíticos de glicémia, com uma nova prova de tolerância à glicose oral, para confirmação ou não de uma possível Diabetes *Mellitus*. Porém, esta senhora insistia em não realizar o exame, não comparecendo às marcações realizadas, referindo como motivo o facto de não conseguir acordar cedo.

Dado que a presença de uma doença num dos elementos de uma família compromete de igual forma a saúde de toda unidade familiar (Lopes et al., 2021), e porque a saúde desta mãe é fundamental para que esta cuide da sua família, procurou-se ajudar este núcleo na gestão da sua saúde, negociando e motivando a mãe a aderir à vigilância da sua própria saúde. Ainda que esta continuasse a faltar aos agendamentos para a colheita de análises, eu e a enfermeira tutora tentámos apelar à sensibilidade da restante equipa de enfermagem e agendar esta colheita para um pouco mais tarde do que o habitual, especificamente no dia em que o bebé teria a sua consulta de vigilância em saúde dos dois meses. No dia anterior ao programado, contactou-se telefonicamente esta família com o

intuito de a lembrar sobre a colheita de análises da mãe e a consulta do bebé, conseguindo assim, a sua adesão aos cuidados de saúde. Com todo este esforço e articulação, reconheci a necessidade de adaptar a forma como são desempenhados os cuidados de saúde em função dos riscos potenciais presentes neste núcleo familiar, promovendo, de certa forma, a manutenção da saúde da família no seu todo, aproveitando uma única deslocação ao CS para cuidar da saúde dos diferentes membros da família, incluindo a criança.

Entrando no domínio específico dos processos de doença enquanto foco igualmente subentendido nesta unidade de competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), procurei **reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados**, tal como aconteceu com maior expressividade nos ensinamentos clínicos ocorridos em meio hospitalar. Foi na UCINP e no SUP que estas situações estiveram mais presentes, sendo este processo facilitado pela constante monitorização cardiorrespiratória que estes dois serviços disponibilizam. Contudo, e porque nem todos os motivos de recurso aos cuidados de saúde justificam uma monitorização contínua, foi nas situações de doença aguda e crónica na criança, com ou sem patologia de base associada, que me mantive desperta para o risco acrescido de compromisso das funções vitais, dada a vulnerabilidade dos seus sistemas fisiológicos.

Em todas as crianças que cuidei, e não somente as que se encontravam em situação de emergência propriamente dita, mantive um olhar atento sobre eventuais sinais e sintomas que me pudessem indicar algum tipo de comprometimento potencial ou real das suas funções vitais. Os sinais vitais e uma anamnese cuidadosa foram importantes indicadores nesta matéria, assim como o *feedback* que os pais davam sobre o estado geral da sua criança. Fazendo a associação sobre as queixas que motivaram a ida ao hospital com as manifestações clínicas apresentadas, foi-me possível antecipar os cuidados necessários e precaver a ocorrência de agravamento da situação de doença da criança, **mobilizando assim conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória**. Descrevo aqui o caso de uma criança com antecedentes pessoais de epilepsia, que recorreu ao SUP por vômitos após ter cumprido com a sua terapêutica para controlo das crises convulsivas no domicílio. Sabendo *a priori* do seu histórico clínico, e na iminência de uma convulsão, fiz por estar disponível e de fácil acesso todo o material necessário à atuação nesta situação, como por exemplo a terapêutica retal e

a oxigenoterapia. O mesmo aconteceu com as crianças com história de convulsões febris e que recorreram ao SUP por febre.

Ainda, posso aqui fazer menção às cinco diferentes situações de emergência que motivaram a ativação da “sala zero” em que eu estive presente no SUP e que me permitiram **demonstrar conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico**, aspeto este igualmente trabalhado aquando da já referida preparação para as práticas simuladas neste mesmo contexto. Com a exceção de uma situação clínica, em que a minha colaboração não foi permitida pela enfermeira responsável de turno, pude em todas as outras intervir ativamente, quer na execução de procedimentos técnicos (transferência da criança em plano duro, colheitas de sangue e punção venosa), quer na tão importante transmissão de informação (oral e escrita), quer no fundamental contacto com as crianças e pais.

Destas três vertentes, e reconhecendo a importância das três, destaco a intervenção ao nível da relação com os pais e com as crianças, que num contexto de emergência vivem um momento aterrador do ponto de vista emocional. Segundo Parra et al. (2018) e Virk et al. (2022), a presença dos pais em qualquer que seja o contexto e o tipo de intervenção prestada aos seus filhos é crucial, pois reduz significativamente os níveis de ansiedade de ambos e mantém-nos informados sobre o decorrer da situação clínica. Com base neste pressuposto, nas situações em que eu já tinha colaborado nas intervenções *life saving* e de estabilização das funções vitais da criança, canalizei a minha atenção para a criança e familiar acompanhante, tranquilizando-os e apoiando-os dentro do possível no imediato.

Reconheço, assim, que a família da criança ou jovem que necessitam de cuidados urgentes ou emergentes num serviço de saúde encontra-se numa posição sensível no que respeita aos seus sentimentos e emoções. Perante um filho doente, os pais põem em causa as suas competências parentais e todo o cuidado assegurado aos seus filhos, culpabilizando-se pela doença que aflige a sua criança (Ramos & Figueiredo, 2020). O sentimento de falhar e não dar resposta às necessidades das suas crianças e jovens impera. Além disso, prevalece também uma certa insegurança, fomentada pela incerteza sobre o decorrer da situação patológica, e o medo patente coloca-os numa posição de dúvida e quase agressividade para com os demais profissionais de saúde. Segundo Marcilly et al. (2021), as experiências de tensão e *stress* dos pais que levam os seus filhos a um SUP são exacerbadas pelas grandes afluências ao local, pela falta de informação e pelos longos tempos de espera.

Ao privilegiar esta relação empática no SUP, pus em prática a aplicação de **conhecimentos e capacidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto**, ainda que não tenha presenciado nenhum processo de perda por morte propriamente

dito. Neste ambiente, há, inevitavelmente, o medo latente de vir a perder o seu filho, agravando a preocupação e apreensão dos pais. Sobre as perdas em contexto de SUP, Bekkering e Woodgate (2021) afirmam ter um maior impacto sobre a forma como os pais iniciam e vivenciam o seu processo de luto, quando comparadas com as perdas que ocorrem em serviços de internamento. Perder um filho inesperadamente, num ambiente tão intenso, com uma equipa de profissionais que desconhecem e na qual não confiam, constitui um momento de crise sem igual na vida dos pais e familiares (Bekkering & Woodgate, 2021). Tamanho impacto tem também na equipa de profissionais de saúde que presta assistência à criança e que tudo fizeram para a salvar. De entre toda a complexidade inerente ao processo, os autores supracitados, a par de Parra et al. (2018), referem que a transmissão e comunicação de más notícias é nomeado o momento do cuidar mais difícil para os profissionais de saúde. Felizmente, Bekkering e Woodgate (2021) enfatizam que as mortes infantis em contexto de SUP são muito pouco frequentes nos dias que correm, dado o avanço científico experimentado.

Por forma a desenvolver a referida unidade de competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), as noções de dignificação da morte e os processos facilitadores do luto foram fundamentalmente desenvolvidas aquando dos cuidados prestados a crianças com doenças crónicas e/ou raras, dadas as perdas inerentes ao seu estado de saúde. Estes fenómenos serão descritos mais à frente neste mesmo capítulo.

A criança doente está, muitas vezes, sujeita a necessitar de um cuidado diferenciado e especializado para restabelecer a sua saúde plena. Ao contrário do que acontece na população adulta, em que as experiências de cada um perante os cuidados de saúde é subjetiva, as crianças tendem a interpretar a sua passagem pelos cuidados de saúde como algo essencialmente negativo. O contexto de cuidados de saúde, por si só, constitui um fator causador de emoções negativas na criança, como o medo, a ansiedade e o *stress* (Diogo et al., 2016; Fuentes et al., 2018; Ramos & Figueiredo, 2020).

Assim, além da doença que lhes acomete, as crianças que recorrem aos serviços de saúde são avassalados por uma ansiedade intensa, causada logo à partida pelo ambiente hospitalar em que se inserem, quer por temerem o desconhecido, quer por associação e transposição de experiências prévias vivenciadas num contexto semelhante (Diogo et al., 2016; Vaz & Trigo, 2020). O trauma físico, vulga dor, outrora experimentado, deixa marcas mais ou menos ténues na componente psicológica da criança já fragilizada pela doença, pelo

que é determinante que o enfermeiro **faça a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas** em conformidade.

Pela sua capacidade limitada de lidar com os pensamentos abstratos, os mecanismos de *coping* desenvolvidos pelas crianças são ainda muito imaturos, dependendo de outras pessoas para ultrapassarem as suas situações de crise (Brázio, 2014; Diogo et al., 2016). De acordo com Brázio (2014), a dimensão e a magnitude destas emoções variam em função de aspetos muito particulares de cada criança, como a idade, o género, a personalidade, o estado de saúde e o estilo parental, justificando assim a importância da **aplicação de conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança e jovem**, tal como sugere o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). Compreender a criança no seu todo, como resultado das suas influências, foi quase como uma doutrina por mim adotada ao longo de todos os ensinamentos clínicos, por forma a perceber o seu bem-estar integral, biopsicossocial e espiritual.

Para Diogo et al. (2016), o medo é o sentimento mais evidente nas crianças que são cuidadas nos serviços de saúde, caracterizado por emoções como “ansiedade, apreensão, nervosismo, preocupação, consternação, receio, precaução, aflição, desconfiança, pavor, horror, terror, e como psicopatologia fobia e pânico” (p. 27). Vendo refletido o medo das crianças, não só pela perda da sensação de segurança, mas também pelo risco de dor, temos então comportamentos de fuga e evicção, choro intenso e agitação face aos cuidados de saúde. Implícito a este medo está um temor imenso de uma possível separação dos seus pais, já que há desde logo um certo distanciamento do seu ambiente familiar físico e afetivo (Diogo et al., 2016).

Relacionar-se com a criança e jovem num ambiente hospitalar é também fazê-la compreender que o seu processo de tratamento e recuperação pode ser, por vezes, um pouco invasivo. Os procedimentos invasivos nos cuidados de saúde são, sempre que possível, evitados, mas nem sempre evitáveis. A dor associada aos cuidados de enfermagem é, infelizmente, uma realidade muito presente nos cuidados em contexto de SUP, representando experiências sensoriais e emocionais negativas nas crianças (Ganzijeva et al., 2019). Ainda assim, desde que se olha para a dor através dos olhos de quem a experimenta, valorizando a sua subjetividade, surgiu a preocupação de a minorar e amenizar os seus efeitos. Enquanto quinto sinal vital, a dor tem o poder de deixar marcas menos positivas na memória das crianças que a experienciam, dado o mal-estar e a instabilidade que provoca (Fantacci et al., 2018; Longobardi et al., 2018).

Portanto, o medo e a dor associados aos cuidados de saúde infantil e pediátrica estão amplamente interligados (Diogo et al., 2016; Ganzijeva et al., 2019). Como não poderia deixar de ser, mantive-me atenta no que diz respeito a avaliar e gerir diferenciadamente a dor da criança (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018), com a **gestão e aplicação combinada de estratégias farmacológicas e não-farmacológicas** no controlo e prevenção das experiências de dor.

Avaliar a dor da criança é, por si só, um desafio para os profissionais de saúde que dela cuidam. Numa situação de fragilidade e doença, a dor consegue tomar maiores proporções do que teria numa condição normal, sendo a sua interpretação variada em função da idade da criança que a descreve ou dos sinais que manifesta (Fantacci et al., 2018; Ganzijeva et al., 2019). Conforme estes factos, a DGS (2010) enumerou um conjunto de sete escalas distintas de avaliação da dor na criança, validadas para a população portuguesa pediátrica, e adaptadas às particularidades da generalidade das crianças do nosso país em termos de idade e condições de saúde. Como tal, procurei ler e informar-me sobre cada uma das escalas de forma a seleccioná-las e aplicá-las eficaz e eficientemente.

Em concordância, de acordo com as diferentes prescrições médicas, implementei e **geri as medidas farmacológicas de combate à dor** ajustadas a cada tipo de dor e a cada criança (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018). De entre outros, os fármacos mais utilizados no controlo da dor na criança foram o paracetamol, o ibuprofeno, o cetorolac e o metamizol de magnésio. No entanto, de acordo com Longobardi et al. (2018), a abordagem farmacológica não é autossuficiente, uma vez que não produz qualquer tipo de efeito sobre o *stress*, o medo e a ansiedade que assolam as crianças.

Complementarmente, assegurei sempre que as medidas não farmacológicas de controlo e prevenção da dor fossem implementadas, associadas ou independentemente das estratégias farmacológicas. Enumeradas pela OE (2011a), através do Volume III dos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, constituem estratégias eficazes na gestão da dor as técnicas de relaxamento, com recurso à aplicação do toque terapêutico, e as técnicas de distração, com a leitura de contos infantis, a imaginação guiada, a visualização de vídeos, jogos e música.

Em 2013, a OE deu especial atenção aos fenómenos de dor na criança e elaborou o Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na

Criança. Segundo este guia, a seleção da técnica não farmacológica a aplicar depende de vários fatores, como

recursos existentes em cada serviço, da sensibilidade da criança à dor, das suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor (aguda, recorrente e/ou crónica), do contexto (procedimentos ou exames invasivos dolorosos, cirurgia ou quadro clínico) e das suas características (localização, intensidade, duração e qualidade afetiva) (OE, 2013, p. 17).

De acordo com a OE (2013), as medidas não farmacológicas de controlo da dor na criança podem ser: de índole comportamental, que orientam para a modelação de comportamentos que facilitam o alívio da dor (como o relaxamento); de carácter cognitivo, que recorre ao conhecimento para introduzir a experiência de dor (a informação prévia); de natureza cognitivo-comportamental, em que se associam o conhecimento e o comportamento para modificar a perceção da dor (como são exemplo a distração e a imaginação guiada); do tipo físico ou periférico, em que se aplica algum tipo de estímulo sobre o local onde se percecionará a dor para diminuir a intensidade da experiência sensorial (tal como a aplicação de calor ou frio, o toque ou massagem, o posicionamento ou a estimulação nervosa elétrica transcutânea); de suporte emocional, que inclui a presença da pessoa significativa para a criança; e de cariz ambiental, que visa proporcionar um ambiente tranquilo no que diz respeito às condições de luminosidade, ruído, temperatura e decoração.

Ao longo das minhas práticas de cuidados, além de combinar as estratégias farmacológicas com as não farmacológicas, tentei também associar várias destas últimas medidas numa mesma situação, aumentando assim a eficácia do controlo e da prevenção da dor. Em muitas das situações, foi permitida a presença dos pais durante os procedimentos, favoreceu-se um posicionamento confortável e seguro da criança, colocaram-se vídeos a gosto da criança para assistir e distrair-se em simultâneo, promoveram-se técnicas de relaxamento através do controlo da respiração, recorreu-se à imaginação guiada para dispersar a atenção do procedimento doloroso, administrou-se a sacarose oral ou facilitou-se a amamentação, aplicou-se anestésico local adequado à idade, e adequou-se o ambiente em termos de estímulos e privacidade.

A par de todas as intervenções enumeradas, e porque a evolução dos cuidados assim o determina, nos contextos de SUP e CS foram colocadas em prática técnicas de distração diferenciadas no controlo e prevenção da dor na criança, incluindo experiências sensoriais com recurso a realidade virtual (Niaz et al., 2023; Wong & Choi, 2023) e com recurso a máquina de produção de bolhas de sabão (Longobardi et al., 2018), que eu própria adquiri com o propósito mencionado após a leitura de vários artigos científicos. Consensualmente,

em conformidade com o conjunto de autores referidos, a utilização da realidade virtual e das bolhas de sabão enquanto técnicas de distração tem vindo a produzir efeitos benéficos sobre as manifestações de dor nas crianças submetidas aos cuidados de saúde, reduzindo os seus níveis de ansiedade e medo (Longobardi et al., 2018; Niaz et al., 2023; Wong & Choi, 2023).

Com estes cuidados, tal como consta no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), acredito não só ter contribuído para uma **gestão eficaz e diferenciada da dor na criança**, diminuindo a ansiedade e o *stress* dos pais e dos filhos associados aos cuidados de enfermagem, mas também ter **providenciado cuidados à criança e jovem promotores da majoração de ganhos em saúde**, com recurso a **terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência**.

Sobre estas últimas, a OE (2011b), através do Parecer n.º 18/2011 e das afirmações públicas realizadas pelo anterior senhor enfermeiro bastonário Germano Couto em 2013, é claro quando apoia a prática de terapias e estratégias complementares na prática de enfermagem, desde que estas não venham substituir os cuidados considerados essenciais. Sobre a implementação de terapias específicas e mais complexas, com a aplicação de procedimentos e técnicas algo mais invasivos, a OE demanda a obtenção de formação certificada e qualificada para que seja possibilitada a sua aplicação por parte de enfermeiros.

Em adição, posso aqui fazer alusão à minha colaboração no curso de massagem infantil, desenvolvido no CS pela minha enfermeira tutora que, tendo completado o curso respetivo, tem idoneidade formativa para o reproduzir. Este curso dividiu-se em quatro sessões de aproximadamente uma hora, realizadas às quintas-feiras para um grupo de seis mães e seis bebés selecionados aleatoriamente pela enfermeira tutora. A massagem infantil, acreditada pela IAIM em associação com a APMI, também se insere neste domínio de competência, já que resulta da combinação de técnicas de massagem indiana e sueca com princípios da reflexologia e ioga (Parecer n.º 16/2019 da MCEESIP, 2019a). Como tal, abracei a oportunidade de realizar e promover a massagem infantil, não só enquanto técnica, mas tendo em conta a sua verdadeira essência terapêutica e o poder do toque terapêutico no bem-estar da criança. O toque terapêutico, visto por Ramos et al. (2016) e Mendes et al. (2022) como uma terapia complementar de enfermagem, comum à prática clínica, mas multidimensional, é capaz de produzir efeitos positivos sobre o bem-estar individual e o equilíbrio biopsicossocial da pessoa. Para Ramos et al. (2016), o toque terapêutico constitui

um método holístico não invasivo, baseado na concepção de que o ser humano possui um campo de energia abundante, que pode estender-se além da pele e flui em determinados padrões que se pretendem equilibrados (...) apresenta-se, portanto, como uma poderosa

estratégia de humanização, pois, além de aliviar a dor e proporcionar conforto ao RN, favorece o estreitamento dos laços afetivos entre ele e seus familiares (p. 505).

De forma a participar ativamente nesta atividade, mesmo não tendo ainda concluído o referido curso à data da sua realização, fiz a introdução teórica do mesmo, apresentando as vantagens da massagem infantil através da distribuição de um documento informativo por mim realizado, que exibo no Apêndice G – *Flyer* “Benefícios da Massagem Infantil”. Posto isto, acompanhei as restantes sessões, exemplificando os passos da massagem num manequim, de acordo com as orientações da enfermeira tutora. De frisar que, para além da massagem, este momento constituiu também uma oportunidade de as mães que o frequentaram partilharem experiências entre si, exporem dúvidas e trocarem ideias, representando assim mais uma forma de eu, enquanto futura EEESIP, interagir e intervir junto delas. Conforme já referido, num momento posterior aos ensinamentos clínicos completei já a componente teórica do Curso de Instrutor de Massagem Infantil, encontrando-me atualmente a planear a implementação prática para a restante acreditação do curso e obtenção do título de formadora.

Entrando agora num campo mais sensível da ESIP, refiro-me ao acompanhamento de crianças com situações de saúde especiais, de maior ou menor complexidade, que requerem uma vigilância de saúde mais atenta. Aplicam-se aqui os casos das crianças com doenças crónicas, raras, oncológicas e/ou incapacitantes, que segundo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) devem também elas ser alvo de intervenções no âmbito da promoção da sua saúde e adaptação à sua condição de saúde/doença.

As doenças crónicas e oncológicas na infância abalam não só a forma como a criança e o jovem se desenvolvem, mas também a forma como a sua família se reestrutura e se reorganiza para dar resposta às necessidades insurgentes da doença (Esteves & Diogo, 2018). De acordo com Esteves e Diogo (2018), o avanço tecnológico experimentado atualmente confere à patologia crónica e/ou oncológica um prognóstico favorável no que respeita ao seu tratamento e consequente controlo a longo prazo. Por esta razão, os autores defendem que as crianças doentes devem experimentar um crescimento e desenvolvimento mais perto da normalidade possível, com a organização necessária dos seus contextos em conformidade, micro e macrosistema inclusive, em torno da criança enquanto criança e não em torno da doença.

Já as doenças raras assim o são consideradas pela sua baixa prevalência na população, traduzindo alterações do genoma humano, conforme nos diz a DGS (2018a) por

intermédio da Informação de Apoio à Pessoa com Doença Rara – Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020. Segundo Luz et al. (2015), as doenças raras representam “uma experiência contínua de aprendizagem não apenas para as pessoas acometidas, mas, também, para seus familiares que se deparam com inúmeros desafios, (...) na relação com os serviços de saúde aos quais estarão indubitavelmente ligados por um longo tempo” (p. 396).

Ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos por onde passei tive várias oportunidades para **responder às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, demonstrando conhecimentos sobre as mesmas**, corroborados na pesquisa e leitura atenta de artigos científicos sobre elas. Na Região Autónoma da Madeira (RAM), todas as crianças com doenças raras são acompanhadas assiduamente pela equipa multidisciplinar do CDC, de forma a verem trabalhado o seu potencial de desenvolvimento. A consulta de enfermagem ocorrida neste contexto visa, essencialmente, avaliar este mesmo potencial e encaminhar, em parceria com a equipa médica, as crianças para as respetivas terapias necessárias. Neste contexto, e ainda que eu não tenha presenciado a consulta de enfermagem a uma criança com doença rara propriamente dita, cruzei-me pelos corredores do CDC com algumas situações de crianças fenotipicamente diferentes, com comportamentos igualmente diferentes, suscitando-me a curiosidade de questionar à enfermeira tutora sobre a particularidade de cada situação, indo depois à procura de mais informação científica sobre os diferentes casos. Com isto, aprendi imenso sobre determinadas doenças raras, procurando interpretá-las do ponto de vista da intervenção do enfermeiro, quer na promoção da saúde, quer na prevenção de riscos e doenças oportunistas.

Já no contexto de SUP, foram várias as crianças com doenças crónicas e raras com quem me cruzei, uma vez que o agravamento do seu estado clínico ali as conduziu. Cuidar da criança com uma doença de base é, a meu ver, um verdadeiro desafio para os demais profissionais envolvidos no processo. Duas das situações de emergência que presenciei foram respetivas a crianças com patologia crónica e rara associada - uma com diabetes e outra com cromossomopatia em estudo com epilepsia refratária, representando momentos do cuidar de alta tensão, imprevisibilidade e *stress* para todos, incluindo as próprias crianças e respetivos pais.

No ensino clínico de internamento em unidade de medicina no serviço de pediatria, foram também duas as crianças com doença rara diagnosticada, de quem tive o privilégio de cuidar. Estas duas meninas, de quatro e seis anos, com microcefalia e com encefalopatia epilética por mutação genética respetivamente, foram muito importantes no meu processo de aprendizagem e de aquisição de competências do EEESIP. Ambas foram admitidas no

serviço num estado muito debilitado, com prognóstico reservado e com uma abordagem de cuidados paliativa que acabou por me desafiar. Cuidar destas duas meninas implicou muito mais do que estudar as suas patologias e os cuidados inerentes. Cuidar destas duas meninas à luz dos cuidados paliativos pediátricos implicou uma grande responsabilidade quer na implementação de intervenções, quer na construção de relações terapêuticas, quer na responsabilização de mim própria enquanto enfermeira.

Segundo Chambers (2018), em representação da associação inglesa Together for Short Lives, os cuidados paliativos pediátricos destinam-se a todas as crianças e jovens portadores de doenças limitativas e/ou incapacitantes, com risco de compromisso das funções vitais, e consistem numa abordagem ativa e integrativa do cuidar humano, que se estende do momento do diagnóstico até ao fim de vida. A filosofia do cuidar por detrás dos cuidados paliativos pediátricos engloba as dimensões física, emocional, social e espiritual da criança e jovem, tendo por objetivo proporcionar-lhes a melhor qualidade de vida possível (Chambers, 2018). Os cuidados paliativos pediátricos, descritos por Chambers (2018), contemplam e atentam à família enquanto parte integrante do processo, permitindo que esta determine o decurso dos cuidados, que preveem também o alívio do cuidador, o apaziguo de sintomas emocionais, e o trabalho sobre os processos de morte e consequente luto.

De acordo com Chambers (2018), os cuidados paliativos pediátricos devem ser prestados por equipas multidisciplinares com base em princípios muito claros que definem a sua intervenção. A relação construída neste âmbito do cuidar deve privilegiar uma comunicação objetiva, com honestidade e verdade, tendo em conta processos de tomada de decisão que dignifiquem o superior interesse da criança, jovem e família. As capacidades das crianças e dos seus cuidadores devem também ser cuidadosamente avaliadas e consideradas, devendo ser incluídas num plano de cuidados meticulosamente elaborado para garantir que a continuidade de cuidados é o mais constante e consistente possível, dada a probabilidade de a criança e o jovem necessitarem de recorrer por algumas vezes aos serviços de saúde. Ademais, os cuidados paliativos à criança ou jovem devem respeitar a diversidade e as suas crenças culturais, garantindo a confidencialidade e o sigilo profissional (Chambers, 2018).

Quando confrontados com o diagnóstico dos seus filhos, os pais passam por um processo de luto pela criança sonhada, já que esse momento é descrito como traumático, confuso, de grande apreensão e mudança e gerador de dúvidas e ansiedade (Silva & Alves, 2021). Segundo Silva e Alves (2021), “a família pode passar por uma fase de negação, o que demanda adaptação para finalmente poder chegar à aceitação, possibilitando o

desenvolvimento do filho diante das reais limitações e potencialidades” (p. 2). Assim, promover a adaptação da família à incapacidade da criança é um processo longo e trabalhoso, na medida em que os desafios são constantes e requerem uma reorganização da vida pessoal dos próprios pais, que acabam por privar-se de algumas das suas atividades diárias em função do cuidado à sua criança (OE, 2010).

Não menos importante, e porque os pais destas crianças são verdadeiros guerreiros e lutadores, ressalvo a necessidade que tive de os deixar conduzir o rumo dos cuidados nas situações de maior estabilidade conforme estes achassem melhor e mais confortável para os seus filhos, dada a sua perícia no cuidar da sua criança com necessidades de saúde especiais. Considerando a sensibilidade por detrás desta temática, tentei ainda trabalhar com os pais as emoções dos próprios através da escuta ativa, enaltecendo as suas forças interiores e crenças espirituais, encaminhando o seu foco e a sua atenção para a dignificação da sua criança, construindo com eles estratégias de *coping* e adaptação, evitando situações de ansiedade e desesperança – “muitas vezes, os pais apenas se focalizam nas limitações não reconhecendo as potencialidades do filho. Se as famílias forem ajudadas a adquirir uma postura proativa (...), estaremos a ajudá-las a derrubar barreiras internas” (OE, 2010, p. 94).

Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro auxilie os pais no seu processo de reorganização com recurso a estratégias de **promoção da esperança realista**, sobre as quais procurei **demonstrar conhecimentos durante a prática**. De acordo com Carvalho et al. (2019), as intervenções promotoras da esperança devem ser dinâmicas, multidimensionais e centrais à vida, orientadas para o futuro, no sentido de capacitar os pais para enfrentarem as adversidades com que se deparam durante o processo de saúde/doença dos seus filhos. Conforme consta nos Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III (OE, 2011a), este tipo de intervenção pressupõe a integração dos pais nos cuidados, a transmissão de informação sobre como cuidar da criança doente, o respeito pelas suas crenças e objetivos, a escuta ativa, o encaminhamento para outros profissionais de saúde e recursos comunitários, a inclusão de cuidados espirituais e a promoção de momentos de repouso e lazer.

Tendo por base os referenciais descritos, a minha prestação de cuidados de enfermagem especializados às duas meninas supramencionadas foi de extrema sensibilidade e máxima adaptabilidade, moldando-me às crianças e familiares envolvidos no processo, respeitando os seus medos, os seus anseios e as suas vontades. Felizmente, ambas as meninas vieram a melhorar progressivamente o seu estado de saúde dentro das suas limitações crónicas, havendo a necessidade de se perspetivar os seus processos de alta além da

transferência para o domicílio. A menina com microcefalia, que outrora teria algum grau de consciência e independência, veio a perder capacidades e competências ao longo do internamento, sendo que aos pais surgiu a impossibilidade de dela cuidarem durante as 24 horas dos sete dias da semana no seu domicílio. Perante esta situação, sem julgamentos nem opressões, chegou-se à conclusão de que a **referenciação desta criança com incapacidade e doença crónica para uma instituição de suporte, onde beneficiaria de cuidados de especialidade**, seria a melhor solução.

Ainda assim, apesar de encaminhada para a instituição, trabalhou-se com estes e outros pais e respetivas crianças as suas competências no sentido de **promover a adaptação da criança, jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência ou incapacidade, capacitando-os para a adoção de estratégias de coping e de adaptação**, mesmo durante a hospitalização. Segundo a OE (2015), no seu guia orientador de boas práticas relativo à “Adaptação à parentalidade durante a hospitalização”, incentivar a parentalidade durante a prestação de cuidados de saúde em contexto hospitalar só é possível quando a relação entre os pais e os profissionais assenta numa comunicação assertiva, em que a participação dos primeiros é valorizada e os mesmos são “reconhecidos como verdadeiros parceiros nos cuidados” (p.23), tal como preconiza Anne Casey no seu Modelo de Parceria de Cuidados.

De forma a potenciar a adaptação aos processos de doença, é de extrema importância que seja facilitada a permanência dos pais e a inclusão dos mesmos na prestação de cuidados (Vaz & Trigo, 2020). De acordo com Parra et al. (2018), a presença dos pais durante os diversos momentos da prestação de cuidados, principalmente se invasivos ou *life saving*, é benéfica, pois apesar de se sentirem nervosos, os pais conseguem manter algum tipo de interação com a equipa de profissionais de saúde e acompanhar de perto a real situação da criança.

Todavia, a inclusão dos pais no plano de cuidados a ser implementado leva a que estes experimentem por vezes sentimentos ambivalentes, pois não sabem até que ponto podem, de facto, exercer o seu papel parental (OE, 2015). Citando Ramos e Figueiredo (2020), estabelecer uma parceria de cuidados com a família “diminui os sentimentos de culpa, incapacidade e impotência perante a doença e hospitalização dos filhos, facilita a competência do papel parental” (p. 36), uma vez que o acompanhamento da criança permite compreender a “evolução da doença e possibilita o diálogo constante com a equipa de saúde e a exposição de dúvidas, receios e preocupações” (p. 36). A envolvimento dos pais no processo requer, impreterivelmente, um processo de negociação em que a participação dos

mesmos acontece na medida em que estes se sentem confortáveis e preparados para tal (Ramos & Figueiredo, 2020). De cariz flexível, esta negociação deve dar espaço aos pais para que estes decidam o tipo de participação que desejam ter, respeitando a sua iniciativa e as suas vontades (OE, 2015).

Uma vez conquistados, compreendidos e informados, Lacey et al. (2021) afirmam que os pais tendem a colaborar e a demonstrar-se gratos e satisfeitos com os cuidados prestados, em termos de empatia dos profissionais de saúde, eficácia da comunicação estabelecida, gestão da dor, segurança, espaço físico e tempos de espera.

Introduz-se aqui outro exemplo prático, sobre promover a adaptação da criança, e família à diferença, que tem que ver com a sensibilidade e vulnerabilidade das crianças com necessidades de saúde especiais diagnosticadas, muitas vezes associadas a perturbações de desenvolvimento. Descrevo então o caso de uma mãe de um menino de três anos com atraso de desenvolvimento que evitava as saídas de casa porque o filho fazia birras frequentemente, com choro associado, fora do ambiente domiciliário, relatando que as pessoas olhavam e comentavam a sua situação. Segundo Van der Akker et al. (2022), as birras são comportamentos considerados normais no desenvolvimento da criança até aos três anos, tomando a forma de choro, gritos, atirar objetos, golpear, cair sobre o chão, fugir, bater os pés, pontapear, empurrar/puxar ou agarrar-se a alguém. De acordo com os autores, a tendência da ocorrência de birras diminui com o passar da idade, ainda que estas possam ser um sinal precoce de perturbação no desenvolvimento e do humor.

Deste modo, deu-se a conhecer à mãe estratégias para lidar com as birras e a frustração do seu filho, enaltecendo que o choro é a forma possível de ele comunicar já que ainda não teria bem desenvolvidas as competências da fala e linguagem, pelo que as saídas para ambientes controlados e com menor intensidade de estímulos poderia ser benéfica. Com isto, para além de promover a reinserção social da mãe e da criança na sua comunidade, proporcionei-lhes conhecimento e a aprendizagem de habilidades e comportamentos para lidar e gerir o seu processo específico de desenvolvimento comprometido.

Indo também ao encontro da competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) que determina o **diagnóstico precoce de necessidades especiais e incapacidades na criança e jovem** e consequente intervenção em doenças e situações de risco, procurei avaliar atentamente e identificar precocemente problemas de saúde reais e potenciais, perturbações de desenvolvimento e/ou exposição a riscos nas várias

crianças, intervindo em conformidade de forma a minimizar os efeitos que possam vir a afetar negativamente a qualidade de vida das mesmas.

Nestes contextos de doença, por toda a sobrecarga física e mental, é fundamental que o enfermeiro **adeque o suporte familiar e comunitário** destas crianças e famílias, tal como profere o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). Para além de dotar os pais de conhecimentos e estratégias para tomar conta dos seus filhos, o foco do enfermeiro não deve descurar um olhar atento sobre os pais e as suas necessidades enquanto pessoa. Os pais de crianças com doenças raras, perturbações de desenvolvimento ou necessidades de saúde especiais apresentam também eles necessidades de apoio físico, psicológico, social e espiritual, uma vez que a sua nova realidade é diferente do esperado. Quando se apercebem das necessidades especiais que aos seus filhos são diagnosticadas, os pais tendem a passar por um desequilíbrio da sua estrutura psicológica e emocional, que se reorganiza lentamente a partir da negação, até à aceitação da condição do seu filho, como se de um processo de luto se tratasse.

Para Luz et al. (2022), a participação dos pais nos cuidados aos filhos com necessidades de saúde especiais é fulcral no que respeita à criação de um ambiente favorável ao desenvolvimento infantil. De acordo com Whitmore e Snethen (2018), para que os pais possam participar deliberada e ativamente nos processos de saúde/doença dos seus filhos, estes devem estar conscientes das reais e potenciais necessidades da criança, atuando em conformidade. Como tal, é preciso que os pais vejam trabalhadas as suas competências motivacionais, cognitivas e comportamentais, na busca pela sua autonomia no cuidado adequado e adaptado à criança, à sua idade e às suas necessidades, permitindo o fortalecimento da relação afetiva mãe-pai-filho (Luz et al., 2022). Segundo Oliveira e Rocha (2019), é prática comum dos pais resguardar em demasia os seus filhos. Para os autores, de forma a proporcionar o desenvolvimento infantil e contrapondo a noção de superproteção, é fundamental que os pais compreendam que as crianças precisam de oportunidades para mostrar as suas capacidades motoras e intelectuais, concedendo-lhes alguma independência para desenvolverem as atividades que são capazes de desempenhar (Oliveira e Rocha 2019).

Sendo o domicílio o local de eleição para o cuidado à criança com necessidades de saúde especiais, Hilário et al. (2022) descrevem as vantagens da prestação de cuidados de enfermagem em casa. Para a criança, os autores enumeram benefícios aos níveis do desenvolvimento da linguagem, da locomoção e motricidade global, do comportamento, dos hábitos alimentares saudáveis e do crescimento; enquanto que para os pais destacaram uma

melhoria na pronta resposta às necessidades da criança, com maior sensibilidade e compreensão.

Castro et al. (2020) tendem a corroborar a importância da intervenção do enfermeiro no ambiente familiar da própria criança, referindo que as dificuldades no desenvolvimento infantil podem ser minoradas se os contextos em que a criança se insere forem reajustados às suas necessidades de estimulação – “o ambiente que a criança vive e a estimulação recebida, principalmente da família, são fundamentais para evolução do desenvolvimento infantil” (p. 146).

Também Whitmore e Snethen (2018) defendem que o domicílio é o ambiente preferencial para que uma criança com necessidades de cuidados saúde especiais e contínuos seja cuidada, não só por questões financeiras, mas também psicossociais. Contudo, este tipo de cuidado transfere para a família uma responsabilização acrescida e ininterrupta, que a obriga a reestruturar dinâmicas, funcionamentos e rotinas. O impacto das necessidades de saúde especiais da criança sobre a sua família é imenso, afetando a saúde biopsicossocial de todos os seus membros (Whitmore & Snethen, 2018).

Para os autores citados, o cuidado no domicílio exige igualmente o desenvolvimento de perícia em determinados aspetos do cuidar, como a gestão terapêutica e a realização de procedimentos (técnicos e invasivos por vezes) para garantir a manutenção das funções vitais e a satisfação de necessidades fisiológicas da criança. Whitmore e Snethen (2018) destacam a tamanha responsabilidade que é atribuída aos pais, sendo que usualmente um deles assume o papel de cuidador informal principal. Este último, pela continuidade dos cuidados que lhe é imposta, tende a experimentar uma sobrecarga do cuidador. Neste âmbito, os autores equacionam a hipótese de o cuidador beneficiar do apoio de uma outra pessoa nos cuidados à criança, permitindo o seu repouso e recuperação de energia. De acordo com Whitmore e Snethen (2018), algumas famílias consideram esta medida de alívio do cuidador uma mais-valia para a reestruturação do processo familiar. Porém, não sendo unânime, alguns cuidadores nem sempre se apresentam recetivos à sua substituição, por terem alguma dificuldade em confiar o cuidado do seu filho a outra pessoa. Whitmore e Snethen (2018) sugerem então que sejam os próprios enfermeiros a substituir temporariamente os pais ou a aconselhar-lhes os serviços da comunidade tecnicamente competentes para cuidar de crianças com necessidades de saúde especiais.

Complementarmente, neste campo, por forma a corresponder ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), procurei transmitir conhecimentos aos pais sobre as

condições dos seus filhos, enaltecer as suas capacidades na gestão e promoção da saúde dos mesmos, e mobilizar os recursos e redes de apoio disponíveis e passíveis de apoiar as famílias a vivenciar esta realidade.

A par de todo o descrito, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) prevê a **promoção de uma relação dinâmica com crianças, jovens e famílias com adaptação adequada**, tendo em conta a sensível posição da criança, jovem e família perante os contextos de cuidados de saúde em pediatria. Como tal, importa que estes serviços sejam dotados de profissionais capazes de identificar e responder às suas necessidades biopsicossociais com competência, fundamento e qualidade.

O primeiro contacto que o EE estabelece com a criança, jovem e família é de importância extrema, pois determina a forma como estes últimos se sentem e se integram nos cuidados que receberão (Diogo et al., 2016; Vaz e Trigo, 2020). De acordo com Arigliani et al. (2018), fazendo referência à filosofia dos cuidados centrados na criança e na família, a empatia é o elemento-chave da relação terapêutica que se constrói ao longo da prestação de cuidados, permitindo assim aos profissionais avaliar a doença pelos olhos de quem a comporta, valorizando as queixas do próprio em conjugação com os sinais e sintomas clinicamente presentes.

Na mesma linha de pensamento, Diogo et al. (2016) e Macedo e Innocenzo (2019) reiteram que a admissão e respetivo acolhimento, muitas vezes ocorrido primeiramente em SUP, feito essencialmente na triagem, é o momento oportuno para agregar um sentimento de confiança à relação que se estabelece entre o enfermeiro e os pais, influenciando positivamente o decurso de toda a prestação de cuidados conseguinte. O enfermeiro deve acolher os pais de forma calorosa, demonstrando a disponibilidade necessária para responder às suas inquietações, fazendo-os ainda conhecedores da dinâmica e organização dos serviços, em termos de assistência em saúde.

Na continuidade dos cuidados, e ainda em termos de relação, é pretendido que o enfermeiro procure transmitir segurança e tranquilidade à criança, jovem e família, contrapondo o habitual medo que os acompanha (Diogo et al., 2016; Macedo & Innocenzo, 2019). Assim, o EE deve orientar o foco da criança e família para a sua máxima recuperação e bem-estar, comunicando clara e assertivamente com eles de acordo com a sua compreensão, tomando-os como parceiros ativos no processo de cuidar. Complementarmente, Diogo et al. (2016) afirmam que

para poder atenuar os sentimentos mais perturbadores (incluindo o medo) as crianças podem beneficiar de preparação e suporte: as explicações sobre a necessidade de hospitalização, as pessoas presentes e envolvidas, os procedimentos e a forma das crianças ajudarem e colaborarem, procurando que estas não percam o controlo da situação (p. 29).

Não obstante, de acordo com os Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica– Volume III, o enfermeiro deve também preparar previamente, elucidar e quebrar a incerteza vivenciada pelos pais, tornando clara a sua participação ativa em todas as fases do processo de prestação de cuidados à criança (OE, 2011a). A OE (2015) relembra também que os conhecimentos transmitidos aos pais podem revelar-se demasiado complexos para o seu nível de compreensão, sendo responsabilidade do enfermeiro esclarecer possíveis dúvidas, dando espaço aos pais para as expor, livres de constrangimentos. Segundo a OE (2015) e Vaz e Trigo (2020), é fundamental que o enfermeiro se inteire dos conhecimentos e capacidades que os pais detêm, avaliando a necessidade de serem corrigidos ou complementados, sob um apoio constante e uma renegociação regular, tal como defendem Anne Casey no seu modelo e o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) quando diz que o enfermeiro “**negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar**” (p. 19193).

Cabe, assim, ao EE humanizar os cuidados que presta e assegurar que as crianças, jovens e famílias não veem as suas situações de saúde agravadas pelo fator desconhecido inerente aos serviços de saúde, estando esta premissa presente em toda a minha postura na prestação de cuidados ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos.

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

As necessidades do ciclo de vida da criança e respetivo desenvolvimento infantil estão em constante mudança, à medida que as crianças crescem e se autonomizam na realização das suas tarefas. Crescer significa desempenhar o papel de ser criança, e ser criança significa ser cuidado, ser amado, ser compreendido, ser protegido e ser educado, tal como descrito pela UNICEF na Convenção sobre os Direitos da Criança. Promover a saúde da criança e do jovem ao longo do seu ciclo de vida significa então cuidá-los nos seus contextos socioculturais, enquanto microssistema inserido numa comunidade que os acolhe.

Este facto remonta-nos essencialmente às doutrinas dos CSP, cujo objetivo reside em responder às necessidades de saúde de cada pessoa ou grupo, com enfoque no seu bem-

estar integral, enquanto seres biopsicossociais (OMS, 2023). Desde 1978, data em que na Alma-Mata se determinou a dimensão e o âmbito de intervenção dos CSP, que o paradigma dos cuidados de saúde tomou outras proporções, assumindo novas políticas no que à saúde diz respeito (Jiménez et al., 2021). Os CSP, pelo olhar de Araujo et al. (2018) e Jiménez et al. (2021), representam a porta de entrada para os cuidados de saúde na sua globalidade e devem cuidar da pessoa ao longo de todo o ciclo vital, através da promoção da saúde, da prevenção da doença, do tratamento e da reabilitação. Olhando a saúde para além da doença, este tipo de cuidados prevê promover a saúde e prevenir a ocorrência de patologias, através de um acompanhamento que é feito ao longo de todo o ciclo vital da pessoa, ainda antes do nascimento e até ao fim de vida (OMS, 2023).

Segundo a OMS (2023) já referida, os CSP surgem como resposta à necessidade de oferecer à população um leque de cuidados orientado para a sua saúde em geral, e não somente dirigidos às doenças propriamente ditas. A justiça, a equidade, a acessibilidade e a abrangência constituem o alicerce basilar dos CSP, em correspondência ao 25º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos que reitera o direito à saúde e bem-estar de cada indivíduo, família e comunidade (OMS, 2023). Neste contexto, devem ser contemplados os mais variados determinantes em saúde, em prol da promoção da saúde biopsicossocial de cada indivíduo, dentro do seu próprio ambiente socioeconómico. Com isto, a OMS (2023) pretende que cada pessoa, família e grupo participe ativamente nos seus processos de saúde, dispondo de um serviço perfeitamente acessível a todos em matéria de orientação e monitorização da saúde, sob a forma de cuidados promotores, protetores, curativos, reabilitativos e paliativos, sempre que necessário.

Complementarmente, as políticas públicas de saúde inerentes a este tipo de cuidados estabelecem como uma das áreas prioritárias de atenção no âmbito dos cuidados de saúde a vigilância do desenvolvimento infantil. Segundo Luz et al. (2022), estas políticas englobam aspetos da saúde biopsicossocial, a identificação de eventuais alterações do desenvolvimento, a capacitação dos pais para cuidarem da criança e a transmissão de conhecimentos sobre cuidados antecipatórios.

A par do seu âmbito de intervenção, os CSP devem organizar-se por forma a responder às necessidades da população em geral a que se destinam, enquanto grupo, tendo por base as características e especificidades da mesma (OMS, 2023). Como tal, Araujo et al. (2018) e Pereira et al. (2020) afirmam que este tipo de cuidados deve estruturar-se por forma a ajustar-se à identidade cultural de cada grupo, promovendo o bem-estar coletivo, a saúde pública sanitária de todos e a respetiva coesão social.

Transpondo todos estes aspetos explanados para a vertente da saúde infantil e juvenil nos CSP entramos na esfera da vigilância em saúde, enquanto ação prioritária que visa acompanhar e potenciar a saúde das crianças e jovens, através da capacitação dos mesmos e dos respetivos pais/familiares/cuidadores para assegurarem os melhores e mais adequados cuidados às suas crescentes necessidades (Ramos & Figueiredo, 2020). Nesta matéria, Ramos e Figueiredo (2020) introduzem o conceito de empoderamento da criança, do jovem e da família, na medida em que estes devem ser preparados ao longo da vida para participar ativa e deliberadamente nos processos que à sua saúde dizem respeito, de forma informada e ponderada. Com isto, querem os autores dizer que as crianças, os jovens e as famílias devem ser envolvidos em todos os momentos do cuidar, para que a promoção da saúde e a prevenção da doença passe também pelas suas mãos, contribuindo assim para a construção de um futuro saudável.

É, então, responsabilidade do EEESIP acompanhar a criança, jovem e a sua família no seu processo de saúde, segundo um esquema de vigilância próprio e cautelosamente pensado, instituído pelo PNSIJ (DGS, 2013). Tendo o PNSIJ (DGS, 2013) como linha norteadora da sua ação, o enfermeiro deve calendarizar as consultas de enfermagem de acordo com as idades-chave preconizadas, coincidentes com marcos no desenvolvimento da criança, combinando estas mesmas datas com outros eventos de saúde (como é exemplo a vacinação), aproveitando assim a oportunidade para cumprir com os esquemas de vigilância ideais em termos cronológicos. No âmbito da consulta, a par de ajudar os cuidadores a construir o seu processo de responsabilização sobre o cuidado à criança, o enfermeiro deve orientar a sua intervenção no sentido dos cuidados antecipatórios, enquanto promotores da saúde, minimizadores de riscos e preventivos. Não menos importante, o EEESIP deve estar atento a situações de potencial risco para a saúde da criança em termos de deteção precoce, quer sejam relativos ao seu próprio processo de desenvolvimento, quer ocorram no seio familiar, quer tenham que ver com o seu contexto comunitário.

De uma forma geral, o referido documento norteia o trabalho dos profissionais de saúde no sentido de avaliar e promover o crescimento e o desenvolvimento infantil, incentivar a adoção de estilos de vida saudáveis, promover a amamentação, fomentar a adesão ao PNV (DGS, 2020), incutir hábitos de saúde oral, prevenir perturbações emocionais e do comportamento, reforçar medidas de segurança e prevenção de acidentes, despistar sinais de maus-tratos, detetar precocemente situações de risco e dirigir o cuidado, identificar doenças comuns e raras atempadamente, proporcionar cuidados continuados às crianças com necessidades de saúde especiais e potenciar o desenvolvimento e o exercício de

competências parentais (PNSIJ – DGS, 2013). Assim, este programa revela-se um importante aliado no exercício do EEESIP, já que clarifica e expande o seu âmbito de intervenção, dada a diversidade de elementos que compõem a saúde infantil e juvenil.

Referindo-me essencialmente aos ensinamentos clínicos ocorridos nos contextos comunitários de CS e CDC, importa acrescentar que, em complementaridade, apoiei-me também na essência do Modelo da Promoção da Saúde de Nola Pender, que procura compreender a forma como as pessoas desempenham os seus comportamentos de saúde sob a influência do seu ambiente (Santos et al., 2018), de forma a intervir no crescimento e desenvolvimento infantil.

Em termos práticos, no desenrolar da consulta de ESIP, Marques et al. (2021b) enumeram a verificação do crescimento (através dos dados antropométricos) e a avaliação do desenvolvimento infantil como intervenções fundamentais a desempenhar, na medida em que estes dados constituem importantes indicadores sobre o estado de saúde da criança. Do mesmo modo, enaltecem as intervenções relativas aos cuidados à criança, às necessidades desenvolvimentais e à identificação de riscos e à prevenção dos mesmos. Na perspetiva do crescimento, foram realizadas intervenções para **avaliar o crescimento** físico das crianças (dados antropométricos e curvas de percentis) e para promover a adoção de estilos de vida saudáveis, abordando nas diferentes consultas temáticas relativas à alimentação saudável, à atividade física, aos hábitos de sono, aos hábitos de higiene corporal e oral, à prevenção de acidentes, entre outras.

Ainda sobre a promoção do crescimento saudável, assumi o papel de defensora e motivadora da adesão à vacinação, uma vez que os ganhos em saúde a longo prazo ultrapassam e anulam os efeitos secundários a curto. A vacinação veio revolucionar a saúde pública, infantil inclusive, já que constitui o grande mote para reduzir a morbilidade e a mortalidade infantil ao longo dos anos (Dyda et al., 2020). Como tal, expliquei detalhadamente aos pais a que doenças preveníveis se referiam cada uma das vacinas, o método de atuação das mesmas, o local de administração e como proceder em caso de efeito colateral.

A par disto, pude não só pôr em prática a técnica da vacinação e sua aplicação segundo o esquema recomendado pelo PNV (DGS, 2020), mas também analisar e interpretar esquemas vacinais de crianças providas de outros países, como o Reino Unido, a Venezuela e a Ucrânia, de forma a complementá-los com o esquema tardio em vigor no PNV (DGS, 2020). Esta última atividade, que considero de extrema importância, exigiu a minha melhor atenção e cautela, já que nem sempre é fácil conjugar e acertar os esquemas em questão.

Nestes casos, pediu-se autorização aos pais para ficar com os respetivos boletins de vacinação de forma a serem analisados com tempo e segurança e, *a posteriori*, marcar a consulta para vacinar em conformidade.

Já sobre o desenvolvimento infantil, há muito descrito por inúmeros estudiosos como Piaget, Freud e Erikson, é caracterizado por uma sequência de aquisições que as crianças atingem ao longo do seu processo de crescimento (Castro et al., 2020), no sentido da sua crescente independência e autonomia. Segundo Oliveira e Rocha (2019), o desenvolvimento infantil inicia-se já desde o momento da conceção, por intermédio do crescimento físico e da maturação neurológica, que se expressam posteriormente através das componentes cognitivas, comportamentais, afetivas e sociais. Assim, de forma a aprofundar e **demonstrar conhecimento** sobre o processo evolutivo do **desenvolvimento infantil**, apostei na autoformação sobre as teorias do desenvolvimento infantil para cada janela de idades, nomeadamente a teoria psicosssexual de Freud, a teoria psicossocial de Erikson, a teoria cognitiva de Piaget e a teoria do desenvolvimento moral de Kohlberg. Com estas bases, desenvolvi conhecimentos fundamentados que me permitiram melhor compreender e analisar os comportamentos evidenciados pelas crianças e descritos pelos pais nos diferentes momentos da prestação de cuidados de enfermagem, na perspetiva do desenvolvimento infantil.

Ainda nos contextos de prática, a intervenção na criança teve por base a análise dos seus antecedentes pessoais, a avaliação do seu contexto familiar e social e a aplicação da escala de avaliação do desenvolvimento infantil SGS II, que me permitiu **avaliar** eficazmente os processos de **desenvolvimento infantil**. A escala referida divide-se em nove áreas de competência distintas, com 179 itens de avaliação na sua globalidade, aplicando-se dos zero aos cinco anos, em idades-chave coincidentes com os chamados marcos de desenvolvimento, relativos a pontos de viragem na aquisição de competências (Bellman et al., 2003). A aplicação desta escala pressupõe o uso de recursos materiais próprios e a preparação prévia do profissional que a aplica, de forma que a avaliação da criança seja o mais objetiva possível. Em concordância, demonstrei os conhecimentos cimentados e **promovi o desenvolvimento infantil** explicando aos pais os marcos de desenvolvimentos característicos de cada idade e orientando-os sobre algumas estratégias e atividades a adotar para estimular o desenvolvimento infantil e a aquisição de novas competências por parte da criança.

A título de exemplo, na avaliação do desenvolvimento infantil com recurso à SGS II, identificou-se a situação de um menino de quatro anos, recém-chegado à RAM após os

pais terem emigrado para o Reino Unido, com dificuldades na concentração, na relação com outras crianças, na fala e na articulação das palavras, sendo estes motivos aparentemente justificáveis para uma referenciação para o CDC. Contudo, na discussão de caso, o médico de família não valorizou os resultados obtidos no teste nem tão pouco a informação transmitida pela enfermeira tutora e por mim, interpretando o comportamento da criança como uma situação pautada pela “falta de regras e má educação”, pelo que esta importante referenciação atempada não aconteceu. Para tentar contornar esta situação e manter o caso sob o olhar dos cuidados de ESIP, agendou-se uma nova consulta de avaliação daí a seis meses, já que a criança ingressaria na escola no entretanto.

Apesar de a evidência científica existente estabelecer marcos específicos do desenvolvimento segundo idades-chave, o processo de desenvolvimento de cada criança é autêntico, decorrendo a um ritmo que lhe é muito próprio, altamente influenciado pelo seu contexto biopsicossocial. O desenvolvimento é então afetado por fatores internos e externos à criança, pessoais e ambientais, respetivamente (Castro et al., 2020). Oliveira e Rocha (2019) enumeram como fatores externos influenciadores do desenvolvimento infantil a família, a cultura, as crenças e os valores, a par de Castro et al. (2020) que apontam também outras influências de índole genética, biológica e ambiental.

Da interação destas influências supramencionadas resultam inúmeras formas de as crianças se desenvolverem, formas estas que nem sempre correspondem ao esperado para cada idade. As alterações de desenvolvimento que, nem sempre sendo identificáveis desde a mais tenra idade, acabam por mais tarde ou mais cedo comprometer a adaptação biopsicossocial da criança ao meio em que se insere, quer por processos patológicos, quer por processos cognitivo-comportamentais. De uma forma geral, este compromisso traduz limitações várias que obrigam a que as crianças estejam sujeitas a um acompanhamento mais vigilante do ponto de vista da sua saúde (Castro et al., 2020), passando assim a considerarem-se as suas necessidades de saúde como especiais.

De acordo com a OE (2022), as perturbações de desenvolvimento levam a necessidades de saúde especiais, descritas como “as que resultam dos problemas de saúde física e mental que tenham impacto na funcionalidade, produzam limitações acentuadas em qualquer órgão ou sistema, impliquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem” (p. 4). Estas necessidades, segundo descritas pelo PNSE (DGS, 2015) podem advir de alterações estruturais e/ou funcionais, anatómicas e/ou fisiológicas, secundárias a doenças crónicas, deficiência, perturbações do desenvolvimento, transtornos emocionais ou alterações do comportamento.

Em complementaridade, para Viana et al. (2018), as crianças com necessidades especiais de saúde requerem uma constância nos cuidados que lhe são prestados, sendo que estes devem ser altamente personalizados em função da complexidade da situação da criança, quer de forma contínua ou interrompida, com o objetivo de garantir a sua melhor qualidade de vida e bem-estar.

Conforme ditam Vasques e Lamônica (2018), a deteção atempada de alterações do desenvolvimento infantil são indispensáveis para uma intervenção em tempo útil, adequada à idade e com os estímulos adaptados às necessidades da criança. Os autores referem-se ao conhecimento científico sobre a plasticidade cerebral, altamente influenciada pelo meio ambiente, para justificar a importância de avaliar, diagnosticar e intervir prontamente sobre os transtornos do desenvolvimento da criança. Por detrás da plasticidade cerebral e da pluralidade de infâncias existe um sem número de conformações que o desenvolvimento infantil pode tomar, conformações estas que podem, ou não, enquadrar-se nos padrões ditos “normais” do desenvolvimento humano aos níveis cognitivo, psicomotor, psicossocial e psicossocial (Förster & López, 2022).

A atuação imediata sobre os aspetos do desenvolvimento infantil menos adquiridos permite assim minimizar ou até mesmo anular os défices identificados, encaminhando a criança para os diferentes recursos da comunidade essenciais à sua estimulação. Do mesmo modo, quanto mais cedo se proporcionar a intervenção, menor é o impacto da limitação da criança sobre os contextos que a rodeiam, como é exemplo a família (Vasques & Lamônica, 2018).

Assim, em contexto de estágio, na comunidade, de forma a facilitar a adaptação da família às (in)capacidades das suas crianças, procurei através dos resultados da aplicação do SGS II identificar as áreas prioritárias de intervenção para cada criança, transmiti-las aos pais e explicar-lhes de que forma conseguirão ajudá-las a progredir no desenvolvimento infantil, tendo em conta os recursos da comunidade disponíveis (atividades extracurriculares, desportos, entre outros), incentivando assim a interação e a relação dinâmica entre a família, a criança e a sociedade.

De uma forma geral, as intervenções dirigidas ao desenvolvimento infantil em situações de necessidades especiais devem sustentar-se também nas premissas da educação para a saúde, onde a transmissão de conhecimentos constitui uma poderosa ferramenta de trabalho do enfermeiro na promoção da saúde da criança. Apesar de reconhecida a importância da antropometria e da avaliação do desenvolvimento, o domínio a que vários autores dão maior ênfase na consulta de enfermagem é, efetivamente, a educação para a

saúde (Pereira et al., 2020). Pereira et al. (2020) defendem a relevância da educação para a saúde nas consultas de ESIP nos CSP, apontando-a como uma intervenção capaz de levar à mudança de comportamento e, consequentemente, capaz de melhorar a saúde da comunidade em geral. Para Luz et al. (2022) e Hilário et al. (2022), este tipo de intervenções sobre o desenvolvimento infantil traz um conjunto de benefícios que se estendem a uma dinâmica familiar mais harmoniosa, a uma evolução positiva das capacidades parentais, à prevenção de maus-tratos e a uma relação de parceria entre enfermeiro e pais.

Atualmente, à escala global, o número de crianças com necessidades de cuidados de saúde especiais tem vindo a aumentar, aumentando também o número de famílias que se vêm responsabilizadas por elas (Whitmore & Snethen, 2018). No seio de uma família, tornar-se pai e mãe de uma criança com necessidades de saúde especiais toma especial proporção e impacto, uma vez que o filho idealmente esperado e sonhado não corresponde à realidade.

A título de exemplo, presenciei uma consulta de enfermagem a um bebé de quatro meses, referenciado para o CDC após avaliação do pediatra, com história internamento na neonatologia por hipoglicemia neonatal severa nas primeiras horas de vida, cujo resultado da avaliação do desenvolvimento infantil por intermédio da SGS II revelou como alterações um olhar vago a focar as luzes do teto, com contato ocular ocasional, a cabeça descaída em relação ao tronco e deitada sobre uma das faces quando colocado em decúbito ventral, as mãos fechadas a maior parte do tempo, o sobressalto/susto com facilidade e o não apreciar o momento dos cuidados de higiene. Apesar de se saber que cada criança tem o seu ritmo de desenvolvimento (Castro et al., 2020), estávamos perante um caso que requer um acompanhamento atento e regular de vários profissionais de CDC. Curiosamente, os pais deste bebé eram formados na área da educação (o pai com formação no domínio da educação especial em específico), pelo que se compreendeu a sua notória apreensão assim que entraram no gabinete de enfermagem. De uma forma suave e descomplicada, com a participação dos pais, assinalaram-se os aspetos do desenvolvimento infantil não tão adquiridos na criança, não com uma conotação negativa, mas no sentido de fornecer dicas e estratégias para a estimulação desses mesmos aspetos, minimizando os riscos associados. Pela abordagem realizada, a da perspetiva da saúde em que se abordaram as alterações no sentido de as compensar, notou-se uma certa descontração na postura dos pais. Apesar de se tentar consciencializar e tranquilizar os pais em simultâneo, ficou patente a responsabilidade em nós enfermeiras sobre a situação da criança, pelo que se contactou de imediato a pediatra

para a informar e discutir o caso clínico, incentivando a sua referenciação para a fisioterapia e consequentes terapias.

Com o devido apoio psicossocial (Ferreira et al., 2020), envolver a família desde logo no processo interventivo deverá representar também um foco do cuidado de enfermagem, já que fomenta a sua capacidade para lidar com o *stress* e a ansiedade relativas ao cuidar de uma criança com necessidades de saúde especiais (Vasques & Lamônica, 2018). Em concordância, Viana et al. (2018) afirmam que, a par dos ensinamentos aos pais, os enfermeiros “devem criar espaços de diálogo, escuta e aprendizagem, considerando os conhecimentos apreendidos e as possibilidades de manutenção do cuidado à criança no domicílio” (p. 2).

As inúmeras possibilidades de resultados do teste SGS II enaltecem a importância dos cuidados antecipatórios já referidos ao longo desta narração. A pluralidade de infâncias, em função das influências contextuais que sofre, enaltece a importância deste tipo de cuidados na maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Segundo o PNSIJ (DGS, 2013), os cuidados antecipatórios em saúde infantil valorizam a promoção da saúde da criança através da transmissão dos conhecimentos imprescindíveis à manutenção do seu bem-estar por parte dos pais e cuidadores. Não obstante, tentei interpretar as possíveis alterações ao padrão de crescimento e desenvolvimento infantil ditos “normais”, por forma a poder desempenhar os tão importantes cuidados antecipatórios, também eles sugeridos pelo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) e indicados pelo PNSIJ (DGS, 2013). **Na transmissão destas orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil** tive o cuidado de despertar os pais para os diversos sinais de alarme a ter em atenção no desenvolvimento infantil das suas crianças. Não conseguindo descurar a minha visão holística sobre a criança, aproveitei estes cuidados antecipatórios para relembrar também aspetos importantes sobre a saúde integral da criança.

Os cuidados antecipatórios são assim uma importante ferramenta na prevenção da morbilidade e promoção da saúde, já que permitem alertar para a presença de perigos e prevenir uma série de acidentes (OE, 2010). Com esta noção e preparação prévia, foi-me possível mobilizar conhecimentos sobre a prevenção de riscos sob a forma de resposta pronta antecipatória, promovendo assim o bem-estar da criança através da aquisição de conhecimentos relativos à segurança infantil (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018). E pelos riscos associados neste e noutros casos com que me deparei, procurei

atuar na prevenção de situações e comportamentos de risco que possam comprometer as funções vitais da criança, nomeadamente acidentes e exposição a substâncias nefastas, sabendo que as crianças em geral têm uma suscetibilidade acrescida para a ocorrência de eventos adversos (como quedas, engasgamento, asfixia, entre outros), não só pela sua imaturidade, mas também pelos perigos ambientais que as rodeiam (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2017).

Do mesmo modo, esta forma de atuar estendeu-se a outros contextos de estágio e não somente aos comunitários. No SUP, de acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), a prestação de cuidados especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem traduziu-se em algumas ações de promoção da saúde, com enfoque no crescimento saudável e no desenvolvimento infantil e juvenil, sempre que possível. Neste ambiente, foi possível aferir níveis de literacia entre as famílias muito díspares, já que se alguns pais pareciam estar minimamente informados, outros pareciam ter muito pouca ou nenhuma informação sobre aspetos do cuidar e da saúde, incluindo alguns conhecimentos desatualizados.

Apesar da menor permeabilidade dos pais para absorver conhecimentos, dado o seu estado de nervosismo e dos picos de afluência ao SUP, jamais deixei de intervir ao nível da educação para a saúde e prevenção da doença, nem que por um minuto apenas fosse. Como tal, aproveitei todos os momentos disponíveis, mesmo que curtos, para junto das crianças, jovens e pais atuar de acordo com as necessidades que identifiquei como possíveis de serem trabalhadas. Muita desta intervenção realizou-se através do ensino e, felizmente, tocou em diversos e variados aspetos da saúde infantojuvenil. Uma vez estabelecidas as devidas relações de confiança com as crianças e pais em contexto de SUP, tive a oportunidade de fazer ensinamentos vários, validando sempre após a sua assimilação. Foi exemplo o caso de um latente de 10 meses que recorreu ao SUP por febre sem foco, com o acaso de estar a erupção dentária a ocorrer e que, em conversa, vim a saber que os pais não tinham de todo iniciado hábitos de higiene oral na criança. Neste momento de partilha, eduquei então os pais para a importância da higiene oral desde o nascimento e de se cuidarem dos primeiros dentes desde logo, fazendo-o pelo menos duas vezes por dia, uma delas obrigatoriamente ao deitar, com recurso a escova pequena, de cerdas macias e dentífrico adequado, de acordo com o Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025 (DGS, 2021). Pensando em “urgência” e “emergência” no seu sentido mais literal, seria quase impensável fazer um ensino deste tipo nesse contexto, dada a sua natureza. Assim, e enquanto futura EEESIP, não

me limitei ao impacto da “urgência” quando detetei outra situação menos correta e passível de ser sensível à minha intervenção educativa.

Através de um outro exemplo, aqui descrevo a situação de uma mãe que, ao mudar a fralda à sua filha recém-nascida, realizava a higiene genital no sentido contrário, do mais sujo para o mais limpo, e, com isso, empurrava as fezes para a vagina da bebé. Qual não seria o espanto quando a febre que levava a criança até ao SUP era motivada por uma infeção urinária, podendo esta ser causada por práticas de higiene incorretas. Depressa, sem julgar e sem repreender, fiz o ensino à mãe sobre como limpar corretamente a sua filha, fazendo uso da justificação científica para lhe fazer perceber e corrigir o seu erro. Em tom compreensivo e empático, tentei também que a mãe não se sentisse culpada pela infeção da filha, ajudando-a na gestão das suas emoções e não apenas no seu empoderamento, tratando-a como um todo.

Esta situação, entre outras, como a de uma mãe que recorreu ao SUP porque a sua filha recém-nascida apresentava “pedrinhas alaranjadas” na fralda, os típicos e normais cristais de urato, ou outra que recorreu também ao SUP por não saber identificar o tão habitual eritema tóxico, levaram-me a certificar de que há ainda um longo caminho a percorrer nos CSP, com vista a melhor informar e capacitar os pais para serem ainda melhores cuidadores dos seus filhos. Complementarmente, fiz uso de tão bem conseguido folheto “Quando levar o seu filho à urgência?”, divulgado pela Sociedade de Urgência e Emergência da Sociedade Portuguesa de Pediatria (2020), que orienta os pais sobre as situações que devem motivar a sua deslocação ao SUP.

De entre outras, no SUP, as temáticas mais contempladas nas ações de educação para a saúde que realizei tiveram que ver com o correto uso da câmara expansora e administração de terapêutica inalatória, com a lavagem nasal, com a gestão da febre no domicílio, com a prevenção de acidentes, com a atuação em caso de vómitos e diarreia, com a educação intestinal e hábitos alimentares saudáveis. De forma a facilitar e auxiliar a equipa de saúde neste domínio, elaborei o já mencionado folheto sobre “Vómitos na criança”, com o intuito de fornecer aos pais informação pertinente, clara e objetiva para ajudar-lhes a melhor lidar com a situação, dado ser uma das principais causas de procura pelo SUP.

Nas situações acima descritas, há patente uma **avaliação dos processos de parentalidade**, conforme exige o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), pois a forma como os pais cuidam dos seus filhos revela muito sobre a forma como se preparam e ajustam para o desempenho do seu papel de pai e mãe.

Na prática de cuidados, tive a oportunidade de preparar e conduzir a primeira consulta de enfermagem a quatro RN em contexto de CS, visitas domiciliárias inclusive, em que se abordaram todos os aspetos relativos às características do bebé recém-chegado e se efetuaram inúmeros ensinamentos sobre o cuidado ao RN, de forma a promover o empoderamento e o comportamento interativo entre os pais e o bebé, em conformidade com as competências deste último (Martins, et al. 2018). Ademais, segundo a OE (2015), o processo de transição para a parentalidade reflete-se na qualidade do vínculo entre os pais e os filhos, revelando “ser um determinante central para a saúde, atual e futura, da criança” (p.9). Segundo Potgieter e Adams (2019), a participação dos pais nos cuidados é tanto melhor, quanto melhor forem os laços afetivos que os unem aos seus filhos. A vinculação é, então, uma área de grande interesse e à qual o EEESIP deve atender, uma vez que o crescimento e o desenvolvimento da criança dependem em larga escala do envolvimento dos pais no seu cuidado (Caetano et al., 2018). Neste sentido, apelar à participação dos pais nos cuidados ao seu próprio RN foi uma das premissas da minha intervenção, já que Potgieter e Adams (2019) defendem que se deve promover o contacto entre mãe-pai-filho, no sentido de fortalecer a tríade e estimular a sua cumplicidade.

Apesar de a primeira consulta ao RN ser um tipo de consulta que me fez muito realizada pessoal e profissionalmente, por se tratar de uma das minhas principais áreas de interesse, considero que a densidade da informação transmitida, num momento tão sensível e com tantas emoções à flor da pele, é demasiada. Apesar de validar a assimilação dos ensinamentos realizados, acredito que se percam algumas informações importantes, pois os pais a experimentar a novidade da parentalidade apresentam-se cansados e num processo de autogestão complexo.

Na vertente da continuidade dos cuidados, pude acompanhar o crescimento e desenvolvimento destes quatro RN ao longo do seu primeiro mês de vida nas sucessivas consultas de enfermagem realizadas, **avaliando** ainda os pais no seu **processo de desenvolvimento e adaptação à parentalidade** e consequente vinculação (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018). De acrescentar, a situação da mãe jovem de 17 anos anteriormente referida, que desde cedo demonstrou descontentamento e pouca motivação para amamentar, solicitando ao 15º dia de vida do bebé para inibir a produção de leite. Apesar de respeitar os seus sentimentos e a sua vontade, envolvi-me na competência do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) que visa a **promoção da**

amamentação e procurei negociar com a jovem alternativas à inibição, como a extração manual ou mecânica e conseguinte aleitamento materno, reforçando as vantagens do leite materno para o bebé, para a mãe e para a família. Uma semana após, infelizmente, a jovem fez-nos saber que já não amamentava e, como tal, foram realizados ensinamentos sobre a correta preparação do leite adaptado, alimentação com biberão e esterilização de biberões.

De forma a responder aos meus objetivos pessoais, sob a alçada da temática final deste projeto de mestrado, foi no contexto de CS que propus uma atividade colaborativa à enfermeira tutora e à EE em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (ESMO), no sentido de realizar formação aos pais sobre cuidados ao RN no âmbito do curso de preparação psicoprofilática para o parto, aproveitando assim esta oportunidade e este grupo já formado para colocar em prática uma forma variante daquela que será a minha proposta de intervenção mais à frente apresentada neste relatório. Foi-me então disponibilizada uma destas sessões, com a duração de uma hora, sendo que a única condição que me foi imposta foi a de basear a minha exposição numa apresentação já pré-concebida sobre a temática, que me foi gentilmente cedida pela enfermeira formadora. Em termos de avaliação da referida sessão, pude aferir junto do grupo de intervenção a pertinência da sessão para a sua preparação enquanto futuros pais, a clareza da comunicação nos assuntos abordados e a adequação do tempo dedicado a cada uma das temáticas desenvolvidas, considerando assim uma intervenção muito positiva junto dos mesmos.

Extensível também ao contexto de UCINP, onde os processos de adaptação à parentalidade sofrem algumas inconstâncias, torna-se fundamental haver uma avaliação cuidadosa do desenvolvimento dos processos parentais. De uma forma geral, segundo Tamez (2017), a neonatologia é o ramo da pediatria dedicada à prestação de cuidados a RN doentes, quer na vertente do diagnóstico, quer na vertente do tratamento, desde os zero aos 28 dias de vida, independentemente da idade gestacional com que nasçam, desde que viáveis do ponto de vista da adaptação à vida extrauterina.

A prestação de cuidados de saúde, médicos e de enfermagem, neste tipo de unidades tem por base a proteção e a promoção individualizada do desenvolvimento de cada criança, incluindo a sua família em todo o processo de cuidar. Deste modo, as unidades de neonatologia produzem uma prática fundamentada cientificamente e empiricamente, sustentada nos valores do Newborn Individualized Care and Assessment Program (NIDCAP), um programa que coloca a criança e a sua família no centro dos cuidados. O NIDCAP prevê que se identifiquem e interpretem os sinais fisiológicos e comportamentais que o RN manifesta,

atuando em conformidade e reconhecendo nos pais o papel de principais cuidadores dos seus filhos, também eles fragilizados de alguma forma (NIDCAP Federation International, 2023).

Assim, os cuidados prestados na UCINP combinam o melhor do NIDCAP com o melhor do Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, tomando os pais como verdadeiros parceiros de cuidados. Excetuando os cuidados considerados *life saving*, todos os outros são motivo de integração dos pais no sentido da sua autonomia e independência enquanto principais prestadores de cuidados dos seus filhos dentro e fora da unidade.

A base desta integração assenta numa relação de estreita confiança, terapêutica deveras, que se estabelece entre os enfermeiros e os pais assim que a criança é admitida na UCINP. É visivelmente notória a forma humana e holística com que se “abraçam” os pais, claramente fragilizados, num ambiente de cuidados intensivos/intermédios neonatais, que lhes rouba o ideal de “filho perfeito” outrora sonhado. As questões do **luto** de um filho sonhado, combinadas com a **utilização de estratégias promotoras da esperança realista** sobre o futuro incerto que se avizinha, constituem veículo da intervenção dos enfermeiros na UCINP, na medida em que a verdade e a honestidade são princípios do cuidado em neonatologia.

A nuvem cinzenta que paira sobre os pais limita o seu campo de visão em direção à doença, impedindo-os de ver as potencialidades presentes nos seus filhos. É então neste sentido que os enfermeiros da UCINP reconduzem os pais ao seu papel efetivo de pais, reconhecendo o complexo processo de transição para a parentalidade patente. Como tal, os enfermeiros **aproveitam todas as oportunidades** possíveis para estabelecer com estes pais planos de ação terapêuticos para os mesmos e para os seus filhos, **negociando com eles o seu envolvimento** naqueles que são os cuidados a serem desempenhados pelos próprios pais ou pelos enfermeiros, em simbiose. O respeito pela vontade, pelas crenças e pelos tempos de cada pai esteve sempre implícito nas relações dinâmicas enfermeiro-pais estabelecidas, apesar de o encorajamento estar também ele sempre presente. Mais uma vez, neste campo, destaco a **adaptação da minha comunicação** à criança, jovens e família, em concordância com os seus estadios de desenvolvimento, com as suas capacidades cognitivas e com as suas crenças culturais, conforme já explanado anteriormente no primeiro domínio de competências do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018).

Não obstante, esta relação terapêutica baseada na parceria de cuidados permitiu contribuir para o desenvolvimento de laços e vínculos afetivos entre as tríades mãe-pai-filho, já que privilegiei em todos os momentos a promoção da vinculação através do contacto físico

direto dos pais com os próprios filhos, quer pelo tão importante toque de contenção ou método canguru, quer por uma simples mudança de fralda, **demonstrando assim conhecimentos sobre as competências do RN no sentido de promover o comportamento interativo e o contacto físico entre os pais e os seus filhos.**

Conforme visto, a vinculação constitui também uma área de grande interesse e à qual o EEESIP deve atender, sobretudo no que diz respeito à relação intrafamiliar, como medida preventiva de situações de maus-tratos, abuso e negligência (Luz et al., 2022). Potenciar o desenvolvimento das competências parentais é apoiar-se na vinculação, uma vez que empoderar e apelar à participação dos pais nos processos de estimulação do desenvolvimento dos seus filhos permite também fortalecer a relação que a família constrói (OE, 2011a). Durante a minha prática, contribui desta forma para a **promoção da vinculação de forma sistemática nos casos de RN doentes**, fortificando os vínculos entre os diferentes membros das famílias.

Fomentar a participação dos pais nos cuidados ao RN, tendo em vista o período pós-alta, implica perceber aquilo que os pais sabem e compreender a qualidade do seu conhecimento. Por esta razão, durante o estágio na UCINP, procurei avaliar os conhecimentos e as capacidades dos pais no que respeita ao cuidar do RN, baseando depois a minha intervenção nas necessidades identificadas e nas particularidades fisiológicas e comportamentais apresentadas por cada criança. No decurso desta estratégia, prestei atenção aos processos de adaptação à parentalidade dos pais face às necessidades especiais dos seus filhos, tentando com eles reajustar os seus mecanismos de *coping* de acordo com as competências desenvolvidas e a desenvolver com as suas crianças.

Traduzindo tudo isto para uma linguagem mais pragmática, remetemo-nos novamente a noções de empoderamento, realizado de forma exímia na UCINP, uma vez que a transmissão de conhecimentos e o treino de capacidades fazem parte da prática diária do enfermeiro, enquanto intervenção autónoma fundamentada na evidência científica. Para sistematizar este empoderamento, os enfermeiros apoiam-se numa *checklist* elaborada internamente, com várias temáticas a abordar e aspetos a treinar durante o internamento, seguidas de um parecer sobre a aquisição parcial ou total desses mesmos conhecimentos e capacidades por parte dos pais, anotando a necessidade de os reforçar e/ou aprimorar na continuidade dos cuidados se pertinente. De grosso modo, os ensinamentos realizados por intermédio desta *checklist* são feitos de forma informal durante a prática de cuidados, e contemplam temáticas como a amamentação, os cuidados de higiene, a prevenção da síndrome de morte súbita, a desobstrução das vias aéreas, os direitos parentais, entre outros.

Na sua globalidade, a educação para a saúde na UCINP toca em pontos essenciais dos cuidados básicos ao RN, reconhecendo também os potenciais riscos inerentes a bebés com uma saúde tão frágil, pelo que se incute nos pais as noções de cuidados antecipatórios sobre eventuais situações de risco e sinais de alarme que poderão representar uma ameaça à vida dos seus filhos.

Note-se que estes ensinamentos são realizados quer a criança tenha um internamento com meses de duração, quer tenha um internamento de dois dias apenas. Todos os pais têm a sorte equitativa de serem completados pela educação em saúde que tão bem se pratica na unidade, dada a abrangência e a pertinência dos temas que compõem a *checklist* de ensinamentos da UCINP. Ressalvo ainda que a forma como estes ensinamentos se desenrolaram na minha prática respeitaram as capacidades cognitivas e intelectuais de cada pai, sendo a comunicação adaptada e altamente personalizada, em concordância com as suas especificidades.

Ainda que se integrem os pais nos cuidados desde cedo, incentivando-os a serem pais presentes e proativos no cuidar do seu filho, nem sempre os seus sentimentos e emoções os deixam compenetrar na sua nova realidade. Só com o passar do tempo e com o conformismo, e apesar da adversidade, os pais revelam-se sedentos de informação para serem os melhores prestadores de cuidados dos seus filhos, na medida em que a resiliência os protege e prepara para um novo mundo, no exterior do hospital, que também exige cuidados. Da minha perceção, foi observável que a grande maioria dos “pais em construção” na UCINP tinha poucos conhecimentos e/ou nenhuma capacidade desenvolvida para cuidar de um RN, prematuro ou de termo, com ou sem limitações de saúde, esperando pelo primeiro dia de puerpério para, por exemplo, aprender a dar um simples, mas tão importante banho ao RN. E por dizer banho, digo também outros aspetos básicos relacionados com o cuidar de um bebé acabado de nascer, como as questões da amamentação/alimentação, mudança de fralda, cuidados ao coto umbilical, entre outros... Esta que julgo ser uma lacuna em matéria de educação para a saúde, e tendo por base o meritório exemplo que revii na UCINP, despertou-me um sentimento de “missão a cumprir”, ao invés da revolta que poderia ter sido, deixando-me desejosa de poder abraçar um projeto desta natureza na minha prática diária de cuidados.

Assim, considero que o notável trabalho desenvolvido pelos enfermeiros da UCINP deveria ser, *a priori*, assegurado por intermédio da educação para a saúde aos futuros pais, possivelmente em contexto de CSP, enquanto cuidados promotores e protetores da saúde da criança, dos pais, e da família no geral. Tornar-se pai e mãe deve ser, a meu entender, um processo contínuo, pelo que a filosofia do NIDCAP e as premissas do Modelo de Parceria

de Cuidados de Anne Casey deveriam estender-se aos cuidados de enfermagem na comunidade, abrangendo os pais e os seus bebés ainda desde a concepção.

Reforço, assim, a pertinência da temática inerente a este relatório e levo comigo a importante reflexão sobre a necessidade de os futuros pais serem preparados e empoderados previamente para assumirem o seu papel parental e as respetivas responsabilidades, numa perspetiva de intervenção diferenciada e especializada do EEESIP, à luz do respetivo Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018).

Ainda, em complementaridade, pude realizar na UCINP a gestão **de processos de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce**, uma vez que os RN que por ali passam, prematuros na sua grande maioria, são referenciados para o CDC, onde poderão beneficiar de cuidados especializados e dirigidos às suas necessidades específicas de desenvolvimento a curto, médio e longo prazo.

Como seria de esperar, o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018) debruça igualmente especial atenção sobre o jovem, as suas particularidades e a sua saúde. A adolescência constitui uma das fases mais desafiantes do ciclo vital, quer em termos de desenvolvimento psicomotor, como em termos de desenvolvimento socio-afetivo (Morais & Carniel, 2020). Há inúmeras e complexas mudanças a acontecer na vida do jovem, que traça os seus objetivos em torno da tão esperada e independente vida adulta que se aproxima. Conforme Moraes e Carniel (2020), a adolescência é entendida como uma das etapas transacionais mais impactantes do desenvolvimento humano, marcada por transformações biopsicossociais interligadas entre si. As questões físicas, psicológicas e sociais influenciam diretamente a forma como o adolescente se insere na sua esfera coletiva e a posição que assume perante si e os outros (Morais & Carniel, 2020).

No âmbito dos cuidados de saúde, ao invés das crianças pequenas, a população jovem, que nem sempre revela de forma manifesta o seu medo, assume uma posição mais ativa na gestão da sua saúde, mesmo que inserida em contextos adversos e sob a tutela dos seus pais ou cuidadores. Segundo Diogo et al. (2016), os jovens apreciam ser considerados pessoas unitárias, com vontades próprias e algum tipo de poder de decisão sobre si e sobre a sua saúde, pelo que com eles me permiti **negociar os seus contratos de saúde** numa perspetiva de estilos de vida saudáveis e prevenção de comportamentos de risco, fomentando

a tomada de decisão responsável e a autodeterminação nas escolhas relativas ao seu bem-estar.

No contexto de CS tentei desempenhar este tipo de cuidados no sentido da oportunidade, uma vez que a consulta de enfermagem especializada no CS do Caniçal não abrange a população adolescente no geral. Como tal, encontrei nas consultas aos pré-adolescentes com dez anos a referida oportunidade para abordar aspetos relativos à sua autoestima e autodeterminação nas escolhas sobre a sua saúde (Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Regulamento n.º 422/2018), enquanto futuros jovens adolescentes, antecipando assim **os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis**.

Quando possível, e à luz do PNSIJ (DGS, 2013), desenvolvi junto dos jovens intervenções preventivas relacionadas com a afirmação da identidade, as relações interpessoais, o bem-estar mental e psicológico, o aproveitamento escolar, as perspetivas de futuro, as relações com o grupo de pares, as influências, o *bullying*, os comportamentos desviantes e os de risco. Segundo Nabais e Nunes (2020), é crescente o número de jovens adolescentes que sofrem de algum tipo de perturbação mental, motivada pelo contexto em que se inserem, pela influência de pares, ou por escolhas menos acertadas.

De acordo com Ferrer et al. (2021), os comportamentos de autoagressão na adolescência são mais prevalentes no sexo feminino e distribuem-se por um espectro inespecífico, que vai desde as ameaças de autoagressão, à autoagressão sem intenção suicida, e à autoagressão com ideação suicida. Ainda assim, qualquer que seja o objetivo final, a autoagressão e as questões da gestão emocional urgem como uma problemática a ser trabalhada pelos profissionais de saúde junto dos jovens (Ferrer, et al. 2021).

Efetivamente, durante o meu percurso ao longo dos diferentes ensinios clínicos, cruzei-me com alguns adolescentes com perturbações mentais e alterações do comportamento, seguidos no CDC, uma vez que a consulta de enfermagem neste contexto acompanha crianças em idade escolar e adolescentes que cumprem com terapêutica para colmatar os seus défices, maioritariamente cognitivos. As crianças e jovens com défice de atenção são muitas vezes alvo de discriminação pelos grupos de pares que os rodeiam, já que beneficiam de uma intervenção diferente, ajustada às suas particularidades (Silva & Monteiro, 2020).

Adicionalmente, ocorrido no SUP e sob a alçada da pedopsiquiatria, acrescento o caso clínico de uma adolescente de 16 anos, com antecedentes pessoais de transtorno depressivo, que tentou pôr termo à vida através de intoxicação medicamentosa, tendo como

motivo a rutura de um relacionamento afetivo com outro jovem. A mãe desta jovem, em plena angústia, era também portadora de uma doença mental, pelo que os cuidados de enfermagem se dividiram entre as duas.

No contacto com os adolescentes em geral durante as práticas clínicas, incentivei-os a partilhar connosco enfermeiras as suas **emoções, facilitando a comunicação expressa das mesmas** e reforçando as suas potencialidades e os benefícios de serem proativos no seu processo de saúde e adoção de estilos de vida saudáveis. Tentei também apelar à sua autovalorização, **reforçando a sua imagem corporal e autoestima**, reforçando a assertividade e a participação ativa e responsável na gestão da sua saúde biopsicossocial.

De uma forma transversal a todos os ensinamentos clínicos, e conforme foi já evidenciado nas competências que introduzem esta análise ao Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018), acredito ter contemplado na minha prática uma **comunicação e relação com a criança e família de forma apropriada aos seus estádios de desenvolvimento, com respeito pelas suas crenças e valores culturais, demonstrando conhecimentos aprofundados e habilidades sobre técnicas de adaptação da comunicação e da relação com a criança, jovem e família.**

2.3. Desenvolvimento de competências do grau de Mestre

Conforme visto, alcançar a mestria, em qualquer que seja a área técnico-científica, requer da pessoa em formação um processo de aprendizagem contínuo, persistente e evolutivo, no sentido da perícia e da excelência no desempenho das suas funções. Legalmente, ao abrigo do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 65/2018, a obtenção do grau de mestre deve obedecer a um conjunto de premissas que devem caracterizar o profissional que o adquire.

Através de todo o percurso anteriormente narrado, que passo a sintetizar em seguida, acredito ter-me aproximado de uma forma muito proficiente das competências exigidas pelo grau de mestre, reconhecendo uma evolução positiva no sentido da maturação profissional, com a aquisição, desenvolvimento e aprimoramento de competências profissionais. Consta ainda o compromisso de que a melhoria contínua e o desenvolvimento profissional farão parte integrante dos meus objetivos pessoais para a minha carreira académica, que certamente não terminará aqui.

Por forma a aproximar-me das competências exigidas pela legislação vigente, procurei então ao longo dos diferentes ensinamentos clínicos desenvolver conhecimentos e

capacidades previamente adquiridas nos diversos domínios do cuidado à criança ao longo de todo o meu percurso formativo (licenciatura e formações já enumeradas) e profissional (experiência e prática clínica), aprofundando-os agora com recurso a revisões de literatura, a observações e anotações clínicas, a reflexão crítica, e à prestação de cuidados de enfermagem em contexto de estágio. Assim, também em concordância com o CDE (Lei n.º 156/2015), posso afirmar que realizei uma atualização dos meus conhecimentos e aperfeiçoamento de capacidades, no sentido de responder ao direito do cliente à melhor e mais recente informação de saúde.

Consequentemente, pondo em prática as novas competências adquiridas e na apreciação das diferentes situações clínicas, na identificação de necessidades, na intervenção, na avaliação dos resultados dos planos de cuidados e na discussão de casos clínicos realizadas com as enfermeiras tutoras, equipas multidisciplinares, professoras orientadoras e colegas de mestrado, foi-me possível compreender e colaborar nos processos de tomada de decisão relativamente a novas e diferentes situações clínicas, com as quais não era habitual cruzar-me e que no agora são resultado da minha evolução. Adicionalmente, dada a complexidade de algumas situações de saúde/doença, vi-me envolta em trabalhar com questões sensíveis do ponto de vista da saúde e do desenvolvimento da criança, jovem e famílias, procurando assim integrar e interligar os meus conhecimentos baseados na evidência científica com os achados clínicos encontrados a cada momento da prestação de cuidados de enfermagem.

Neste seguimento, no sentido de apresentar soluções e potenciar o melhor desenvolvimento possível da criança, debrucei-me sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), que defendem “a implementação de intervenções que contribuam para o conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais (...), facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (p. 8), procurando assim empoderar os pais com conhecimentos e com a transmissão de estratégias para que os mesmos sejam agentes ativos na gestão eficaz e informada da saúde dos seus filhos. No decurso deste desenvolvimento em torno das competências de mestre, e numa perspetiva que outrora não dominaria a minha forma de estar na enfermagem, enfatizo a importância do empoderamento na saúde e da parceria de cuidados inerente.

Sendo a comunicação e a interação a base da relação terapêutica e interprofissional na disciplina de enfermagem (CDE - Lei n.º 156/2015), tentei aperfeiçoar a minha intencionalidade comunicacional, primando pela clareza e objetividade na exposição do meu

raciocínio e conclusões, tanto à equipa multidisciplinar como aos pais e às crianças beneficiárias dos cuidados de enfermagem por mim assegurados. Como forma de aprimoramento das minhas competências comunicacionais, importa também aqui novamente referir que adaptei a minha linguagem às capacidades cognitivas das crianças e famílias de quem cuidei, numa postura empática e de compreensão, objetivando a motivação dos próprios para serem agentes ativos da sua saúde.

Não obstante, no âmbito do processo formativo que é o mestrado em ESIP, procurei também trocar ideias, discutir situações clínicas e partilhar conhecimentos e os documentos produzidos com as diferentes equipas de enfermagem que integrei, contribuindo em parte para o seu processo de melhoria contínua e da qualidade, e com as minhas colegas de caminhada, que em simultâneo almejam alcançar estas mesmas competências.

Do mesmo modo, creio deixar importantes contributos para a elevação da excelência da profissão, tal como seria de esperar à luz das competências de mestre. De entre as várias atividades desenvolvidas que me permitiram dignificar a enfermagem, enumero, a título de exemplo, a publicação do artigo *“Biopsychosocial pediatric nursing interventions in the adolescent diagnosed with type 1 diabetes mellitus: a literature review”* já mencionado e publicado na revista Child Studies, e o artigo redigido fruto da RIL integrada no presente relatório com o título *“Intervenções do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Estratégias educativas no empoderamento parental para cuidar do recém-nascido”*, já traduzido e submetido para publicação na mesma revista. Estas publicações espelham igualmente todo este percurso de crescimento e evolução pessoal e profissional, resultado do trabalho árduo em busca da mestria.

3. EMPODERAMENTO PARENTAL PARA CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Nas diversas situações clínicas descritas neste relatório, está sempre implícita a avaliação dos processos de parentalidade, conforme exige o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018). Referindo-me agora à fase mais inicial do desenvolvimento da parentalidade, importa aqui abordar o seu processo de construção, por forma a fazer compreender a pertinência da temática a que se refere a RIL que se segue.

Por detrás da chegada de um RN, há também um casal de pais que nasce. Partindo do pressuposto que tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios experienciados pelas famílias (Wiklund et al., 2018; Donelle et al., 2021), enaltece-se a intervenção do EEESIP no acompanhamento dos futuros pais.

Apesar de gratificante, a transição para a parentalidade acarreta uma certa sensibilidade e suscetibilidade por todo o “mundo novo” e desconhecido que envolve. A OE (2015) vem também reforçar a complexidade por detrás do processo de tornar-se pai e mãe, enfatizando toda a mudança que ele encerra – desde assumir novas responsabilidades, passando pela alteração de papéis até à reestruturação dos projetos de vida. A mesma fonte descreve que a adaptação à parentalidade traduz “um processo de transição que tem riscos associados, porque a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição” (p.11).

A complexidade intrínseca à parentalidade assume assim um foco importante naquela que é a intervenção do EEESIP junto dos futuros pais. Através da CIPE, o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN, 2019) define parentalidade como “tomar conta: assumir as responsabilidades de ser mãe/pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças” (p.94). Contudo, para alcançar um estado ótimo no que diz respeito a desempenhar o papel de pai ou mãe com responsabilidade e segurança, os indivíduos devem passar por um complexo processo de adaptação. À luz do ICN (2019), a adaptação à parentalidade toma forma nos “comportamentos que incidem no ajustamento à gravidez e em empreender ações para se preparar para ser pai ou mãe; interiorizando as

expectativas das famílias; amigos e sociedade quanto aos comportamentos parentais adequados ou inadequados” (p. 2).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Regulamento n.º 351/2015), a implementação de intervenções de enfermagem neste âmbito deve obedecer à avaliação e promoção do desenvolvimento da parentalidade, para as quais a OE (2015a) define como estratégias o apoio, o ensino, a instrução e o treino, por forma a que os pais se venham a capacitar para assegurar os cuidados ao filho, reforçando que “a aprendizagem parental não é isenta de erros, omissões, dificuldades” (p.20).

Estas noções conduzem-nos, mais uma vez, ao conceito de empoderamento, descrito por Ramos e Figueiredo (2020) e Ferreira et al. (2016) como a tomada de decisão, de forma consciente e ponderada, com benefícios reconhecidos para todos ao melhorar habilidades, em função dos recursos dos indivíduos, grupos, organizações e comunidades, possibilitando a satisfação das suas próprias necessidades e as dos outros. Por outras palavras, empoderar em saúde é dar substrato – conhecimento, capacidades e confiança, para que as pessoas façam as melhores escolhas, atingindo um melhor estado funcional, uma melhor adesão a comportamentos de autogestão e, conseqüentemente, reduzir os custos associados aos cuidados de saúde a longo prazo (Ramos & Figueiredo, 2020), já que se evitam deslocações desnecessárias por motivos preveníveis aos serviços de saúde e de urgência.

Contudo, empoderar é um processo intrínseco, dependendo apenas da própria pessoa e da sua vontade de se empoderar. Ramos e Figueiredo (2020) acrescentam que “a pessoa é o seu próprio recurso, cabendo ao profissional ser o facilitador desse processo” (p. 15), já que este último deve também ser detentor/conhecedor das transformações que ambiciona incutir no cliente. Desta feita, “o conceito de empoderamento tem tanto de rico como de complexo, mas constitui-se indubitavelmente como um recurso valioso para os EEESIP, nos diferentes contextos de atuação” (Ramos & Figueiredo, 2020, p. 22).

Esta área de atuação específica ao RN e a sua complexidade leva ao cruzamento de dois ramos de competências distintos da enfermagem, mas complementares – a ESIP e a ESMO. Ambas as áreas contemplam nos seus regulamentos de competências focos de atenção respeitantes aos cuidados na parentalidade e ao RN. Fruto da minha experiência durante o ensino clínico ocorrido nos CSP, importa exaltar o importante trabalho que a ESMO desempenha nos cursos de preparação psicoprofilática para o parto, onde também se abordam de leve forma alguns aspetos relativos à parentalidade e aos cuidados ao RN, ainda

que o seu principal enfoque incida sobre o trabalho de parto e as diferentes fases intrínsecas ao mesmo. Numa perspetiva complementar e de continuidade, ainda nos CSP, o EEESIP trabalha a parentalidade e o cuidado ao RN nas primeiras consultas dirigidas ao bebé, de forma ajustada às necessidades emergentes, reais ou potenciais, que a nova família experimenta. Neste momento em que o EEESIP e a nova família se estão ainda a conhecer, os ensinamentos não são, de todo, descurados, mas o tempo em que se aplicam compromete a eficácia da assimilação de conhecimentos por parte dos pais, dado que não só não conhecem previamente o EEESIP, como passam por um puerpério imediato que se reveste de um sem número de adaptações e reorganização pessoal e familiar. O nascimento de um filho é, para além de um evento gratificante, um evento também ele *stressor* do ponto de vista psicossocial, por todas as transformações que implica.

Em perspetiva, tornar-se pai e mãe encerra assim um conjunto vasto de adaptações, que devem iniciar-se no período pré-natal, já que a parentalidade se trata de um processo de transição moroso e complexo. Ao longo da gravidez, é legítimo que os pais procurem saber mais e melhor sobre o seu novo papel e as suas novas responsabilidades. No campo da parentalidade, e na era digital e autodidata que impera, são várias e imensas as fontes de informação acessíveis a todos, uma vez que qualquer pessoa pode partilhar aquele que considera ser o seu conhecimento. No entanto, em matéria de saúde, sabemos que nem todas as fontes de informação são as mais fidedignas, nem tão pouco sustentadas na evidência científica. Ao longo da minha prática, detetei um número alarmante de recentes pais com conhecimentos menos adequados, com falta de conhecimentos ou até mesmo “perdidos” no seu processo de construir conhecimento sobre os cuidados ao seu RN.

Como tal, a falta de informação e as lacunas percecionadas ao longo da minha prática profissional e do meu percurso académico vieram motivar a necessidade de trabalhar a temática que me proponho desenvolver. Por esta razão, considero importante orientar a aquisição de conhecimentos e o “saber saber”, segundo a evidência científica, de forma a capacitar os pais para o melhor cuidado ao seu filho nos primeiros dias de vida. Procurando capacitá-los através do conhecimento, num tempo de maior e melhor disponibilidade, creio estar a dar-lhes as ferramentas necessárias para tomarem decisões em saúde acertadas para o seu filho, cuidando dele com qualidade e segurança, empoderando-os. Como tal, e porque a parentalidade acarreta um conjunto de novas responsabilidades, pretende-se através de uma RIL perceber de que forma podem os EEESIP intervir junto dos futuros pais, por forma a empoderá-los para o melhor cuidado ao seu RN. Apresentada também em forma de artigo na língua inglesa no Apêndice H, a revisão que se segue foi submetida a publicação em

revista científica, conforme anteriormente referido. O levantamento de resultados que deu origem à referida revisão, com os respetivos artigos, pode ser encontrado no Apêndice I - Artigos incluídos na revisão integrativa de literatura.

3.1. Revisão integrativa de literatura

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS NO EMPODERAMENTO PARENTAL PARA CUIDAR DO RECÉM-NASCIDO

INTRODUÇÃO

Nos dias que correm, o cuidado ao RN tem vindo a assumir particular foco de atenção por parte das entidades que regulamentam a saúde no mundo, na medida em que a morbilidade e a mortalidade infantil representam importantes indicadores do desenvolvimento global e da qualidade dos cuidados de saúde à escala mundial. Por intermédio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estipulados para o ano de 2030, a ONU pretende que se reduzam substancialmente o número de mortes evitáveis de RN (Rodrigues et al., 2023), refletindo assim a importância de um cuidado humanizado, integrado e preventivo.

Pela suscetibilidade que lhe é característica, o RN requer que lhe seja atribuída uma atenção cuidada e meticulosa quando ao seu cuidado se refere, dados os riscos biopsicossociais a que está exposto (Santos et al., 2021). Por forma a compreender a fragilidade descrita, importa clarificar que a OMS (2020) define o RN como toda a criança nascida até aos seus 28 dias de vida.

De acordo com Santos et al. (2021), 70% das mortes neonatais ocorrem por causas preveníveis, muitas delas relacionadas com a prática de cuidados inadequados ao RN. Jardim et al. (2019) corroboram esta afirmação, afirmando que cuidados de saúde adequados e atempados podem prevenir complicações na mãe e no RN. Por esta razão, os autores enaltecem a importância dos cuidados de saúde afetos ao nascimento, enquanto determinantes na sobrevivência, no bem-estar e no desenvolvimento dos neonatos.

A par do importante papel dos profissionais de saúde no desempenho dos cuidados pré e pós-natais, e tendo em conta o leque complexo e vasto de cuidados que o RN *per se* exige, Santos et al. (2021) colocam na família alguma da responsabilidade sobre a eficácia do crescimento e desenvolvimento saudável do RN. Socialmente, ainda que o nascimento

de um filho represente um marco familiar desejável e algo expectável, é consensual que se trata também de uma das transições mais complexas a acontecer no seio de uma família (Caetano et al., 2018; Silva et al., 2021). Receber uma nova criança no sistema familiar obriga a que os diferentes membros da família passem por um conjunto de respostas adaptativas para integrar e promover o crescimento saudável e desenvolvimento harmonioso do RN, não descurando a componente emocional, relacional e vinculativa que os deverá conectar. Contudo, de acordo com os autores, pela exigência da transformação em questão, o processo de adaptação nem sempre caminha no sentido da apropriação, podendo constituir uma verdadeira ameaça ao bem-estar pleno da nova criança, já que a sua chegada ao contexto familiar poderá levar a um evento de crise, comprometendo a real disponibilidade da família para identificar e atender às necessidades do RN.

Independentemente do sucesso do processo transacional, também o saber culturalmente transmitido exerce uma grande influência na forma como são desempenhados os cuidados ao RN (Santos et al., 2021). Sobre este saber empiricamente adquirido, os autores referem que são comumente verificadas práticas de cuidados contrapostas às recomendações científicas que a prática baseada na evidência propõe, tendo um impacto negativo na saúde do RN.

De forma a contribuir para a redução do número de hospitalizações e mortes neonatais por causas preveníveis, Jardim et al. (2019) e Santos et al. (2021) reiteram que, através do empoderamento do núcleo familiar, o enfermeiro deve desenvolver linhas orientadoras na promoção da autonomia das famílias para tomar conta do RN. Para este efeito, os diferentes autores apontam para uma primeira identificação e análise das reais necessidades formativas das famílias, a partir das quais os enfermeiros devem organizar estratégias educativas a serem implementadas preferencialmente num contexto de cuidados de saúde primários.

Nesta filosofia do cuidar, Santos et al. (2021) e Stelwagen et al. (2021) introduzem a noção de empoderamento parental, na medida em que este conceito remonta para a responsabilização da própria pessoa sobre as ações que possam afetar diretamente a sua saúde individual e coletiva. Com isto, pretende-se que os pais e família sejam sujeitos ativos na construção de conhecimento e habilidades para posteriormente decidirem acertadamente sobre a melhor e mais segura forma de cuidar do novo membro da família, contando com a relação terapêutica e orientação personalizada do enfermeiro para o efeito (Luz et al., 2020; Baghini et al., 2023). Para Jardim et al. (2019), o empoderamento traduz o resultado efetivo da transmissão de conhecimentos teórico-práticos, refletidos na confiança e segurança que

apoiam as decisões tomadas pelos pais no cuidado ao RN. Luz et al. (2020) complementam que as famílias capacitadas são mais bem-sucedidas na gestão do seu papel parental.

Empoderar é, a par da motivação pessoal da própria pessoa para ser empoderada, construir o seu saber e aprimorar a sua prática naquilo que à saúde diz respeito. Empoderar é um processo intrínseco e apoiado nas premissas da educação para a saúde (Silva et al., 2022), enquanto estratégia facilitadora da aquisição de conhecimentos e treino de capacidades, transformando-os em competências fundamentadas e consolidadas. Efetivamente, estes conceitos tomam forma no trabalho do enfermeiro (Amorim & Backes, 2020), dado o seu importante papel na promoção da autonomia e independência para a autoeficácia na gestão dos processos de saúde da criança e respetiva família.

Com efeito, assume-se que deverá constituir foco de atenção do EEESIP a formação completa dos pais para assegurarem cuidados adequados aos seus filhos nos seus primeiros 28 dias de vida, pelo que através desta RIL se objetiva identificar a produção científica existente sobre as diferentes estratégias educativas no empoderamento parental para cuidar do RN.

METODOLOGIA

Para determinar o conhecimento existente sobre a temática em estudo realizou-se uma RIL que, ao reunir as evidências teórico-práticas publicadas sobre um determinado fenómeno, permite compreender a produção de evidência científica existente sobre o mesmo (Sousa et al., 2018; Mendes et al., 2019). Esta compreensão é feita através de uma pesquisa ampla da literatura, seguida de uma análise detalhada e crítica para tecer conclusões sobre a consistência e a fundamentação que suportam o tópico que se encontra sob investigação.

O rigor implícito numa RIL fez-se cumprir e foi distribuído por etapas sequenciais distintas, preconizadas por Mendes et al. (2019) e Oermann e Knafl (2021), que passam pela seleção da temática de interesse e formulação da respetiva questão de investigação, determinação dos critérios de inclusão e exclusão a empregar sobre os resultados da pesquisa, pesquisa e seleção da produção científica através da aplicação dos diferentes critérios, extração de dados e categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados, e apresentação dos mesmos por intermédio da síntese do conhecimento reunido.

Após identificado o tema de estudo, seguiu-se a formulação da questão norteadora de investigação, segundo a estratégia PICO, cujo acrónimo significa a definição dos conceitos População, Intervenção, Comparação e *Outcome* (resultado), respetivamente

(Sousa et al., 2018; Mendes et al., 2019). Nesta temática em particular, foi definida como P (pais de RN), como I (estratégias educativas), e como O (empoderamento parental para cuidar do RN), sem aplicabilidade do conceito C neste domínio. Resultante da combinação dos termos que integram a estratégia PICO, surge a questão de investigação “Quais as estratégias educativas utilizadas no empoderamento parental para cuidar do RN?”

Em complementaridade, definiram-se os critérios de inclusão e exclusão a aplicar sobre a pesquisa bibliográfica. Nesta RIL estão incluídos todos os artigos integrais disponíveis, publicados nos últimos cinco anos (datados de 2018 a 2023), nos idiomas português, inglês ou espanhol, e que incluam estratégias educativas dirigidas aos pais e/ou cuidadores sobre o cuidado ao RN. Atendendo aos critérios de exclusão estabelecidos, foram rejeitados da RIL os artigos de estudos secundários, todos os artigos publicados anteriormente à data de 2018, em outros idiomas que não respeitem o português, inglês ou espanhol, que sejam do tipo comunicação, poster, tese ou livro, que não contemplem o RN, que se refiram a situações de doença específica e/ou prematuridade, que incluam estratégias educativas com enfoque noutras temáticas, e que não respondam à questão de investigação.

Por conseguinte, procedeu-se à pesquisa propriamente dita, realizada durante o mês de novembro de 2023 e ocorrida nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina, por intermédio do motor de busca EBSCOHost. A busca realizada sustentou-se na determinação de descritores específicos sobre a temática à luz dos termos Medical Subject Headings (MESH), enriquecidos pela ferramenta “*” e conjugados por conetores *booleanos*, de onde resultou a frase *booleana* (“parent empowerment” OR empower*) AND (infant, newborn OR infant care OR *natal care) AND (prenatal education OR health education) AND (nurs* OR neonatal nursing).

A seleção dos artigos encontrados, que passou inicialmente pela eliminação de artigos duplicados, realizou-se em três fases distintas através da leitura sequencial do título, resumo e texto integral, às quais foram sendo aplicados os critérios de inclusão e exclusão já apresentados. Este processo foi realizado por um único investigador independente, sendo que as situações de dúvida foram analisadas por um segundo investigador. Por forma a garantir e respeitar o rigor metodológico por detrás de uma RIL, conforme determinam Tricco et al. (2018) e Page et al. (2021), teve-se em consideração os princípios presentes na *checklist* PRISMA, os quais permitiram incluir na RIL estudos obtidos através de outras fontes de pesquisa.

Por fim, a análise atenta sobre os artigos selecionados fez-se num processo de extração de dados com auxílio de um instrumento próprio em forma de tabela, orientado para o registo das particularidades mais pertinentes de cada estudo, como são exemplo os objetivos, as estratégias e as principais conclusões, em resposta à questão de investigação que conduziu a RIL. Através desta análise, estratificaram-se os referidos artigos obtidos em subcategorias conceituais.

RESULTADOS

A partir da frase booleana apresentada, obteve-se um total de 947 artigos, sobre os quais foram aplicados os filtros automáticos do motor de busca relativos a texto integral e ao intervalo temporal 2018-2023, resultando assim num total de 393 artigos a serem analisados. Destes últimos, 33 foram excluídos por se encontrarem duplicados, sendo aplicados aos restantes 360 artigos os critérios de inclusão e exclusão determinados previamente, de forma faseada. Numa primeira instância, foi realizada a leitura de título da totalidade dos artigos apresentados, a partir da qual se eliminaram 249 artigos. O resumo de cada um dos restantes 111 artigos foi interpretado atentamente, à luz dos critérios de pesquisa estabelecidos, excluindo-se 76 artigos ao longo do processo. 35 foram os artigos submetidos à leitura do texto integral, dos quais nove foram incluídos na RIL. Resultado de outras pesquisas, e em concordância com as novas *guidelines* PRISMA 2021, agregaram-se à revisão outros cinco artigos passíveis de responder à questão de investigação, totalizando assim 14 artigos integrantes na RIL. Todo o decurso da pesquisa em direção à amostra final de artigos é detalhadamente apresentado, de forma esquemática, através do fluxograma PRISMA 2021 (Figura 1) que se segue.

Figura 1 – Fluxograma PRISMA 2021.



Fonte: Page, et al. (2021)

Em análise, os artigos que compõem a RIL reportam na sua maioria a estudos realizados no Brasil (64,3%), ainda que os restantes sejam mundialmente distribuídos pela Noruega, Quênia, Índia e Médio Oriente, incluindo o Irão. 50% dos estudos em apreciação tomam forma em contexto de cuidados de saúde primários ou comunitário, sendo que 42,9% ocorrem em ambiente hospitalar e um deles (7,1%) em ambos os locais. Relativamente ao

tempo em que decorrem, 28,6% dos artigos referem-se a projetos de educação no período pré-natal, 50% no período pós-natal e os restantes 21,4% estendem-se a ambos momentos. Sobre a população-alvo, tem-se que 57,1% dos artigos reportam a estudos dirigidos apenas às mães e os outros 42,9% abrangeram pais, familiares e outros cuidadores. No que respeita à sua organização, metade dos artigos fazem alusão a estratégias de grupo, 42,9% a intervenções individualizadas e 7,1% a abordagem mista. No que se refere ao conteúdo, 71,4% dos artigos, maioritariamente focados no período pós-natal, reportam a estudos cujas práticas educativas se centram no cuidado ao RN, enquanto 28,6% partilham o foco educativo dos cuidados ao RN com os cuidados à grávida e/ou puérpera, partilha esta evidenciada sobretudo no período pré-natal. Da porção dedicada ao cuidado ao RN, 78,6% dos estudos contemplam ensinamentos relativos à amamentação, 57,1% a cuidados de higiene e cuidados ao coto umbilical, 42,9% a segurança no sono, 28,6% a vacinação e sinais de alarme, e 71,4% incluem ainda outros domínios do cuidar (cólicas, temperatura, higiene oral, entre outros). De acrescentar que apenas um dos artigos (7,1%) debruçou atenção sobre os aspetos referentes à relação da díade mãe-filho e respetiva vinculação.

Uma vez concluída a leitura e análise minuciosa dos artigos selecionados para a RIL, e tendo em conta a questão de investigação “Quais as estratégias educativas utilizadas no empoderamento parental para cuidar do RN?”, procedeu-se à categorização dos resultados obtidos, para uma melhor compreensão do fenómeno em estudo, por forma a contribuir para uma planificação fundamentada e organizada de cuidados de enfermagem especializada em ESIP. Como tal, as categorias emergentes dividiram-se em três domínios distintos, conforme a análise resumida na Tabela 1 em seguida.

Tabela 1 – Categorização dos artigos.

Autor/ Ano	Título	Tempo de intervenção		Tipo de intervenção		Estratégia educativa	
		Pré-natal	Pós-natal	Individual	Grupo	Teórico prática	Digital
Eluri et al. 2022	Can flip-chart assisted maternal education improve essential newborn care knowledge and skills? A randomized controlled trial.		√		√	√	
Fontenele et al. 2019	Construção de um mapa de conversação para gestantes e puérperas sobre os cuidados com o recém-nascido.	√	√		√	√	
Pinto et al. 2022	Construction and validation of a clinical simulation scenario on umbilical cord stump care.		√	√		√	
Santos et al. 2020	Educational technology on home care with low-risk newborns.		√		√	√	
Ladley et al. 2018	Educational text messages decreased emergency department utilization among infant caregivers: a randomized trial.		√	√			√
Sousa et al. 2022	Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families.	√	√	√			√
Gitaka et al. 2018	Evaluating quality neonatal care, call centre service, tele-health and community engagement in reducing newborn morbidity and mortality in Bungoma County, Kenya.	√	√	√			√
Lima et al. 2019	Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle.	√			√	√	
Souza et al. 2019	Health education in the empowerment of the pregnant woman.	√			√	√	
Lino et al. 2020	Intervenção educativa na atenção pré-natal e o cuidado ao recém-nascido.	√			√	√	
Høifødt et al. 2020	Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby).		√	√		√	
Duarte et al. 2019	Preparing for discharge of low-risk newborns to home care.		√	√		√	
Mota et al. 2021	Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas.	√			√	√	
Okhovat et al. 2022	The effect of educational support intervention including peer groups for infant care on the growth rates of infants, breastfeeding self-efficacy and quality of life of their mothers in Iran: study protocol.		√	√	√		√

Designadamente, o processo de categorização dos artigos resultou nas categorias **empoderamento parental no período pré-natal versus período pós-natal, intervenção individualizada versus de grupo, e estratégias educativas teórico-práticas versus digitais.**

DISCUSSÃO

A partir da análise e da seleção dos artigos que constam nesta RIL, foi possível tirar conclusões sobre os diferentes métodos de ensino e estratégias de atuação no que respeita à preparação cognitiva e prática de pais e cuidadores para o cuidado ao RN, respondendo assim à questão de investigação inicialmente proposta, com a finalidade de, *a posteriori*, se sistematizar um plano de cuidados de enfermagem no âmbito do empoderamento parental para o cuidado ao RN.

Empoderamento parental no período pré-natal versus período pós-natal

A gestação é caracterizada por Mota et al. (2021) como uma etapa pautada pela falta de informação, já que se trata de um novo evento na vida familiar. O apoio parental é, portanto, uma ferramenta essencial na adaptação à parentalidade, uma vez que aumenta a confiança e a segurança dos pais nos cuidados ao RN, mediando as suas expectativas face ao papel de pai e mãe (Chegini et al., 2020).

Complementarmente, pela complexidade inerente, Santos et al. (2021) sugerem que os cuidados ao RN devem ser igualmente abordados e trabalhados em todos os momentos oportunos que antecedem o seu nascimento - no período pré-natal, em que a família tem maior e melhor receptividade para interpretar e assimilar informação. Segundo relatam Abebe et al. (2023), quanto mais precoce for o cuidado pré-natal, melhor são os seus efeitos sobre a saúde global da mãe e do RN.

O cuidado pré-natal, considerado negligenciado por Mota et al. (2019) e insuficiente por Souza et al. (2019), deve incluir todo o apoio necessário para que se transmitam as mais importantes orientações aos pais para cuidar do RN, fomentando assim uma experiência puerperal positiva e tranquila, com consequente redução das possíveis complicações associadas (Lima et al., 2019; Souza et al., 2019; Lino et al., 2020; Mota et al. 2021). Conforme afirmam Marques et al. (2021a) e Rodrigues et al. (2023), o cuidado pré-natal representa uma componente essencial dos cuidados de saúde primários, reconhecido como fulcral na redução das mortes neonatais.

Mendes et al. (2020) e Bhattarai et al. (2022) referem assim que o cuidado pré-natal engloba um conjunto de medidas destinadas a proporcionar cuidados biopsicossociais adequados à promoção da saúde do RN, por intermédio de ações educativas e preventivas. Segundo Duarte et al. (2019) e Amorim e Backes (2020), estes cuidados devem integrar a prática e o treino de ações relacionadas com a satisfação das necessidades básicas e prevenção de doenças no RN, capazes de reduzir significativamente os níveis de morbilidade e consequente mortalidade infantil. Ainda assim, Marques et al. (2021a) e Bhattarai et al. (2022) concluíram que os cuidados pré-natais necessitam ver melhorados os aspetos relativos ao cuidado do RN, já que neste período os cuidados são maioritariamente focados nas necessidades da mãe enquanto grávida e puérpera. O seguimento pré-natal é o primeiro passo para prevenir complicações futuras na saúde do RN e, por isso, deve atribuir maior relevância ao seu cuidado (Marques et al., 2021a; Bhattarai et al., 2022).

De acordo com Lima et al. (2019) e Lino et al. (2020), a educação pré-natal permite também prevenir episódios de ansiedade secundários ao medo do desconhecido, principalmente em pais primíparos. Lino et al. (2020) complementam que as intervenções neste âmbito promovem a autonomia e o empoderamento dos pais, porém há a necessidade mantida de os pais continuarem a ser acompanhados de perto por profissionais de saúde, sobretudo no primeiro mês após o parto.

Os cuidados pós-natais, que se estendem desde o nascimento até às seis semanas de vida, são essenciais na promoção da saúde materno-infantil e devem estar acessíveis a todos (OMS, 2022). As recomendações da OMS (2022) sobre a promoção de experiências pós-natais positivas para o RN espelham a importância das estratégias educativas neste âmbito, pois defendem a transmissão de informação e aconselhamento na preparação de pais e cuidadores para uma transição para o domicílio com segurança. De forma a complementar este processo, é também importante que se disponibilizem materiais educativos de suporte, adequados às capacidades cognitivas de cada família, como são exemplo folhetos e panfletos, em formato papel ou digital (OMS, 2022; Silva et al., 2023).

De acordo com os resultados da RIL, é no período pós-natal que se verifica um crescendo da atenção dedicada ao cuidado do RN. Duarte et al. (2019), Eluri et al. (2022) e Pinto et al. (2022) desenvolveram estudos sobre abordagens educativas no puerpério imediato, que têm como objetivo preparar os pais para os cuidados no domicílio, após a alta hospitalar. Segundo Eluri et al. (2022), o puerpério é favorável à receptividade das mães para receberem estas informações, e o facto de estas ocorrerem imediatamente após o parto aumenta a probabilidade de persistirem nos seis meses seguintes à intervenção. Por sua

vez, Ladley et al. (2018), Høifødt et al. (2020), Santos et al. (2020) e Okhovat et al. (2022) desenvolveram os seus estudos além do período puerperal, dando a noção de continuidade de cuidados.

Como tal, Machado et al. (2021) afirmam que o alojamento conjunto, enquanto regime que determina o internamento hospitalar simultâneo da díade mãe-filho após o nascimento, é um espaço privilegiado para que o enfermeiro eduque os pais sobre os cuidados básicos aos seus filhos, fazendo a gestão racional dos conhecimentos a transmitir, dado que os pais não se devem sentir pressionados ou avassalados com informação em demasia. Do mesmo modo, os autores acrescentam que é neste contexto que se devem desmistificar e clarificar crenças e mitos, culturais ou geracionais, que possam comprometer a saúde do RN.

Contudo, para Machado et al. (2021), dado o curto espaço de tempo em que o alojamento conjunto se dá, não é possível que o enfermeiro consiga fazer um ensino integral sobre o cuidado ao RN. Reconhecendo uma certa limitação nesta vertente do cuidado pós-natal que exige a priorização de alguns aspetos apenas, os autores mencionados realçam a necessidade de se combinarem os cuidados pré-natais com os cuidados pós-parto, dados os benefícios que daí advêm para o RN, pais e família.

Efetivamente, alguns dos estudos selecionados para a RIL, como são os de Gitaka et al. (2018), Fontenele et al. (2019) e Sousa et al. (2022), estendem a sua ação ao longo dos dois períodos, iniciando então a sua intervenção educativa no período pré-natal e, após o nascimento, avaliam a sua efetividade e complementam-na, conforme necessário. Segundo Cardoso e Marín (2018), os maiores níveis de conhecimento sobre o cuidado ao RN no período pós-natal foram verificados entre as mães que frequentaram cursos pré-natais de preparação para a parentalidade. Através de um estudo realizado na Etiópia, Habte et al. (2021) reiteram que uma forma de aumentar a adesão e o conhecimento inerentes ao período pós-natal passa por melhorar o acesso e a equidade no que se refere ao acesso a cuidados pré-natais.

Intervenção individualizada versus de grupo

Conforme visto, as vivências relacionadas com o nascimento de um RN divergem de família para família, em função dos seus contextos biopsicossociais. Dentro da própria família, poderá ser também possível verificar diferentes perspetivas no cuidado ao RN, já que cada um dos seus membros sofre o impacto de influências externas (Silva, et al. 2023). Por este motivo, Otsuka-Ono et al. (2019), Rabiepoor et al. (2019) e Walsh et al. (2021)

defendem a inclusão dos pais e outros cuidadores próximos nos programas de educação para a saúde materna e infantil, na medida em que a sua participação permite que estes sejam sujeitos ativos e informados nos processos de tomada de decisão relativamente à saúde do RN, aumentando assim os níveis de autoeficácia parental dos próprios e das mães como resultado do seu empoderamento. A presença do pai no contexto de cuidados perinatais traz vantagens para a tríade mãe-pai-filho, assumindo relevância no que à manutenção do cuidado ao RN e ao apoio biopsicológico à mãe diz respeito (Firouzan et al., 2018).

Com efeito, nesta RIL são incluídos oito artigos cuja intervenção faz alusão à participação do pai e/ou outros familiares cuidadores, enquanto os restantes seis se referem exclusivamente à inclusão da figura materna. De acordo com Lima et al. (2021), é responsabilidade do enfermeiro envolver os pais nos cuidados pré e pós-natais por forma a facilitar o seu processo de adaptação à parentalidade e às novas responsabilidades inerentes.

Noutra perspetiva, temos Ladley et al. (2018), Pinto et al. (2022) e Sousa et al. (2022) que desenvolveram a sua intervenção de forma individual, designada desta forma por não haver a noção de contacto com outras pessoas fora do núcleo familiar durante o estudo. Francis et al. (2019) elevam os cuidados pré-natais em grupo em detrimento dos individuais, dada a inovação e os respetivos benefícios. Contudo, estes últimos autores levantam a questão das preferências pessoais das grávidas, que nem sempre se sentem confortáveis para este tipo de educação. Segundo nos dizem Ratzon et al. (2022), fruto do resultado de um estudo por si aplicado em Israel sobre os diferentes impactos das intervenções individual e grupal nos cuidados pré-natais, os níveis de conhecimento das mulheres que frequentaram as dinâmicas de grupo revelaram-se superiores no final da intervenção, quando comparados com os níveis das mulheres que foram atendidas individualmente.

Gitaka et al. (2018), Duarte et al. (2019), Fontenele et al. (2019), Lima et al. (2019), Souza et al. (2019), Høifødt et al. (2020), Lino et al. (2020), Santos et al. (2020), Mota et al. (2021) e Eluri et al. (2022) incluídos na RIL desenharam a sua intervenção numa modalidade grupal, com diferentes grupos de mães, pais e cuidadores, com a justificação de que esta forma de atuar em educação para a saúde traduz efeitos positivos na construção de conhecimentos e na tomada de decisões relativamente à saúde e bem-estar. De uma forma geral, consensualmente, os autores mencionados afirmam que esta forma de intervir pauta por ser dinâmica e orientada para a objetividade, não descurando a partilha de experiências e a interpretação e correção de saberes culturais menos apropriados que fomenta. Estas constatações são igualmente corroboradas por Malchi et al. (2023) num estudo sobre o efeito da intervenção de grupo pré-natal no empoderamento de adolescentes grávidas. Segundo

Lima et al. (2019), esta é uma estratégia passível de empoderar as mulheres através da sua participação ativa, mediada por profissionais de saúde qualificados e facilitadores da aprendizagem, a partir da qual constroem os seus próprios comportamentos de saúde.

Estratégias educativas teórico-práticas versus digitais

Educar para a saúde com vista ao empoderamento pode assumir um sem número de formas, ilimitadas na criatividade e na inovação. Enquanto educador para a parentalidade (Duarte et al. 2019), o enfermeiro é o agente responsável por organizar estratégias de transmissão de conhecimento e de capacitação para cuidar do RN (Reticena et al., 2022), de forma humanizada, personalizada e adaptada às características cognitivas, socioeconómicas e culturais dos pais com quem trabalha.

Atendendo à adequação das intervenções mencionadas, constatou-se que os estudos realizados por Gitaka et al. (2018), Fontenele et al. (2019), Santos et al. (2020), Eluri et al. (2022) e Sousa et al. (2022) realizaram uma análise antecipada da população-alvo através de questionários de caracterização e de diagnóstico dos conhecimentos pré-existentes. A grande maioria destes autores ajustou o plano de intervenção às reais necessidades encontradas, enquanto outros mantiveram a sua intervenção planificada independentemente dos resultados obtidos. Segundo os resultados de uma RIL realizada por Góes et al. (2021), as práticas educativas dos enfermeiros devem atender às reais necessidades dos pais e família sobre tomar conta do RN, segundo uma visão sensível, sistematizada e humanizada, centrada nos pais e no RN.

No que respeita a estratégias educativas propriamente ditas, temos que Duarte et al. (2019), Fontenele et al. (2019), Lima et al. (2019), Souza et al. (2019), Høifødt et al. (2020), Lino et al. (2020), Santos et al. (2020), Mota et al. (2021) e Eluri et al. (2022) descrevem nos seus artigos metodologias de intervenção compatíveis com o que sugerem ser a educação através do diálogo, descrita por alguns dos autores como “abordagem dialógica”, que consiste na transmissão de conhecimento, preferencialmente a grupos, através da explicação de fenómenos, da partilha de experiências, da mobilização de conhecimentos, da discussão de situações e da orientação do cuidado. Ainda, Duarte et al. (2019), Fontenele et al. (2019) e Mota et al. (2021) agregam a esta abordagem dialógica a noção de educação problematizadora, na medida em que esta apela à reflexão e à análise crítica dos participantes sobre determinados aspetos, no sentido da promoção da sua autonomia e responsabilização em cuidar da saúde.

De acordo com Mota et al. (2021) e Xavier et al. (2021), este tipo de ensino estimula a interação entre pares, facilita a assimilação da informação e a compreensão de aspetos relacionados com o cuidar, contribuindo de forma direta para o empoderamento parental. Ademais, para Ferreira et al. (2018), o ensino alicerçado na comunicação tem o poder de transformar a população-alvo em sujeito ativo no cuidar e de estender a aprendizagem além das dificuldades emergentes do momento. Também, Sardinha et al. (2019) sustentam a eficácia da educação apoiada no diálogo, pois através do jogo e de uma “roda de conversa” aferiram o aumento dos níveis de conhecimentos de grávidas sobre o aleitamento materno.

De forma a enriquecer e dinamizar as suas abordagens baseadas no diálogo, com a exceção de Lino et al. (2020) e Høifødt et al. (2020), os diferentes autores complementaram o seu plano de ação com diversas dinâmicas e materiais educativos. De acordo com Ribeiro et al. (2018), os materiais educativos de fácil compreensão são um coadjuvante importante do trabalho do enfermeiro, facilitando a visualização e consequente assimilação de conhecimentos.

Eluri et al. (2022) em sessões de pequenos grupos de duas a três mães, com a duração de 15 a 20 minutos, concretizadas no segundo dia pós-natal, fizeram uso de uma série de cartazes para abordar aspetos relacionados com a amamentação, sinais de alarme e outros cuidados ao RN. Já Mota et al. (2021), por intermédio de duas práticas educativas de duas horas cada, que repartiram o foco de atenção do RN com o cuidado à mulher no puerpério, dirigidas a 16 grávidas, reuniram numa caixa fechada objetos simbólicos necessários ao cuidado do RN para, a partir deles, fomentar tópicos de discussão.

Na mesma linha de pensamento, Fontenele et al. (2019) criaram um “mapa de conversação” que serviu de apoio ao desenvolvimento do seu estudo com 15 grávidas (e consequentemente puérperas) em reuniões semanais ao longo de seis meses. Este mapa referido pelos autores consiste numa imagem ampliada que reúne vários aspetos do cuidado ao RN, a par de vários cartões sobre ela com temáticas para desenvolverem a discussão de aspetos dentro do tema principal.

Os três estudos suprarreferidos comprovaram que as estratégias adotadas se revelaram eficazes no envolvimento e capacitação cognitiva dos pais para cuidarem dos seus RN, pois permitiram prevenir a ocorrência de complicações e diminuir os sentimentos de incapacidade e ansiedade dos pais (Eluri et al., 2019; Fontenele et al., 2019; Mota et al., 2021).

Complementarmente, com enfoque no cuidado afetivo ao RN, Høifødt et al. (2020) põem em prática o ensino aos pais sustentado na Newborn Behavioral Observation (NBO)

em três tempos distintos de 15 a 40 minutos cada, ocorridos dois dias após o parto, na primeira consulta de enfermagem ao domicílio entre o sétimo e o décimo dia após o parto, e na consulta de vigilância em saúde às quatro semanas após o parto. Com a sua intervenção, os autores mencionados promoveram uma adaptação à parentalidade baseada nas reais necessidades do bebé, na medida em que a NBO proporciona o fortalecimento da relação vinculativa entre os pais e o seu RN através da identificação e interpretação dos sinais evidenciados por este último face a diferentes estímulos (Høifødt et al., 2020). Nas conclusões que tecem sobre o seu estudo, Høifødt et al. (2020) confirmam os efeitos benéficos do mesmo, uma vez que os pais que receberam os conhecimentos sobre a NBO revelaram maior aptidão para compreender os sinais evidenciados pelos seus RN a respeito da socialização, sono e choro.

Numa outra abordagem metodológica, alguns autores incluíram na sua intervenção dialógica práticas baseadas na demonstração, com ou sem subsequente treino por parte dos pais. Duarte et al. (2019) utilizaram a figura desenhada de um RN para que, à medida que os cuidados iam sendo explicados e demonstrados apenas, os 17 pais e familiares incluídos nas sete aplicações do estudo fossem assinalando a parte cuidada e o ensino apresentado.

Lima et al. (2019) e Souza et al. (2019), que desenvolveram os seus projetos no período pré-natal, aplicaram estratégias educativas dialógicas e demonstrativas sobre o cuidado ao RN numa pequena parte da sua intervenção, já que à semelhança de Mota et al. (2021) também os autores focam os seus estudos no cuidado à grávida. Mais especificamente, Lima et al. (2019) desenvolveram um programa educacional dividido em oito sessões de três horas cada, em que apenas uma delas, com demonstração prática incluída, é dedicada ao RN. Por sua vez, Souza et al. (2019) realizam o seu estudo num encontro único, com três futuras mães, sendo que ao longo desse mesmo momento aborda assuntos vários da gravidez e do cuidado ao RN. Este último estudo combina a vertente teórica do ensino com demonstrações, treino prático e a disponibilização de um livrete.

Com efeito, os autores supracitados concluíram que o diálogo e a demonstração são efetivos na construção de conhecimento junto dos pais (Duarte et al., 2019; Lima et al., 2019; Souza et al., 2019). Em concordância, Jeihooni et al. (2019) corroboram conclusões similares num estudo realizado sobre o impacto de uma intervenção educativa sobre o comportamento de grávidas na amamentação, em que o ensino demonstrado e o treino de habilidades, a par de reforço positivo e encorajamento, melhoraram a perceção e o controlo das próprias sobre aspetos relacionados com a amamentação.

Ainda, às suas nove “rodas de conversa” com 17 participantes, entre eles mães e familiares, Santos et al. (2020) associaram o uso da simulação realística de baixa fidelidade com recurso a manequins para exemplificar os cuidados ao RN, como o banho e limpeza do coto umbilical, a alimentação, a posição de dormir, entre outros. Kaiza e Joho (2023), num estudo que teve lugar na Tanzânia com jovens mães, estudaram o efeito da simulação de baixa fidelidade no treino de conhecimentos, práticas e autoeficácia na amamentação, comprovando que esta forma de atuar em educação para a saúde traz benefícios na capacitação das mães para amamentarem com maior segurança e durante mais tempo.

Neste âmbito, Pinto et al. (2022) planearam a construção e validação de um cenário de simulação clínica referente ao cuidado do coto umbilical, de onde resultou uma *checklist* e um manequim para a aplicação do referido cuidado. Por ventura da pandemia do Covid-19 que se atravessou, o desenvolvimento desta metodologia deu-se sob a forma de representação com uma atriz para o efeito, sendo depois aprovada por enfermeiros especialistas, com as devidas análises e correções, obtendo assim resultados favoráveis que a permitem aplicar, de forma eficaz, aos pais de RN.

Na perspetiva do cuidar sob o olhar da inovação, introduzem-se os estudos que aplicaram a sua intervenção num regime à distância, por via digital e tecnológica. Os quatro autores que se seguem utilizaram e rentabilizaram o telemóvel enquanto instrumento de trabalho, não só para manter o contacto próximo com os participantes, mas também para fazer-lhes chegar ensinamentos essenciais à tomada de decisão relativamente à manutenção da saúde dos seus RN.

Ladley et al. (2018) procuraram determinar a eficácia das mensagens de texto enquanto ferramentas educativas para reduzir a prevalência de idas aos serviços de urgência em situações de saúde/doença não-urgente. Como tal, os autores recrutaram um grupo de cuidadores de RN no âmbito dos cuidados de saúde primários, a quem disponibilizaram folhetos com orientações antecipatórias sobre crescimento, desenvolvimento infantil e segurança baseadas no projeto Bright Futures, da Academia Americana de Pediatria. Adicionalmente, por sua vez, os participantes recrutados receberam quatro mensagens de texto educativas por semana até os seus filhos completarem os seis meses de idade, com conteúdos complementares aos folhetos anteriormente entregues e que reportam aos motivos de maior procura pelos serviços de urgência. De acordo com os resultados auferidos por Ladley et al. (2018), as mensagens de texto surtiram um efeito positivo na frequência de idas à urgência, proporcionando um sentimento de maior conforto e segurança nos pais aquando da tomada de decisão sobre a saúde dos seus filhos.

Já Gitaka et al. (2018) puseram à disposição de mães de RN uma linha telefónica ministrada por enfermeiros que, após a alta hospitalar, lhes estaria acessível para esclarecer e clarificar possíveis dúvidas sobre a saúde do RN. De forma complementar, este serviço de “*call center*” incluiu também o envio de três mensagens de texto ou três chamadas telefónicas por semana, conforme o grau de alfabetização das mães ou futuras mães, aqui incluídas. O conteúdo destas mensagens ou chamadas prendeu-se com aspetos relativos à amamentação, sinais de desidratação, irritabilidade, dificuldade respiratória e temperatura corporal. Note-se que tanto as chamadas como as mensagens poderiam ser iniciadas pelas próprias mães, em função das suas necessidades. Segundo auferem Gitaka et al. (2018), esta metodologia representa uma mais-valia para a saúde do RN, uma vez que auxilia as mães nos processos de tomada de decisão atempados, na mediação da procura pelos serviços de saúde, e no encaminhamento de situações urgentes para os serviços de urgência.

No estudo relatado por Okhovat et al. (2022), todas as mães primíparas de crianças com idade inferior a um ano formaram o grupo de intervenção, sendo por isso incluídas num grupo de WhatsApp®, através do qual poderiam não só colocar questões, mas também receber conteúdo educativo adequado à idade dos seus filhos, na frequência de duas vezes por semana durante dois meses. Relativamente ao RN, a educação em saúde englobou temáticas sobre a amamentação, aleitamento e conservação de leite materno, banho do RN, cuidados ao coto umbilical, muda de roupas, vacinação, sinais de alarme, entre outros. Dois dias após o envio e receção do material educativo, o enfermeiro pediátrico envolvido no estudo procurou elucidar as mães com explicações mais pormenorizadas por um período de 40 minutos, onde também as mães podiam intervir. Ao longo de três meses, as mães deste grupo tiveram também a oportunidade de partilhar e discutir as suas experiências face ao crescimento e desenvolvimento infantil dos seus filhos, numa dinâmica de “*peer group*” virtual. Não menos importante, os autores garantiram a continuidade de cuidados inerente ao seu projeto e nele incluíram ainda uma forma de consolidar os conhecimentos transmitidos, por intermédio do envio de um resumo sobre os ensinamentos realizados ao final de cada semana. Para Okhovat et al. (2022), esta forma de atuar traz benefícios no sentido da autoconfiança das mães, em prol da sua autoeficácia. Também, a partilha de grupo e a relação empática e próxima com o profissional de saúde repercutiram resultados favoráveis no desempenho das competências parentais.

As constatações feitas pelos três autores enumerados coadunam com as que apresentam outros autores sobre a utilização desta nova forma de empoderar. Segundo um estudo levado a cabo por Abdollahi et al. (2020), o uso do telemóvel para intervenções de

saúde, denominadas de “*ehealth*”, produziu efeitos positivos sobre a saúde materno-infantil, ainda que o efeito da sua utilização esteja fortemente influenciado pelos fatores contextuais que envolvem os usuários. De referir que este conceito de cuidados de saúde à distância com recurso a tecnologias de comunicação e informação tomaram maiores proporções no âmbito da pandemia do Covid-19 (Moshki et al., 2023). Não obstante, Peahl et al. (2020) acrescentam que esta metodologia inovadora, à qual dão o nome de “*telemedicine*”, permite reduzir as iniquidades de acesso aos serviços de saúde, visto serem facilmente alcançáveis, assim como reduzir as faltas aos cuidados de saúde pré-natais por deslocações propositadas. Sob a designação de “*telenursing*”, Oliveira et al. (2021) também fizeram uso do WhatsApp® enquanto ferramenta de trabalho para estabelecer uma rede de apoio a futuras mães, considerando-o uma janela de oportunidade para proporcionar práticas tecnológicas avançadas em saúde.

Também remotamente, Sousa et al. (2022) procederam ao envio de um vídeo educativo de 24 minutos sobre os cuidados ao RN a 58 pais e familiares individualmente, via WhatsApp®. Mediante uma análise comparativa de conhecimentos pré e pós-intervenção, os autores do estudo concluíram que o vídeo educativo constitui uma ferramenta válida na aquisição de conhecimentos por parte dos pais e familiares, podendo ser um recurso proveitoso para os enfermeiros que fazem educação para a saúde (Sousa et al., 2022). Note-se que, apesar de se incluir nas estratégias digitais pela distância e pela natureza audiovisual, esta metodologia vai ao encontro das relações anteriormente descritas sobre a educação baseada na prática demonstrativa. O uso do vídeo como método de ensino constituiu também para Arinitwe et al. (2020) uma estratégia educativa válida, já que ao fazer uso deste junto de um grupo de pais de RN verificou o aumento dos níveis de confiança e dos conhecimentos dos mesmos sobre o tema apresentado, melhorando igualmente a qualidade dos cuidados prestados.

Em suma, são várias as estratégias metodológicas passíveis de serem implementadas pelo EEESIP no empoderamento parental para cuidar do RN, ainda que estas devam estar sujeitas à sua melhor combinação e proveito, por forma a enriquecer e complementar os objetivos educacionais em educação para a saúde.

CONCLUSÃO

A forma como são prestados os cuidados ao RN é determinante no decurso do seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. Trabalhar este cuidado junto dos pais, promovendo a sua autonomia e segurança no cuidar, deve representar uma prioridade na

ação do EEESIP, já que o empoderamento parental racional e fundamenta as decisões tomadas sobre o melhor cuidado ao RN, prevenindo consequentemente a ocorrência de complicações associadas a taxas de morbilidade e mortalidade infantil.

Contudo, os resultados da revisão permitem aferir que o RN assume um papel secundário e de menor destaque, sobretudo quando de cuidados pré-natais se trata, pois a atenção que a ele se dedica é repartida com outros aspetos relativos ao trabalho de parto e à saúde obstétrica. A produção de evidência científica sobre as estratégias educativas no empoderamento parental para cuidar do RN é então limitada no que se refere ao período pré-natal.

É, todavia, no período pós-natal que o RN assume maior destaque, havendo assim sido desenvolvidas estratégias educativas variadas neste âmbito, como são exemplo as dinâmicas de grupo, com base em diálogo e discussão, apoiados em materiais educativos de suporte em papel ou audiovisuais, com recurso a demonstrações e simulação prática, passando pelo acompanhamento através de ferramentas tecnológicas digitais e de contacto bidirecional.

A presente RIL enaltece a importância da temática em estudo, com a necessidade de valorização do cuidado ao RN junto dos pais e do EEESIP, quer em contexto hospitalar como em contexto de CSP, no pré e pós-natal, mantendo a noção de continuidade entre ambos os períodos. Como tal, sugere-se a implementação de um curso integrado de cuidados ao RN, extensível a pais e cuidadores, de início pré-natal, com seguimento após o nascimento através das revisões necessárias sobre aspetos trabalhados no curso, com a disponibilização de material informativo, com a realização de encontros de grupo entre pais e com contactos frequentes quer presenciais, na consulta de enfermagem ao domicílio inclusive, quer à distância com a criação de grupos de WhatsApp®.

3.1.1. Proposta de intervenção

Com base nos achados científicos propostos pela evidência científica atual, propõe-se a valorização do RN enquanto ser biopsicossocial e cultural, merecedor de um cuidado minucioso e adaptado às suas necessidades, sem descurar a sua fragilidade e especificidades. Como tal, sugere-se a criação de um curso integrado de cuidados ao RN, que o coloque no centro da atenção do cuidado do EEESIP, e a partir do qual os pais se empoderam no tomar conta do novo membro da família.

O referido curso seria precedido de um questionário de caracterização e de diagnóstico para conhecer as necessidades formativas dos participantes. Em seguida,

distribuir-se-ia o curso em seis diferentes sessões de 30 a 60 minutos cada, de forma a gerir a qualidade e quantidade das informações a serem transmitidas e das técnicas a serem treinadas, conforme as necessidades percebidas. Resultaria da combinação das diferentes estratégias educativas aferidas ao longo da RIL, como o vídeo, a discussão com recurso a imagens, a demonstração, o treino prático, entre outras, tocando assim em todas as particularidades que o cuidado ao RN exige.

Em termos espaciotemporais, este curso teria lugar nos CSP, na modalidade presencial, ao longo do terceiro trimestre de gravidez, período em que se verifica uma maior necessidade de se introduzirem aspetos relacionados com o cuidado ao RN. Idealmente, este curso seria extensível às figuras paternas ou outros familiares de apoio direto ao futuro RN. Esta intervenção precoce do EEESIP permitiria não só preparar os pais para a parentalidade e para cuidar do seu RN, mas também o estabelecimento de uma relação terapêutica e de confiança que irá facilitar o processo e o planeamento de cuidados consequente ao nascimento do RN.

Apesar de o idealismo de que se trataria de um curso a ser ministrado pelo EEESIP, não se anula a possibilidade de haver uma parceria com o enfermeiro de ESMO, no sentido de o enriquecer e de complementar temáticas de interesse comum a ambas as especialidades.

Complementarmente, por intermédio dos quadros que constam nos Apêndice J - Plano geral do curso de cuidados ao recém-nascido e Apêndice K - Temáticas do curso de cuidados ao recém-nascido, é possível verificar-se um planeamento geral do curso proposto, com as temáticas a serem abordadas e as metodologias através das quais seriam trabalhadas, respetivamente.

Ao final de cada sessão, uma caixa de perguntas recolheria as dúvidas dos pais, de forma anónima, para esclarecimento. Também neste momento, a parcela do questionário inicial referente aos temas abordados seria novamente aplicada, por forma a compreender a eficácia da intervenção. No final do curso, um outro questionário seria aplicado para determinar o grau de satisfação dos intervenientes. Idealmente, no término absoluto do conjunto das sessões disponibilizar-se-ia também um guia prático com o sumário de todos os conteúdos abordados, em forma de meio auxiliar de fácil consulta para os pais no domicílio.

Seguindo para o períodos pós-natal, garantir-se-iam as consultas de enfermagem conforme recomendado no PNSIJ, tanto no espaço físico dos CSP, como no domicílio. Adicionalmente, seria estabelecida uma rede de conversação com o grupo via WhatsApp® onde, uma vez por semana, em dia e hora a combinar, se daria espaço à partilha de

experiências e esclarecimento de dúvidas. Ainda nesta filosofia, o curso de massagem infantil seria uma outra prática interessante neste contexto do cuidar, já que eleva o cuidado ao RN e permite a plena envolvência dos pais no mesmo.

Com efeito, são algumas as estratégias educativas passíveis de serem implementadas pelo EEESIP com vista ao empoderamento parental para cuidar do RN, estratégias estas capazes de produzir efeitos muito positivos e desejáveis quando combinadas e organizadas numa abordagem metodológica cuidada.

Não obstante, apesar da proposta descrita se dirigir à população recém-nascida em específico, constitui objetivo profissional ampliar projetos desta natureza a outras faixas etárias dentro da idade pediátrica, de acordo com as diferentes necessidades biopsicossociais e fases de desenvolvimento, aplicando e replicando assim as competências adquiridas neste âmbito.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluída esta etapa do meu percurso académico, de formação profissional e crescimento pessoal, tenho a expressar o meu sentimento de enorme gratidão pelas oportunidades que me foram concedidas em prol da promoção da saúde e da prevenção da doença de todas as crianças e jovens de quem cuidei, a par das suas famílias, e que tornaram esta caminhada tão mais especial. Foi de espírito aberto, focada na aquisição de competências, que abracei este meu sonho e cada um dos seus desafios, pronta para aprender e transpor para o exercício a melhor prática especializada de saúde infantil e pediátrica, oferecendo às crianças, jovens e famílias cuidados de enfermagem seguros e de qualidade.

A ESIP é, na minha opinião, uma área de especialidade meticulosa, pelos pormenores e detalhes que encerra. Os cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família na comunidade impõem uma grande preparação do enfermeiro que os vai assegurar, pois a imprevisibilidade por detrás do ser criança e jovem assim o exige. Por esta razão, interiorizando o principal objetivo de desenvolvimento profissional, foi constante e detalhada a minha pesquisa e pormenorizado o meu estudo ao longo dos meus estágios, com a leitura de variados artigos científicos e outros documentos de referência para a saúde infantil, de forma a inteirar-me sobre os diferentes aspetos do crescer saudável.

Ciente da responsabilidade que é cuidar da criança e do jovem, a par da complexidade de algumas situações com que me poderia vir a deparar, e dada a minha fragilidade emocional agora no papel de mãe e na adaptação à parentalidade pela qual eu própria terei passado, confesso ter trabalhado, *a priori*, a minha inteligência emocional para melhor interagir com as crianças e jovens e lidar com as suas particularidades, sobretudo quando de situações sensíveis se trataram. Apesar desta minha sensibilidade, no decorrer da prática de cuidados, vi-me envolta no meu maior o desejo de aprimorar competências e assim interagir com todas e quaisquer crianças e intervir junto delas, contornando com efetividade as minhas hesitações emocionais, pois as crianças serão sempre crianças, independentemente das suas necessidades, e a sua inocência, pureza e ingenuidade é o que de mais bonito há no mundo. As crianças, o futuro da nossa sociedade, merecem todo o tipo de cuidados que lhes proporcionem a melhor qualidade de vida.

Uma vez concluído este curso, e tendo em conta o percurso narrado anteriormente, creio ter atingido os objetivos do curso de mestrado que me foram sugeridos, demonstrando também a aquisição e aplicação prática de competências essenciais para a prática de cuidados

de enfermagem especializados à criança, jovem e família. De uma forma geral, posso afirmar que os desafios que me foram sendo propostos pelas diretrizes das diferentes unidades curriculares referentes a este mestrado foram transpostos com sucesso, pelo que considero ter atingido um nível de aprendizagem muito proveitoso, uma vez que o meu desenvolvimento global foi ao encontro dos princípios do RCCEE (Regulamento n.º 140/2019) e do Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018).

É possível também referir que os objetivos pessoais por mim delineados foram atingidos, uma vez que conclui com sucesso a componente teórica deste mestrado, conseguindo ainda na componente prática integrar as diferentes equipas multidisciplinares, conhecendo as estruturas físicas e dinâmicas funcionais dos serviços por onde passei. Também, com todo o trabalho realizado, e combinando a teoria com a prática, permiti-me aprofundar conhecimentos sobre cuidados à criança e jovem inseridos na comunidade e/ou em ambiente hospitalar, com e sem situações de doença aguda ou crónica associadas, com ou sem necessidades de saúde especiais, experimentando uma prestação de cuidados de enfermagem especializados no sentido de promover a saúde da criança e o desenvolvimento infantil dentro das suas especificidades. O decorrer deste curso de mestrado evoluiu assim num processo que considero ascendente, no sentido da consolidação de conhecimento baseado na evidência científica para a autonomia na tomada de decisão e na prestação de cuidados propriamente dita.

Prontifico-me, mais uma vez, a valorizar todas as experiências que me foram proporcionadas ao longo deste curso de mestrado, considerando que foram reunidas todas as condições para o seu decorrer. Importa também aqui deixar claro o valioso contributo que a componente teórica deste mestrado me ofereceu, sendo que esse trajeto desta caminhada foi de muito trabalho, muita construção de conhecimento e muita partilha, que com toda a certeza não ficarão por aqui. Complementarmente, o desenvolvimento da prestação de cuidados de enfermagem especializados constituiu uma experiência muito enriquecedora no meu percurso académico de mestre, contribuindo assim para o alcance dos objetivos traçados. Tive oportunidades indiscreíveis e senti-me muito realizada no meu desempenho. Demonstrei interesse e abracei todas as experiências que foram passíveis de constituir veículo potenciador da minha aprendizagem e desenvolvimento. Procurei ser proativa e tomei a iniciativa de contribuir para os processos de melhoria da qualidade e da gestão dos cuidados, respeitando as necessidades e os condicionalismos de cada um dos serviços por onde passei. Mantive um nível de exigência elevado para comigo própria em termos de

preparação teórica para uma prática responsável, ética e fundamentada, pelo que desempenhei os meus estágios com organização, sistematização, brio e qualidade no cuidar da criança, jovem e família, assumindo o especial carinho que tenho pela prestação de cuidados a esta população, transformando a imprevisibilidade nesta área em janelas de oportunidade para intervir mais além do que as situações de doença.

Como tal, os diferentes ensinamentos clínicos constituíram fontes muito ricas de aprendizagem e desenvolvimento profissional, quer em termos técnicos, quer em termos relacionais. A diversidade de situações clínicas, combinadas com as particularidades de cada criança e família, a par da sua identidade cultural, potenciou de uma forma muito profícua o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP. Para alcançar o sucesso dos cuidados à criança e jovem, fiz da relação terapêutica o elemento-chave para conseguir prestar cuidados de enfermagem holísticos e eficientes. Apesar de nem sempre ser fácil, dependendo dos contextos de prática, procurei trabalhar em parceria com as crianças, jovens e famílias, aproveitando todas as oportunidades para com elas construir o seu projeto de saúde numa perspetiva da promoção da saúde e prevenção da doença, usando a empatia e o empoderamento como ferramentas basilares dos cuidados prestados.

Não obstante, reconheço que grande parte do meu êxito e do meu bem-estar deveu-se ao agradável acolhimento que tive, quer por parte do corpo docente das escolas de enfermagem envolvidas neste processo, quer por parte das instituições de estágio, que propiciaram de imediato a integração e adaptação às condições físicas, técnicas e relacionais das diferentes organizações. Também, as experiências de orientação e tutoria foram muito positivas, sendo que com as demais professoras e enfermeiras tutoras construí relações bidirecionais, de parceria, partilha e interajuda, que se revelaram um apoio importante no desenvolvimento dos conhecimentos e capacidades para o alcance das competências do EEESIP.

E porque esta caminhada foi encontrando alguns obstáculos no seu decurso, importa referir, a respeito das dificuldades e limitações experienciadas, a dificuldade na conciliação dos tempos e tarefas relativos à minha vida pessoal e familiar, à prática profissional diária, ao ensino clínico e à exigência académica. Cumprir com as metas, objetivos e responsabilidades afetas ao mestrado nem sempre foi fácil, principalmente num primeiro semestre em que desempenhei cumulativamente o papel de delegada de turma. Nos semestres seguintes, dada a grande mudança na minha situação pessoal e conseqüente menor disponibilidade, transferei essa responsabilidade e tentei gerir o meu percurso de forma a corresponder às expectativas do curso de mestrado. Com resiliência, espírito de iniciativa,

empenho, dedicação e persistência consegui ultrapassar as minhas dificuldades e obstáculos de forma exímia, considerando este um percurso complexo, mas feliz.

Por fim, mas não menos importante, enalteço a importância por detrás da realização deste relatório para atingir as competências de mestre, não só por se ter descrito o percurso referente à construção de conhecimento e à prática dos cuidados de enfermagem especializados, como também por estimular a capacidade metodológica e reflexiva para analisar o caminho percorrido, contemplando o rigor e a exigência do curso de mestrado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdollahi, M., Aval, M. & Peyman, N. (2020). ehealth Interventions in prenatal and postnatal care in Iran: A systematic review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(3), 1-9. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2020.46319.1565>
- Abebe, G., Alie, M., Girma, D., Mankelkl, G., Berchedi, A. & Negesse, Y. (2023). Determinants of early initiation of first antenatal care visit in Ethiopia based on the 2019 Ethiopia mini-demographic and health survey: A multilevel analysis. *PLoS ONE*, 18(3), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281038>
- Amorim, T. & Backes, M. (2020). Managing nursing care to puerperae and newborns in primary healthcare. *Rev RENE*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143654>
- Araujo, J., Viera, C., Oliveira, B., Gaiva, M. & Rodrigues, R. (2018). Assessment of the essential attributes of Primary Health Care for children. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(3), 1366-1372. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0569>
- Arigliani, M., Castriotta, L., Pusiol, A., Titolo, A., Petoello, E., Peressut, A., Miorin, E., Elkina, I., Marzona, F., Cucchiari, D., Spanghero, E., Pavan, M., Arigliani, R., Mercer, S. & Cogo, P. (2018). Measuring empathy in pediatrics: validation of the Visual CARE measure. *BMC Pediatrics*, 18(57), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1050-x>
- Arinitwe, R., Willson, A., Batenhorst, S. & Cartledge. (2020). Using a global health media project video to increase knowledge and confidence in the mothers of admitted neonates in Rwanda: A prospective interventional study. *Journal of Tropical Pediatrics*, 66(2), 136-143. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmz042>
- Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 anos de segurança infantil em Portugal – Relatório de avaliação 2017*. https://apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf
- Augusto, C., Rosário, R., Silva, M., Araújo, B. & Figueiredo, M. (2020). Crianças com necessidades especiais. In A. Ramos & M. Figueiredo (Coords.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 248-263). Lidel

- Baghini, F., Iranifard, E., Roudsari, R. & Najmabadi, K. (2023). The role of midwives in women's empowerment: a narrative review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 11(3), 3767-3781. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2022.68761.2016>
- Bekkering, H. & Woodgate, R. (2021). The parental experience of unexpectedly losing a child in the pediatric emergency department. *OMEGA - Journal of Death and Dying*, 84(1), 28-50. <https://doi.org/10.1177/0030222819876477>
- Bellman, M., Lingam, M., & Aukett, A. (2003). *Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Manual do utilizador* (1ª ed.). CEGOC. (traduzido de *SGS II – Schedule of Growing Skills II* (User's guide), 1996, Londres: The Nelson Publishing Company Ltd)
- Bhattarai, S., Pahadi, N, Chaulagain, S., Mahat, S., Panth, A. & Khadka, R. (2022). Utilization of antenatal services among postnatal mothers. *Journal of Nepal Health Research Council*, 20(3), 779-785. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v20i3.3952>
- Brás, C., & Ferreira, M. (2016). A comunicação e qualidade de cuidados em enfermagem: Revisão de literatura. *Investigação Qualitativa em Saúde*, 2, 572-577. <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/796/782>
- Brázio, P. (2014). *Ansiedade Infantil em Contexto Cirúrgico: Estudo Experimental*. (Dissertação para obtenção de grau de Doutor em Psicologia, área de especialização em Psicologia Geral). Universidade da Madeira, Madeira. <https://digituma.uma.pt/bitstream/10400.13/864/1/DoutoramentoPedroBr%C3%A1zio.pdf>
- Bridi, B., Jantsch, L., Hausen, C., Higashi, G. & Souza, N. (2021). Factores asociados al seguimiento del cuidado de niños menores de dos años. *Avances en Enfermería*, 39(2), 225-234. <http://doi.org/10.15446/av.enferm.v39n2.93783>
- Caetano, A., Mendes, I. & Rebelo, Z. (2018). Maternal concerns in the postpartum period: an integrative review. *Revista de Enfermagem Referência*, 17, 149-158. <https://doi.org/10.12707/RIV17074>
- Caetano, A., Mendes, I. & Rebelo, Z. (2018). Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, (17), 149-160. <https://doi.org/10.12707/RIV17074>

- Cardoso, A. & Marín, H. (2018). Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 26, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1859.2997>
- Carvalho, M., Lourenço, M., Charepe, Z. & Nunes, E. (2019). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão *scoping*. *Enfermeria Global*, (53), 661-675. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>
- Castro, G., Barbosa, E. & Figueiredo, G. (2020). Avaliação funcional de crianças com deficiências: fatores contextuais e familiares para o desenvolvimento infantil. *Fisioterapia Brasil*, 21(2), 141-148. <https://doi.org/10.33233/fb.v21i2.2424>
- Chambers, L. (2018). *A Guide to Children's Palliative Care* (4th ed.). England: Together for Short Lives. <https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>
- Chegini, L. Kamrani, M., Shiri, M., Farid, M. & Homami, S. (2020). The effect of an empowerment training program on the difficulty of the transition to parenthood and parenting stress: A quasi-experimental study among Iranian primiparous women. *Shiraz E Medical Journal*, 21(12), 1-9. <https://doi.org/10.5812/semj.101531>
- Classen, M., Grunder, F., Schumann, S., Gontard, A. & Laffolie, J. (2022). Constipation in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, (119), 697-708. <http://doi.org/10.3238/arztebl.m2022.0309>
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Genebra: ICN.
- Costa, D., Veríssimo, M., Toriyama, A. & Sigaud, C. (2016). O brincar na assistência de enfermagem à criança - revisão integrativa. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, 16(1), 36-43. <https://doi.org/10.31508/1676-3793201600005>
- Couto, G. (2013). Ordem defende formação em Terapias Não Convencionais para enfermeiros. *Ordem dos Enfermeiros – Notícias*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/ordem-defende-forma%C3%A7%C3%A3o-em-terapias-n%C3%A3o-convencionais-para-enfermeiros/>

Decreto Regulamentar n.º 3/95. **Diário da República** I Série - B. 23 (27-01-1995) 500-501.
[Consult. 28-01-2023]. Disponível em WWW:
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1995/01/023b00/05000501.pdf>

Decreto-Lei n.º 281/2009. **Diário da República** I Série. 193 (06-10-2009) 7298-7301.
[Consult. 10-01-2023]. Disponível em WWW:
<https://files.dre.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182.
[Consult. 30-06-2023]. Disponível em WWW:
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf

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

Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus-tratos em Crianças e Jovens - Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*.
https://www.spp.pt/UserFiles/file/Noticias/Guia_Maus_tratos.pdf

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

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

Direção-Geral da Saúde. (2018a). *Informação de Apoio à Pessoa com Doença Rara – Estratégia Integrada para as Doenças Raras 2015-2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. https://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2020/02/Manual_apoio_doenca_rara.pdf

- Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Saúde Infantil e Juvenil Portugal - 2018*.
<https://www.dgs.pt/portal-da-estatistica-da-saude/diretorio-de-informacao/diretorio-de-informacao/por-serie-1007690-pdf.aspx?v=%3d%3dDwAAAB%2bLCAAAAAAABAARYSzItzVUy81MsTU1MDAFAHzFEfkPAAAA>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Programa Nacional de Vacinação 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/20070/pnv-2020-set-2020.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). *Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral 2021-2025*. <https://www.saudeoral.min-saude.pt/pnpso/public/index.jsp>
- Donelle, L., Hall, J., Hiebert, B., Jackson, K., Stoyanovich, E., LaChance, J. & Facca, D. (2021). Investigation of Digital Technology Use in the Transition to Parenting: Qualitative Study. *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 1-10. <http://doi.org/10.2196/25388>
- Duarte, F., Góes, F., Rocha, A., Ferraz, J., Moraes, J. & Silva, L. (2019). Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. *Revista Enfermagem Uerj*, 27, 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38523>
- Dyda, A., King, C., Dey, A., Leask, J. & Dunn, A. (2020). A systematic review of studies that measure parental vaccine attitudes and beliefs in childhood vaccination. *BMC Public Health*, 20, 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09327-8>
- Eluri, S., Baliga, B., Rao, S., Vinayagamoorthy, V. & Kamath, N. (2022). Can flip-chart assisted maternal education improve essential new born care knowledge and skills? A randomized controlled trial. *Maternal and Child Health Journal*, 26, 1891-1906. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03409-2>
- Esteves, P. & Diogo, P. (2018). Nursing intervention in promoting feeling of normalization in child's daily life with a chronic condition and family: a scoping review. *Journal of Nursing Pensar Enfermagem*, 22(2), 45-62. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v22i2.150>
- Fantacci, C., Fabrizio, G., Ferrara, P., Franceschi, F. & Chiaretti, A. (2018). Intranasal drug administration for procedural sedation in children admitted to pediatric Emergency

- Room. *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 22(1), 217-222. https://doi.org/10.26355/eurrev_201801_14120
- Ferreira, A., Dantas, J., Souza, F., Rodrigues, I., Davim, R. & Silva, R. (2018). O enfermeiro educador no puerpério imediato em alojamento conjunto na perspectiva de Peplau*. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.45470>.
- Ferreira, A., Vitti, I., Garcia, B., Oliveira, B. & Vieira, M. (2019). Relações entre regras e limites com o processo de autorregulação de crianças entre 3 e 4 anos. *Psicologia.pt*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A1356.pdf>
- Ferreira, R., Alves, C., Guimarães, M., Menezes, K. & Magalhães, L. (2020). Effects of early interventions focused on the family in the development of children born preterm and/or at social risk: a meta-analysis. *Jornal de Pediatria*, 96(1), 20-38. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.05.002>
- Ferreira, S., Boregas, F., Greinert, B., Cortez, D. & Milani, R. (2016). O empoderamento dos pais na educação e nos cuidados dos filhos: contribuições teóricas. *Cinergis*, 17(3), 239-244. <https://doi.org/10.17058/cinergis.v17i3.8060>
- Ferrer, M., Lara, B., Calvo, N., Andión, O., Pérez, V., Corominas, M., Ron, M., Peris, S., Liria, C., & Quiroga, J. (2021). Three-year prevalence of self-harm behaviors among the reasons for emergency visits of children and adolescents. *Actas Españolas de Psiquiatria*, 49(1), 35-42. <https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio//23/129/ENG/23-129-ENG-35-42-749217.pdf>
- Firouzan, V., Noroozo, M., Mirghafourvand, M. & Farajzadegam, Z. (2018). Participation of father in perinatal care: a qualitative study from the perspective of mothers, fathers, caregivers, managers and policymakers in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1928-5>
- Fontenele, N., Gubert, F., Braga, M., Benevides, J., Martins, M., Pinheiro, M. & Freitas, R. (2019). Construção de um mapa de conversação para gestantes e puérperas sobre os cuidados com o recém-nascido. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(2), 1-17. SciELO. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200005&lang=pt

- Förster, J. & López, I. (2022). Neurodesarrollo humano: un proceso de cambio continuo de un sistema abierto y sensible al contexto. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 338-346. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.001>
- Francis, E., Johnstone, M., Convington-Kolb, S., Witrick, B., Griffin, S., Sun, X., Crockett, A. & Chen, L. (2019). Group prenatal care attendance and women's characteristics associated with low attendance: results from centering and racial disparities (CRADLE Study). *Maternal and Child Health Journal*, 23, 1371-1381. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02784-7>
- Fuentes, B., Quintana, M., Rimbau, J., Mejías, A., Úriz, M., Pérez, C. & Garolera, M. (2018). Ansiedad, miedos hospitalarios y alteraciones conductuales en la hospitalización infantil. *Actas Espanolas de Psiquiatria*, 46(2), 42-51. <https://web.s.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=d5c45a9d-b6b3-4ddd-8a0d-bc7594247231%40redis>
- Fundo de Emergência Internacional das Nações Unidas para a Infância (2019). *Convenção sobre os Direitos das Crianças e protocolos facultativos*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf
- Ganzijeva, K., Kindereviciute, I., Dagys, A. & Jankauskaite, L. (2019). Evolution in acute pain assessment and treatment in the paediatric emergency department of a tertiary health care centre. *European Journal of Pain*, 24(4), 773-784. <https://doi.org/10.1002/ejp.1527>
- Gitaka, J., Natecho, A., Mwambeo, H., Gatungu, D., Githanga, D. & Abuya, T. (2018). Evaluating quality neonatal care, call Centre service, tele-health and community engagement in reducing newborn morbidity and mortality in Bungoma county, Kenya. *BMC Health Services Research*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3293-5>
- Góes, F., Santos, A., Ledo, B., Silva, M., Bastos, M. & Pires, V. (2021). The Nurse's preparation of discharge of families in the promotion of the home care of the newborn: integrative review. *Revista pesquisa online Cuidado é fundamental*, 13, 1249-1255. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9458>
- Governo de Portugal. (2021). *Guia prático – Ter uma criança*. <https://eportugal.gov.pt/guias/ter-uma-crianca>

- Gross, V., Algayer, L., Souza, N. & Jantsch, L. (2021). Fatores associados ao atendimento de crianças e adolescentes por causas externas em serviço de emergência. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30, 1-12. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2020-0337>
- Habte, A., Gebiremeskel, F., Shewangizaw, M., Dessu, M. & Glagn, M. (2021) Uptake of complete postnatal care services and its determinants among rural women in Southern Ethiopia: Community-based crosssectional study based on the current WHO recommendation. *PLoS ONE*, 16(2), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246243>
- Hilário, J., Henrique, N., Santos, J., Andrade, R., Fracolli, L & Mello, D. (2022). Child development and home visits in early childhood: concept map. *Acta Paulista de Enfermagem*, (35), 1-9. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR03653>
- Høifødt, R., Nordahl, D., Landsem, I., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K. & Wang, C. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, 20, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>
- Instituto de Apoio à Criança (2008). *Carta da Criança Hospitalizada* (4ª ed.). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto de Apoio à Criança (2021). *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários*. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/05/CARTA-V14_digital.pdf
- Jardim, M., Silva, A. & Fonseca, L. (2019). The Nurse's Contributions in Prenatal Care Towards Achieving the Pregnant Women Empowerment. *Revista pesquisa online Cuidado é fundamental*, 11, 432-440. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.432-440>
- Jeihooni, A., Kashfi, S. & Harsini, P. (2019). Impact of an educational intervention on breastfeeding behaviour among pregnant women. *British Journal of Midwifery*, 27(1), 33-42. <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.1.33>

- Jiménez, C., Poyato, M., Montañés, I., Comellas, E. & Fabrellas, N. (2021). Paediatric nursing clinical competences in primary healthcare: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 77(6), 2662-2679. <https://doi.org/10.1111/jan.14768>
- Kaiza, R. & Joho, A. (2023). The effect of low-fidelity simulation training on breastfeeding knowledge, practice, and self-efficacy among young lactating mothers in Tanzania: A quasi-experimental study. *PLoS ONE*, 18(11), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285392>
- Khundrakpam, B., Choudhury, S., Vainik, U., Al-Sharif, N., Bhutani, N., Jeon, S., Gold, I. & Evans, A. (2020). Distinct influence of parental occupation on cortical thickness and surface area in children and adolescents: Relation to self-esteem. *Human Brain Mapping*, 41(18), 50975-5113. <http://doi.org/10.1002/hbm.25169>
- Lacey, B., West, A. & Craig, S. (2021). Parents' and carers' impression of "quality" within a Paediatric Emergency Department. *BMC Pediatrics*, 21(1), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-02752-7>
- Ladley, A., Hieger, A., Arthur, J. & Broom, M. (2018). Educational text messages decreased emergency department utilization among infant caregivers: a randomized trial. *Academic Pediatrics*, 18(6), 636-641. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.02.003>
- Lei Constitucional n.º 1/2005. **Diário da República** I-A Série. 155 (12-08-2005) 4642-4686. [Consult. 12-03-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2005/08/155a00/46424686.pdf>>
- Lei n.º 147/99. **Diário da República** I Série. 204 (01-09-1999) 6115-8105. [Consult. 15-01-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/1999/09/204a00/61156132.pdf>>
- Lei n.º 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-2015) 8059-8105. [Consult. 11-12-2022]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>>
- Lei n.º 161/96. **Diário da República** I-A Série. 205 (04-09-1996) 2959-2962. [Consult. 11-12-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>>

Lei n.º 90/2019. **Diário da República** I Série. 169 (04-09-2019) 4-18. [Consult. 02-02-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2019/09/16900/0000400018.pdf>>

Lima, K., Carvalho, M., Lima, T., Alencar, D., Sousa, A. & Pereira, A. (2021). Father's participation in prenatal care and childbirth: contributions of nurses' interventions. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(2), 1-11. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e13>

Lima, V., Hollanda, G., Oliveira, B., Oliveira, I., Santos, L. & Carvalho, C. (2019). Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, (4), 968-975. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>

Lino, A., Corrêa, C., Bussadori, J., Furtado, M., Fonseca, L. & Wernet, M. (2020). Intervenção educativa na atenção pré-natal e o cuidado ao recém-nascido. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 23(2), 47-55. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..870>

Lizardo Castro, G. & Castro Delgado, K. (2023). Impétigo en niños. *Dermatología Revista Mexicana*, 65(5), 723-732. <https://doi.org/10.24245/drm/bmu.v67i5.9142>

Longobardi, C., Prino, L., Fabris, M. & Settanni, M. (2018). Soap bubbles as a distraction technique in the management of pain, anxiety, and fear in children at the paediatric emergency room: A pilot study. *Child Care Health and Development*, 45(2), 300-305. <https://doi.org/10.1111/cch.12633>

Lopes, A., Paixão, T., Santos, C., Freire, L., Rego, M., Paula, A., Vieira, A. & Lúcio, I. (2021). Vivência com a doença crônica na infância: Percepção da família. *Enfermagem Foco*, 12(6), 1119-1124. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4768>

Luz, E., Bastos, F. & Vieira, M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crônica. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20025>

Luz, G., Silva, M. & DeMontigny, F. (2015). Doenças raras: itinerário diagnóstico e terapêutico das famílias de pessoas afetadas. *Acta Paulista de Enfermagem*, 28(5), 395-400. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500067>

- Luz, R., Marinho, D., Lima, A. & Marinus, M. (2022). Educational interventions in child development and health literacy assumptions: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0116>
- Macedo, G. & Innocenzo, M. (2019). A satisfação dos familiares sobre o fluxo de atendimento no Pronto-Socorro Pediátrico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 455-461. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0388>
- Machado, N., Jesus, M. & Olivindo, D. (2021) Atuação do enfermeiro nos cuidados ao recém-nascido em alojamento conjunto: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(14), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22185>
- Malchi, F., Abedi, P., Iravani, M., Maraghi, E., Mohammadi, E. & Saadati, N. (2023). The effect of group prenatal care on the empowerment of pregnant adolescents: Randomised controlled trial. *Sultan Qaboos University Med J*, 23(4), 502-509. <https://doi.org/10.18295/squmj.6.2023.041>
- Marcilly, R., Heerde, M., Schiro, J. & Peute, L. (2021). Improving parents' experience in the pediatric emergency waiting room: researching the most optimal design for an information tool. *Studies in health technology and informatics*, 290, 814-818. <https://doi.org/10.3233/SHTI220192>
- Marques, B., Tomasi, Y, Saraiva, S., Boing, A. & Geremia, D. (2021a). Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*, 25(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
- Marques, K., Silva, L., Canario, M. & Ferrari, R. (2021b). Caderneta de saúde da criança: incompletude dos parâmetros avaliados na consulta. *Enfermagem Foco*, 12(6), 1229-1234. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2021.v12.n6.4904>
- Martins, P., Malheiro, M. & Sousa, M. (2018). The intervention with newborn behavioral observations in the newborn, infant and his family: a scoping review. *Journal of Nursing Pensar Enfermagem*, 22(2), 23-44. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v22i2.148>
- May, M., Brousseau, D., Nelson, D., Flynn, K., Wolf, M., Lepley, B. & Morrison, A. (2017). Why parents seek care for acute illness in the clinic or the ed: the role of health

- literacy. *Academic Pediatrics*, 18(3), 289-296.
<https://doi.org/10.1016/j.acap.2017.06.010>
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Nova Iorque: Springer Publishing Company
- Mendes, A., Brás, S., Marques, R. & Sousa, P. (2022). Toque terapêutico no cuidado da enfermagem: uma análise conceitual. *Acta Paulista de Enfermagem*, (35), 1-8.
<http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AR007066>
- Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2019). Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
- Mendes, R., Santos, J., Prado, D., Gugel, R., Bezerra, F. & Gurgel, R. (2020). Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 793-804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2019a). *Parecer n.º 16/2019: Competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, para desenvolver projectos de massagem infantil*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11621/parecer-mceesip-n%C2%BA-16_2019_anonimizado.pdf
- Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2019b). *Parecer n.º 19/2019: Cálculo de dotações seguras nos cuidados enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Direção-Geral da Saúde – **Norma 006/2016: Estratégia de vacinação contra a tuberculose com a vacina BCG**. 2016. Disponível em: <https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA_006_2016.pdf>
- Morais, T., & Carniel, A. (2020). Compreendendo a autoimagem e a autoestima em adolescentes com câncer: Uma revisão integrativa. *Revista Científica*

- Multidisciplinar Núcleo Do Conhecimento*, 10(5), 125-140.
[https://www.researchgate.net/publication/342293011_Compreendendo_a_autoima
gem_e_a_autoestima_em_adolescentes_com_cancer_Uma_revisao_integrativa](https://www.researchgate.net/publication/342293011_Compreendendo_a_autoimagem_e_a_autoestima_em_adolescentes_com_cancer_Uma_revisao_integrativa)
- Moshki, M., Esmailzadeh-Asali, F., Rahmani-Bilandi, R., Esmaily, H., Dehnoalian, A. & Jafari, A. (2023). The effect of prenatal education in two ways, face-to-face and virtual, on the fear of natural childbirth in pregnant women. *Journal of Public Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01866-9>
- Mota, J., Almeida, M., Magalhães, G., Souza, V., Silva, J. & Anjos, K. (2021). Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. *Revista Baiana Enfermagem*, 35, 1-13. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.41929>
- Nabais, A. & Nunes, L. (2020). A criança e o jovem com problemas de saúde mental. In A. Ramos & M. Figueiredo (Coords.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 264-272). Lidel.
- Nascimento, T., Frade, I., Miguel, S., Presado, M. & Cardoso, M. (2021). Os desafios dos sistemas de informação em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 505-510. <http://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40802020>
- Niaz, F., Tariq, S., Ahmed, A., Afzal, Y., Shaikh, T., Nashwan, A. & Ullah, I. (2023). Virtual reality for pain and anxiety management in children undergoing venipuncture procedures: A systematic review and meta-analysis. *Global Pediatrics*, 4, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.gped.2023.100060>
- NIDCAP Federation International. (2023). *NIDCAP - Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program*. <https://nidcap.org/professionals/supports-for-nursery-change/nidcap/>
- Nunes, L. (2020). Ética no cuidado à criança, jovem e família. In A. Ramos & M. Figueiredo (Coords.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 65-80). Lidel.
- Oermann, M. & Knafl, K. (2021). Strategies for completing a successful integrative review. *Nurse Author & Editor*, 31(3), 65-68. <https://doi.org/10.1111/nae2.30>
- Okhovat, F., Okhovat, S., Karimiankakolaki, Z. & Yoshany, N. (2022). The effect of educational support intervention including peer groups for infant care on the growth

- rates of infants, breastfeeding self-efficacy and quality of life of their mothers in Iran: study protocol. *Reproductive health*, 19(1), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12978-022-01523-6>
- Oliveira, E. & Rocha, S. (2019). The Parents' Cultural Care Towards Promoting Child Development. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 11, 397-403.
<https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.397-403>
- Oliveira, S., Costa, D., Cintra, A., Freitas, M., Jordão, C., Barros, J., Lins, R. & Frank, T. (2021). Telenursing in COVID-19 times and maternal health: WhatsApp® as a support tool. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-9.
<http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02893>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume III*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Parecer n.º 18/2011: Quais são as terapias alternativas que podem ser contempladas na prática de Enfermagem baseadas na CIPE?*
<https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/conteudos/parecer-sobre-a-utiliza%C3%A7%C3%A3o-de-terapias-complementares-na-pr%C3%A1tica-de-enfermagem-baseadas-na-cipe/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de Boa Prática – Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodordcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Parecer n.º 133/2022: Apoio a crianças com necessidades de saúde e educativas especiais nas escolas*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/25466/parecer-n%C2%BA-133_crian%C3%A7a_necessidade_especial_anonimizado.pdf
- Organização das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*.
<https://dre.pt/dre/geral/legislacao-relevante/declaracao-universal-direitos-humanos>
- Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (2006). *Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos*.
https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000146180_por
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Newborns: improving survival and well-being*.
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*.
<https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan>
- Organização Mundial da Saúde. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>
- Organização Mundial da Saúde. (2023). *Cuidados de Saúde Primários*.
<https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>
- Otsuka-Ono, H., Hori, N., Uemera, Y. & Kamibeppu, K. (2019). A childhood immunization education program for parents delivered during late pregnancy and one-month postpartum: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4622-z>
- Page, M., Moher, D., Bossuyt, P., Boutron, I. Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. ... McKenzie, J. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(160), 1-36. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>

- Parra, C., Mele, M., Alonso, I., Trenchs, V. & Luaces, C. (2018). Parent experience in the resuscitation room: how do they feel? *European Journal of Pediatrics*, 177(12), 1859-1862. <https://doi.org/10.1007/s00431-018-3236-5>
- Peahl, A., Smith, R. & Moniz, M. (2020). Prenatal care redesign: creating flexible maternity care models through virtual care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 223(3), 389-392. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.029>
- Pereira, A., Escola, J. & Almeida, C. (2020). Educação em saúde para a criança/jovem/família: Necessidades formativas dos enfermeiros. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-10. <http://doi.org/10.18471/rbe.v34.35273>
- Picco, T., Baggio, M., Hirano, A., Caldeira, S. & Ferrari, R. (2022). Cuidado em saúde à criança na atenção primária em região de fronteira. *Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem*, 26, 1-9. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0104>
- Pinto, I., Silva, J., Ruiz, M., Manzan, L., Barboza, F., Oliveira, J., Oliveira, K. & Fonseca, L. (2022). Construction and validation of a clinical simulation scenario on umbilical cord stump care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (43), 1-14. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210245.en>
- Potgieter, K. & Adams, F. (2019). The influence of mother-infant skin-to-skin contact on bonding and touch. *South African Journal of Occupational Therapy*, 49(2), 11-17. <http://dx.doi.org/10.17159/2310-3833/2019/vol49n2a3>
- Rabiepoor, S., Khodaei, A. & Valizadeh, R. (2019). Husbands' participation in prenatal care and breastfeeding self-efficacy in Iranian women: A randomized clinical trial. *Sultan Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 1-5. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.58>
- Ramos, A. (2020). A criança e o jovem como foco de cuidados: empoderamento da criança, jovem e família. In A. Ramos & M. Figueiredo (Coords.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 11-24). Lidel.
- Ramos, A. & Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem*. Lisboa: Lidel
- Ramos, A., Frias, A. & Risso, S. (2016). Resultados da intervenção toque terapêutico no recém-nascido: Uma revisão sistemática da literatura. *Revista Ibero-americana de*

Saúde e Envelhecimento, 2(1), 503-518.
[http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2\(1\).503](http://dx.doi.org/10.24902/r.riase.2016.2(1).503)

- Ratzon, R., Cohen, A., Hadar, A., Froimovici, M. & Bilenko, N. (2022). Impact of group vs. Individual prenatal care provision on women's knowledge of pregnancy-related topics: An open, controlled, semi-randomized community trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm11175015>
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 01-07-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>>
- Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660-16665. [Consult. 12-12-2022]. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 01-07-2023]. Disponível em WWW: <<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8349/1919219194.pdf>>
- Reticena, K., Gomes, M. & Fracolli, L. (2022). Promotion of positive parenting: the perception of primary care nurses. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0203en>
- Ribeiro, S., Rocha, R., Jacob, L., Jorge, H., Mafetoni, R. & Pimenta, C. (2018). Atividade educativa para a promoção do cuidado com o recém-nascido. *Saúde e Pesquisa*, 11(3), 545-554. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n3p545-553>
- Rodrigues, C., Thomaz, E., Batista, R., Riggirozzi, P., Moreira, D., Gonçalves, L. & Lamy, Z. (2023). Prenatal care and human rights: Addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. *PLoS ONE*, 18(2), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>
- Santos, A., Góes, F., Ledo, B., Silva, L., Bastos, M. & Silva, M. (2021). Family learning demands about postnatal newborn care. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0352>
- Santos, A., Góes, F., Ledo, B., Silva, L., Bastos, M. & Silva, M. (2020). Educational technology on home care with low-risk newborns. *Revista Enfermagem Uerj*, 28, 1-9. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.44488>

- Santos, A., Viana, M., Chaves, E., Bezerra, A., Júnior, J. & Tamboril, A. (2018). Educational technology based on Nola Pender: Promoting adolescent health. *Journal of Nursing UFPE Online*, 12(2), 582-589. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v12i2a22609p582-588-2018>
- Santos, M., Barbosa, D. & Felden, E. (2015). Hábitos e problemas relacionados ao sono em crianças dos seis aos dez anos. *SALUSVITA*, 34(2), 205-218. https://secure.unisagrado.edu.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v34_n2_2015_art_02.pdf
- Sardinha, D., Maciel, D., Gouveia, S., Pamplona, F., Sardinha, L., Carvalho, M. & Silva, A. (2019). Promotion of breastfeeding in pre-natal care by the nurse. *Journal of Nursing UFPE online*, 13(3), 852-857. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238361p852-857-2019>
- Silva, C., Brandão, S., Azevedo, A. & Prata, A. (2023). Maternal self-efficacy in newborn care: influence of maternal variables. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(3), 907-914. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0003>
- Silva, C., Pinto, C. & Martins, C. (2021). Transição para a paternidade no período pré-natal: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 465-474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41072020>
- Silva, C., Rodrigues, D., Alves, V., Silva, S., Carneira, M., Parente, A. & Moura, L. (2022). Percepções de puérperas sobre práticas educativas desenvolvidas em centro de parto normal: estudo descritivo-exploratório. *Cogitare Enfermagem*, 28, 1-10. <https://doi.org/dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.82389>
- Silva, D. & Alves, C. (2021). Aceitação Familiar da Criança com Deficiência: Revisão Sistemática da Literatura. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41(3), 1-15. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209337>
- Silva, M., & Monteiro, D. (2020). Entre as normalidades e as anormalidades: Os possíveis estigmas atribuídos aos estudantes considerados portadores do TDAH, nas escolas municipais do Rio de Janeiro. *Educação, Sociedade & Culturas*, (57), 145-163. <https://doi.org/10.34626/esc.vi57.17>
- Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. (2022). *O que é a Intervenção Precoce na Infância (IPI)*. <https://snipi.gov.pt/quem-somos#no-back>

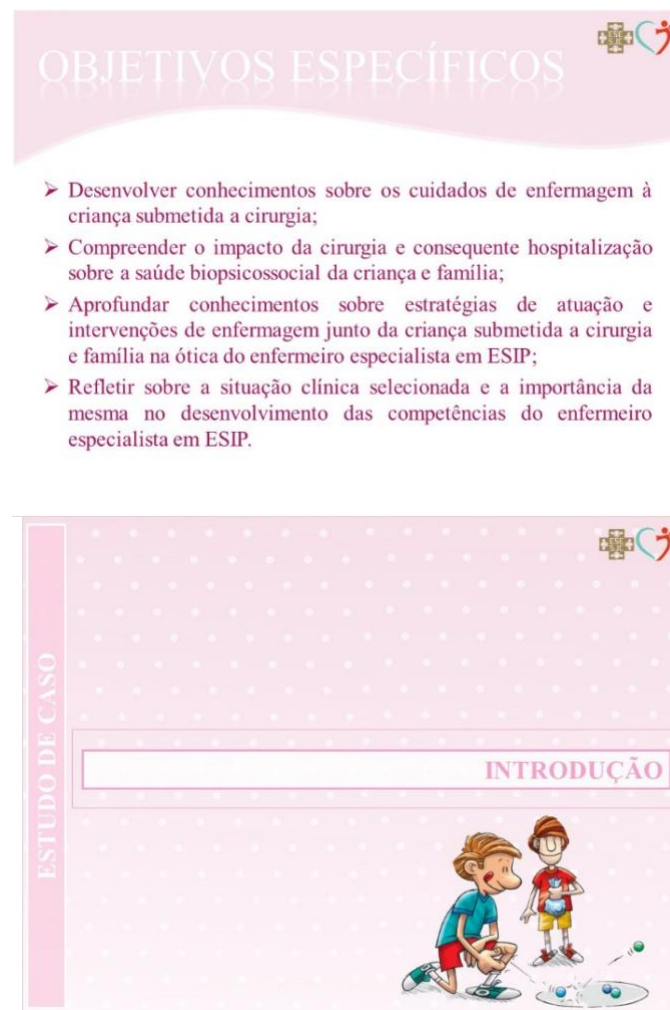
- Sociedade de Urgência e Emergência da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2020). *Quando levar o seu filho à urgência?* <http://criancaefamilia.spp.pt/media/132032/folheto-SU-para-pais-EuSPP.pdf>
- Sousa, L., Braga, H., Alencastro, A., Silva, M., Oliveira, B., Santos, L. & Melo, E. (2022). Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1371>
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Pestana, C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.4391>
- Souza, E., Bassler, T. & Taveira, A. (2019). Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. *Journal of Nursing UFPE online*, 13(5), 1527-1531. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238437p1527-1531-2019>
- Stelwagen, M., van Kempen, A., Westmaas, A., Vet, E. & Scheele F. (2021). Parents' experiences with a model of integrated maternity and neonatal care designed to empower parents. *JOGNN*, 50, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.11.001>
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan
- Tomás, S; Silva, S., Marques, G., Fernandes, R. & Barcelos, O. (2023). Estratégias para a humanização dos cuidados à criança - intervenção do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica. *Jornal de Investigação Médica*, 4(1), 133-141. <https://doi.org/10.29073/jim.v4i1.741>
- Tracey, B., Ott, M., Hamrick, M. & Bailey, K. (2019). Education empowers emergency department nurses during pediatric traumas. *Journal of Trauma Nursing*, 26(2), 67-70. <https://doi.org/10.1097/JTN.0000000000000423>
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Mohed, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and

- Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Van der Akker, A., Hoffenaar, P. & Overbeek, G. (2022). Temper Tantrums in Toddlers and Preschoolers: Longitudinal Associations with Adjustment Problems. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 43(7), 409-417. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000001071>
- Vasques, A. & Lamônica, D. (2018). Instrumentalized evaluation for diagnosis of developmental disorders in childhood: a new Brazilian reality. *CoDAS*, 30(6), 1-5. <https://doi.org/10.1590/2317-1782/20182018056>
- Vaz, F. & Trigo, R. (2020). A criança e o jovem em contexto de urgência. In A. Ramos & M. Figueiredo (Coords.). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem* (pp. 293-310). Lidel.
- Viana, I., Silva, L., Cursino, E., Conceição, D., Goes, F. & Moraes, J. (2018). Encontro educativo da enfermagem e da família de crianças com necessidades especiais de saúde. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(3), 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-070720180005720016>
- Vieira, T., Sakamoto, V., Moraes, L., Blatt, C. & Caregnato, R. (2020). Métodos de validação de protocolos assistenciais de enfermagem: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(5), 1-10. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0050>
- Virk, P., Atwal, A., Wright, B. & Doan, Q. (2022). Exploring parental perceptions of psychosocial screening in paediatric emergency departments. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 27 (4), 1277-1287. <http://dx.doi.org/10.1177/13591045211070922>
- von Gontard, A. (2019). Encopresis. In J. Rey & A. Martin (Eds.). *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (pp. 1-11). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/54402cb8f22277da216b53dad2485ae061e7d47e/C.5-ENCOPRESIS-0072012.pdf
- Walsh, T., Carpenter, E., Costanzo, M., Howard, L. & Reynders, R. (2021). Present as a partner and a parent: Mothers' and fathers' perspectives on father participation in

- prenatal care. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 386-399.
<https://doi.org/10.1002/imhj.21920>
- Whitmore, K. & Snethen, J. (2018). Respite Care Services for Children with Special Healthcare Needs: Parental Perceptions. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23(3), 1-17. <https://doi.org/10.1111/jspn.12217>
- Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V. & Bostrom, A. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 17, 35-42.
<https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>
- Wong, C. & Choi, K. (2023). Effects of an Immersive Virtual Reality Intervention on Pain and Anxiety Among Pediatric Patients Undergoing Venipuncture - A Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 6(2), 1-13. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.0001>
- Xavier, T., Martelli, G., Teixeira, D. Flores, G., Oliveira, P., Backes, D. & Costenaro, R. (2021). Educação permanente em cuidados com o recém-nascido. *Brazilian Journal of Development*, 7(9), 91760-91772. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-371>
- Yakuwa, M., Neill, S. & Mello, D. (2018). Nursing strategies for child health surveillance. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2434.3007>
- Zuar, L. & Thompson, L. (2023). What parents should know about constipation in children. *JAMA Pediatrics*, 177(2), 216-217.
<https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2022.5280>

APÊNDICES

APÊNDICE A – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO DO ENSINO CLÍNICO DE CIRURGIA EM PEDIATRIA



INTRODUÇÃO

Autonomia + Curiosidade = Exposição a riscos ambientais

Deve ser adotada uma cultura de segurança partilhada por todos aqueles que têm algum grau de responsabilidade sobre as crianças.

Antão et al. (2019)

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
- Diagnóstico de enfermagem
- Planeamento de intervenções
- Implementação
- Avaliação de resultados
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia 2022/2023

INTRODUÇÃO

Trauma, Acidentes, Hospitalização/cirurgia

Teoria das Transições de Afaf Meleis
Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey

Ramos & Figueiredo (2020)

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
- Diagnóstico de enfermagem
- Planeamento de intervenções
- Implementação
- Avaliação de resultados
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia 2022/2023

ESTUDO DE CASO

AVALIAÇÃO INICIAL

AVALIAÇÃO INICIAL

A. 9A

Queda da própria altura a correr em escadas e abraçada a tablet

Embate do tablet na região cervical anterior

Análises alteradas + bactérias na amostra do exsudado + TAC confirmatória

ORL + cirurgia

Formação de abscesso + SJ + com cerca de 2 semanas de evolução

Cirurgia: drenagem do abscesso

Ferida cirúrgica linear, com dreno *penrose* e dois pontos de sutura

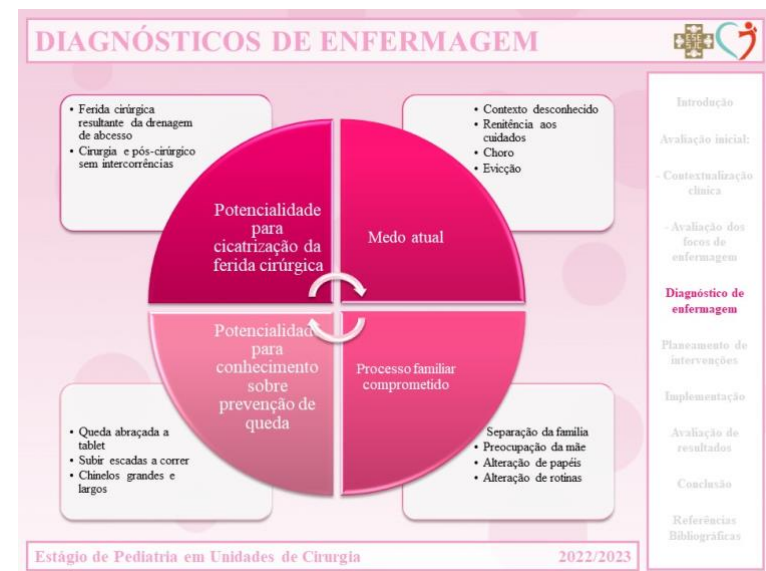
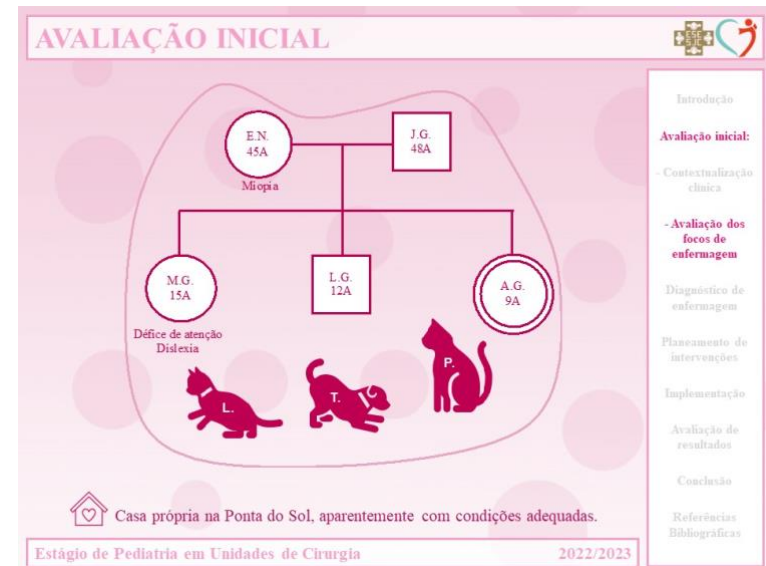
Pós-operatório sem intercorrências AB EV 7 dias

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
- Diagnóstico de enfermagem
- Planeamento de intervenções
- Implementação
- Avaliação de resultados
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia 2022/2023



ESTUDO DE CASO

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES

Potencialidade para cicatrização da ferida cirúrgica

- Avaliar evolução da cicatrização da ferida: conteúdo drenado, dimensões, características do leito e bordos da ferida, pele periférica à ferida (sempre que for executado o tratamento à ferida);
- Remover dreno: quando indicado pela equipa médica;
- Remover material de sutura;

- Vigiar penso da ferida: penso de ferida externamente (três vezes por turno);
- Ensinar sobre cuidados com o penso da ferida: manter o penso da ferida limpo e seco, manter a higiene local, prevenir pele húmida, evitar acidentes e traumatismos no local da ferida, evitar movimentos bruscos do pescoço;
- Administrar medicação: profilaxia da infeção do local cirúrgico - flucloxacilina 1400mg 3x/dia em perfusão;
- Orientar antecipadamente para identificar sinais de alarme: penso repassado, hemorragias, cheiro fétido, rubor e/ou prurido;
- Explicar cuidados a ter com a cicatriz após ferida cicatrizada: aplicar creme hidratante e massajar com movimentos circulares, evitar exposição solar direta e aplicar protetor solar;
- Assegurar a continuidade dos cuidados após-alta: marcação de consulta no centro de saúde da área de residência.

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica

- Avaliação dos focos de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem

Planeamento de intervenções

Implementação

Avaliação de resultados

Conclusão

Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia2022/2023

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES

Potencialidade para cicatrização da ferida cirúrgica

- Explicar o processo de cicatrização de feridas: fisiologia da cicatrização, com discurso adequado à idade (reforçar conhecimentos sempre que manifestadas dúvidas);
- Avaliar sinais vitais: tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal;
- Avaliar padrão respiratório: sinais de esforço respiratório;
- Avaliar perfusão de tecidos: saturação de O₂;
- Avaliar dor: escala numérica (três vezes por turno);
- Prevenir a dor associada à execução do penso:
 - Gerir terapêutica analgésica: paracetamol 30' antes da execução do penso e sempre que necessário;
 - Aplicar técnica de distração;
 - Permitir o apoio da mãe;
 - Facilitar a expressão de sentimentos;
- Executar tratamento à ferida: lavar com soro fisiológico aquecido, cobrir com compressa e adesivo hipoalérgico (diariamente);
 - Colaborar com a equipa médica na execução do penso (quando feito pela cirurgia);

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica

- Avaliação dos focos de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem

Planeamento de intervenções

Implementação

Avaliação de resultados

Conclusão

Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia2022/2023

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES

Medo atual

- Permitir a expressão de emoções;
- Apoiar a criança: escuta ativa e tranquilização;
- Demonstrar disponibilidade: empatia, compreensão;
- Explicar os cuidados a serem prestados previamente;
- Respeitar a vontade da criança: negociar cuidados;
- Coordenar plano de cuidados: agrupar os cuidados;
- Permitir a presença contínua da mãe;
- Facilitar a permanência de objetos significativos para a criança;
- Prevenir e minimizar a dor associada aos cuidados prestados;
- Aplicar técnicas de relaxamento e distração;
- Elogiar comportamentos positivos e de autocontrolo.

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica

- Avaliação dos focos de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem

Planeamento de intervenções

Implementação

Avaliação de resultados

Conclusão

Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia2022/2023

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES



Potencialidade para conhecimento sobre prevenção de queda

- Questionar sobre integridade dos órgãos dos sentidos;
- Ensinar sobre vestuário adequado: calçado apropriado (evitar chinelos), ajustado ao pé, no tamanho correto;
- Ensinar sobre andar em segurança: mãos livres, olhar para o chão;
- Ensinar sobre medidas de segurança no subir e descer escadas: subir e descer um degrau de cada vez, com um pé de cada vez;
- Ensinar sobre características de ambiente seguro: piso seco, regular, sem obstáculos;
- Verificar assimilação de conhecimentos;
- Incentivar a segurança na mobilidade para prevenir quedas.

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia

2022/2023

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES



Processo familiar comprometido

- Avaliar a família/ processo familiar;
- Apoiar na crise familiar: mobilizar mecanismos de coping familiar na adaptação à situação;
- Incentivar organização do sistema familiar: reajuste;
- Incentivar a família para gerir recursos da família: incentivar a família a mobilizar apoio de outros familiares;
- Promover a comunicação e o comportamento interativo entre membros da família: facilitar o contacto com outros familiares;
- Gerir regime de visitas: permitir visita dos irmãos, pai e pessoas significativas;
- Facilitar mobilidade da mãe: ida a casa;
- Informar sobre recursos da comunidade.

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia

2022/2023

ESTUDO DE CASO

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES



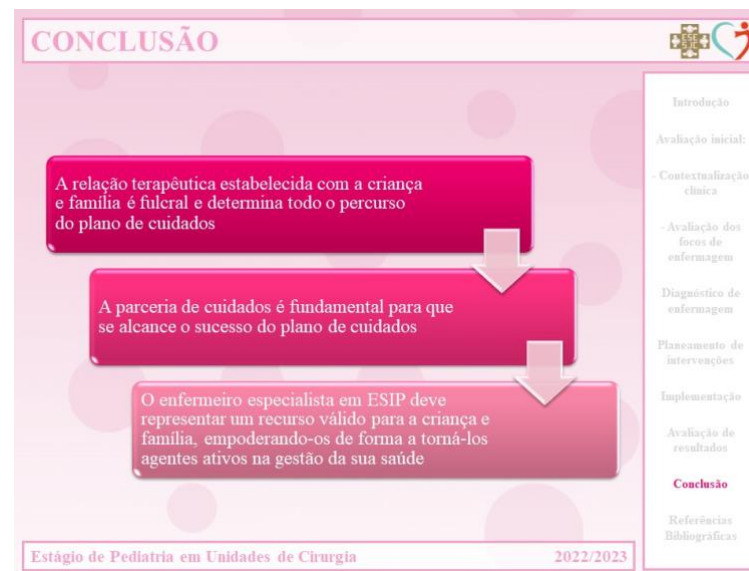
IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES



Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Cirurgia

2022/2023





(APSI, 2017)

Referências Bibliográficas

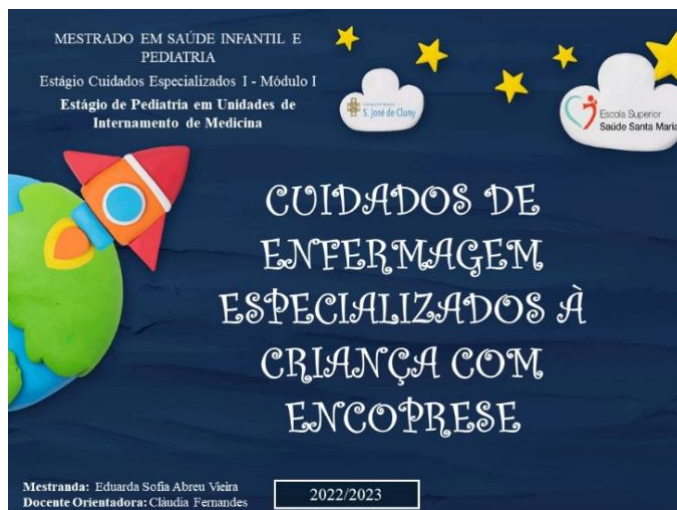
[illegible]

2022/2023

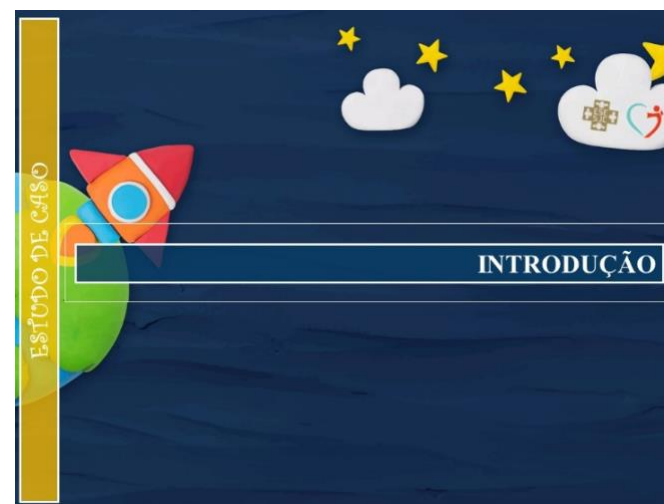


Obrigada pela atenção...!

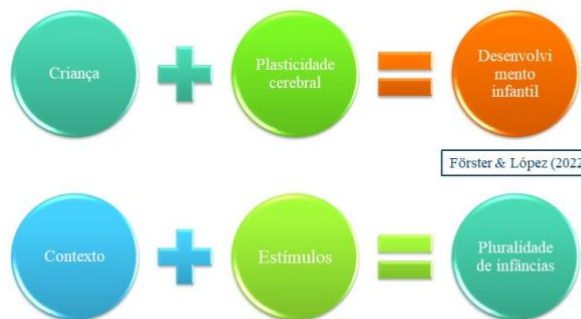
APÊNDICE B – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO DO ENSINO CLÍNICO DE INTERNAMENTO DE MEDICINA EM PEDIATRIA



- Aprofundar conhecimentos sobre estratégias de atuação e intervenções de enfermagem junto da criança hospitalizada e família na ótica do enfermeiro especialista em ESIP;
- Prestar cuidados de enfermagem à criança hospitalizada com alteração do seu estado de saúde;
- Compreender o impacto do contexto onde a criança e a família se inserem sobre a sua saúde biopsicossocial;
- Refletir sobre a situação clínica selecionada e a importância da mesma no desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista em ESIP.



INTRODUÇÃO



Förster & López (2022)

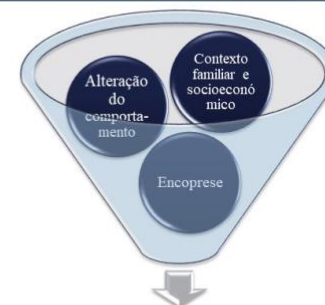
Khundrakpam et al. (2022)

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planejamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023

INTRODUÇÃO



Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey
Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Ramos & Figueiredo (2020)

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planejamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023

ESTUDO DE CASO

AVALIAÇÃO INICIAL

AValiação INICIAL



Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planejamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023



Encoprese atual

- Administrar medicação: desimpactação intestinal atendendo a prescrição;
- Orientar mãe para alimentação adequada: anti-obstipante, rica em fibras;
- Incentivar o reforço da ingestão hídrica;
- Estabelecer objetivos diários e recompensas adequadas;
- Elogiar comportamentos positivos e de autocontrolo: reforço positivo;
- Orientar antecipadamente para identificar sinais de alarme: sangue ou muco nas fezes, dor exacerbada;
- Promover a continuidade dos cuidados após-alta no domicílio: manter terapêutica prescrita, treino de continência de esfíncteres;
- Estabelecer contacto com o serviço de saúde na comunidade: contactar enfermeira do centro de saúde para vigilância da progressão do controlo de esfíncteres.

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas



Encoprese atual

- Respeitar as capacidades da criança: negociar cuidados;
- Permitir a presença contínua da mãe;
- Avaliar a dor: abdominal e no momento da defecação;
- Prevenir e minimizar a dor associada à defecação;
- Vigiar padrão de eliminação intestinal: periodicidade das perdas, características e quantidade das fezes;
- Encorajar o treino intestinal: ida ao sanitário após refeições;
- Encorajar o uso do sanitário: na micção;
- Facilitar a privacidade;
- Negociar o uso de fralda;

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas



Encoprese atual



The JAMA Pediatrics (2023)

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas



Desenvolvimento infantil comprometido

- Avaliar o desenvolvimento infantil com instrumento de avaliação: *Schedule of Growing Skills II*;
- Adequar atividades lúdicas ao resultado da avaliação do desenvolvimento infantil:
 - Promover brincadeiras adequadas à idade;
 - Treinar a concentração e atenção focalizada;
 - Negociar as atividades lúdicas: idas à sala de atividades;
 - Limitar atividades com meios audiovisuais: tempo de ecrã e videojogos;

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023



Desenvolvimento infantil comprometido

- Estabelecer regras e limites;
- Promover a implementação de rotinas: definir horários próprios para brincar, fora das refeições e nunca previamente à hora de dormir;
- Envolver a mãe no plano de cuidados:
 - Ensinar mãe sobre estratégias para estimular o desenvolvimento infantil;
 - Orientar mãe para a importância da implementação de rotinas, regras e limites;
 - Relembrar importância de adesão às terapias;
 - Relembrar calendarização de consultas médica e de enfermagem no Centro de Desenvolvimento da Criança: 03/03/2023 às 9h30.

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023



Desenvolvimento infantil comprometido

- Gerir estímulos ambientais:
 - Facilitar a permanência de objetos significativos para a criança;
 - Minimizar excesso de estímulos;
- Promover o comportamento interativo:
 - Observar o comportamento interativo com outras crianças;
 - Observar o relacionamento entre a criança e as visitas;
 - Prevenir comportamento agressivo;
 - Elogiar comportamento interativo positivo;
- Encorajar fala adequada: através da correção e repetição de palavras;
- Promover comportamento infantil organizado: não correr no corredor, calçar os sapatos;

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023



Potencialidade para parentalidade efetiva

- Avaliar o conhecimento da mãe sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil;
- Ensinar sobre estratégias para promover o desenvolvimento infantil: brincadeiras e brinquedos adequados, contacto com outras crianças;
- Informar mãe sobre como prevenir comportamento de risco na criança: comportamento agressivo;
- Incentivar organização familiar: implementação de rotinas e regras;
- Incentivar a mãe a mobilizar mecanismos de coping familiar;
- Gerir regime de visitas: encorajar visita de pessoas significativas;
- Facilitar a mobilidade da mãe: ida a casa;
- Informar sobre recursos da comunidade;
- Orientar para recursos da comunidade: ATLs, clubes desportivos...

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023

PLANEAMENTO DE INTERVENÇÕES

Potencialidade para parentalidade efetiva

- Observar a ligação mãe-filho;
- Avaliar a família/ processo familiar;
- Permitir a expressão de sentimentos e emoções;
- Escutar a mãe;
- Apoiar a mãe;
- Demonstrar disponibilidade;
- Ensinar a mãe sobre estratégias para gerir as suas emoções;
- Encorajar a adoção de estilos de vida saudáveis;
- Avaliar o conhecimento da mãe sobre estratégias para lidar com a situação da criança;
- Ensinar sobre estratégias para lidar com a situação da criança;
- Incentivar adesão ao regime de tratamento no domicílio;

Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023

IMPLEMENTAÇÃO



Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023

IMPLEMENTAÇÃO DE INTERVENÇÕES

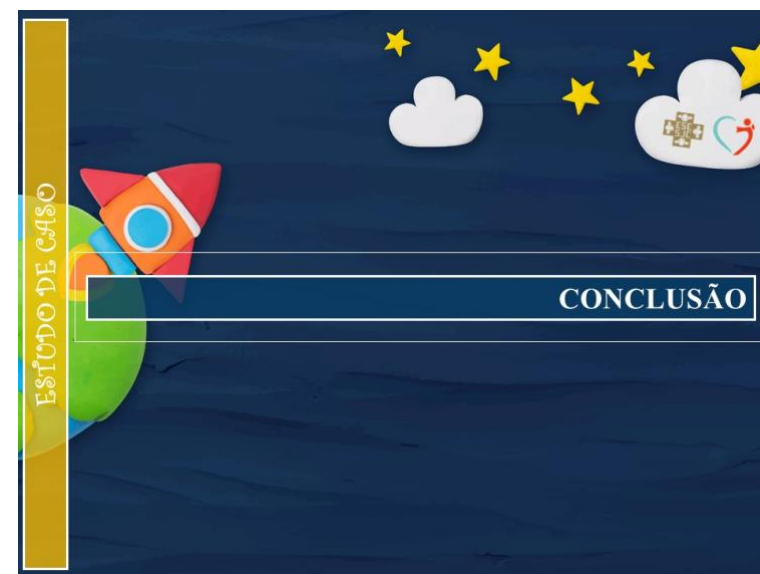
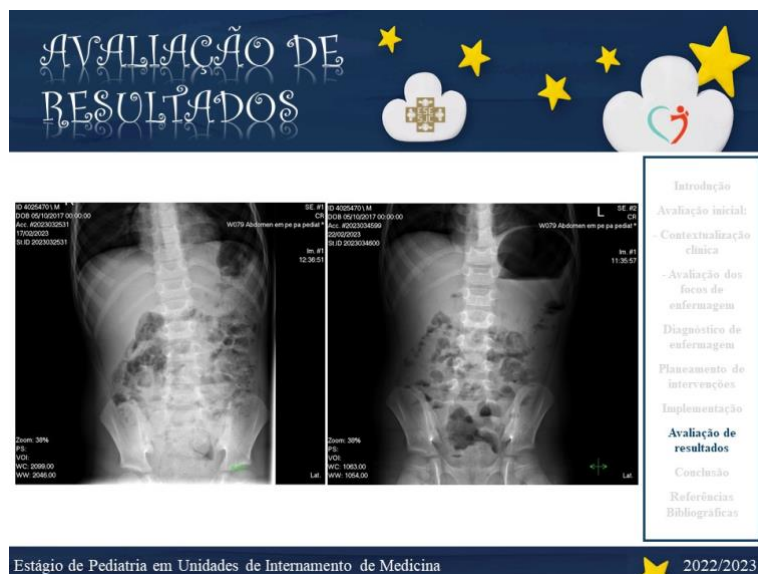
IMPLEMENTAÇÃO



Introdução
Avaliação inicial:
- Contextualização clínica
- Avaliação dos focos de enfermagem
Diagnóstico de enfermagem
Planeamento de intervenções
Implementação
Avaliação de resultados
Conclusão
Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023



CONCLUSÃO

A relação terapêutica estabelecida com a criança e família é fulcral e determina todo o percurso do plano de cuidados

A parceria de cuidados é fundamental para o alcance do sucesso do plano de cuidados

O enfermeiro especialista em ESIP deve representar um recurso válido para a criança e família, empoderando-os de forma a torná-los agentes ativos na gestão da sua saúde

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica

- Avaliação dos focos de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem

Planejamento de intervenções

Implementação

Avaliação de resultados

Conclusão

Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Anton, R. & Mann, D. (2022). Enxepressão em níveis atípicos em consulta externa de psiquiatria infantil. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(1), 1-12. <http://revista.cel.cu/revista.php?revista=psiquiatria&id=60034-7331.2022000100020>

Ayoub, S., Zaidan, M., Layan, S. & Salam, I. (2019). Long-term outcomes of atypical autism spectrum disorder in children with chronic encephalitis and incontinence: what is the optimal fish to eat? *Pediatric Surgery International*, 35(5), 431-438. <https://doi.org/10.1007/s00383-018-4416-0>

Belleville, L., Lina, S. & Lina, A. (2019). Sensory integration concerns in children with functional/developmental disorders: A scoping review. *The American Journal of Occupational Therapy*, 73(3), 1-16. <http://doi.org/10.5014/ajot.2019.030387>

Brid, B., Jarosh, L., Hansen, C., Higashi, G. & Sousa, N. (2021). Fatores associados ao seguimento das crianças com deficiência intelectual e dos seus pais. *Avances em Enfermagem*, 39(2), 223-234. <http://doi.org/10.15446/av.enf.39n2.20785>

Castro, G., Barbosa, E. & Espinheira, G. (2020). Avaliação funcional de crianças com deficiência: fatores contextuais e familiares para o desenvolvimento infantil. *Psicogeriatrics Brasil*, 7(12), 141-148. <https://doi.org/10.33235/psb.v2i2.2404>

Classen, M., Grondin, P., Schwartz, L., Gossard, A. & Lefebvre, J. (2022). Comorbidity in children and adolescents. *Demotus Academic International*, 01(9), 687-708. <http://doi.org/10.32388/demotus.v2i02.20509>

Conselho Internacional de Enfermagem. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. ICN

Forrest, J. & Lopez, L. (2022). Viver e trabalhar: um processo de mudança contínua de um sistema aberto e estável ao contexto. *Revista Médica Clínica Las Comas*, 55(4), 333-346. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2022.06.001>

Frade, M., Sousa, L., Ferreira, C. & Frade, J. (2021). A parentalidade na infância: uma prática parental, análise de contexto. In A. Fria & C. Aguiar (Eds.). *A vida parental: a arte de cuidar no início da vida* (Vol. 1, pp. 240-255). Editora Científica Digital. <https://doi.org/10.37385/21100490>

Frisch, C., Tench, E. & Rosenham, S. (2020). Parental occupation concerns training (poet). An efficient innovative intervention for young children with attention deficit hyperactive disorder. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 40(1), 47-61. <https://doi.org/10.1080/0194262.2019.1640396>

Gossard, A. (2019). Enxepressão. In J. Ray & A. Martin (Eds.). *LACAPAP e Trends of Child and Adolescent Mental Health* (pp. 1-11). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions. https://iacapap.org/_Resources/Persistent/54402c48022776a2166134a4481ad01a767a7c5-8230CEB3E3-0072012.pdf

Habibe, J., Henrique, N., Santos, J., Andrade, R., Franco, L. & Mello, D. (2022). Child development and home visits in early childhood: concept map. *Acta Paediatrica de Enfermagem*, 32(1), 1-9. <http://dx.doi.org/10.37689/acta-pae.2022a02653>

Huang, X., Ou, P., Qian, Q. & Huang, Y. (2021). Long-term effectiveness of behavioral intervention in preschool children with attention deficit hyperactivity disorder in Southeast China: a randomized controlled trial. *BMC Pediatrics*, 21(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12887-021-03046-8>

Informal. (2022). *Resumo das características de desenvolvimento - Manual de Pediatría Clínica*. Lincea Informal

Khandakian, B., Choudhury, S., Vaidya, V., Al-Sharif, N., Bhattacharya, N., Jena, S., Gola, J. & Prasad, A. (2020). Distinct influence of parental occupation on cortical thickness and surface area in children and adolescents: Relations to self-esteem. *Human Brain Mapping*, 41(18), 5075-5113. <https://doi.org/10.1002/hbm.23169>

Lee, R., Martin, D., Lina, A. & Boudreau, M. (2022). Educational interventions in child development and health literacy: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), 1-10. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0116>

Meyers, J., Call, N., Gewirtz, K., Schellhaas, M., Miller, S., Moulton, C., Hewitt, S., McCracken, C., Ibrahim, L. & McElwain, B. (2020). A pilot randomized clinical trial of a multidimensional intervention for encephalitis in children with autism spectrum disorder: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 1525-1537. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1060-3>

Niemczyk, J., Wagner, C. & Gossard, A. (2018). Incontinence in autism spectrum disorder: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 1525-1537. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1060-3>

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica

- Avaliação dos focos de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem

Planejamento de intervenções

Implementação

Avaliação de resultados

Conclusão

Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Oliveira, E. & Rocha, S. (2019). The Parent's Cultural Care Towards Promoting Child Development. *Revista Online de Pesquisa: Cuidado & Fundamentação*, 11, 397-403. <https://doi.org/10.9789/2175-5312019v11i2.397-403>

Oliveira, E., Rodrigues, S., Miranda, R., Costa, B., Cavalcante, R. & Machado, R. (2022). Transtornos mentais em crianças no contexto de saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 17(1), 1-8. <https://doi.org/10.18175/recom.v17i01.4342>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guia Orientadora de Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - Volume III*. https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documentos/CadernosOE_GuiaOrientadoraBoasPraticasCEEIP_Vol_III.pdf

Oswald, G., Knaping, J., Gots, M., Rasmussen, I., Graungard, A., Sorensen, V., Voss, B., Biederman, J., Appel, C. & Wilson, P. (2023). Family wellbeing in general practice: a study protocol for a cluster-randomised trial of the web-based resilience programme on early child development. *BMC Trials*, 24(7), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13062-023-03457-5>

Ramos, A. & Espinheira, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança*. Juvem Lincea Lidel

Regulamento n.º 422/2018. *Diário da República II* Série: 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 28-02-2023]. Disponível em WWW: <https://www.ordenenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documentos/CadernosOE_GuiaOrientadoraBoasPraticasCEEIP_Vol_III.pdf>

Ribeiro, J., Theofanis, M., Gomes, G. & Mota, M. (2017). Crianças hospitalizadas: perspectivas para o cuidado compartilhado entre enfermagem e família. *Revista de Enfermagem da UFPA*, 7(3), 350-362. <https://doi.org/10.3902/21797692.6333>

Rodrigues, J. & Vitor, M. (2021). Toma-se mãe de um segundo filho: O momento do nascimento. *Revista de Enfermagem Referência*, 8(1), 1-18. <https://doi.org/10.12728/REV2002>

Rosa, B. (2002). Fundamentos Teóricos para a Enfermagem de Família. In S. M. H. Hamon (Ed.). *Enfermagem de Unidades de Saúde da Família. Teoria, Prática e Investigação* (2nd ed., pp. 39-63). Loures: Lousica

Sampaio, F., Feldman, L., Laville, T. & Boudoukas, N. (2022). The cost-effectiveness of treatments for attention deficit-hyperactivity disorder and autism spectrum disorder in children and adolescents: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 31(1), 165-170. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01748-z>

Santi, D., Sousa, R., Bordin, L., Dias, A., Higashihara, J. & Baidouva, V. (2022). Saúde da adolescência na pandemia de Covid-19: uma construção através do modelo de Nola Pender. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(8), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0896g>

Standen, V., Beck, M., McElwain, J., Linnell, M., Phillips, C., Hackett, J. & Davy, R. (2022). A good start in life: Effectiveness of integrated multi-component multi-sector support on early child development - study protocol. *PLoS ONE*, 17(8), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0267666>

Torres, O. (2022). Tratamento psicológico aplicado a filhos com enxepressão. *Revista Cubana de Pediatría*, 94(1), 1-11. <http://revista.cel.cu/revista.php?revista=psiquiatria&id=60034-7331.2022000100004>

Voss, S., Wilson, P., Saxena, S. & Oswald, G. (2023). Increasing the psychosocial focus in child developmental assessment: a qualitative study. *BMC Pediatrics*, 23(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12877-023-03849-4>

Zuur, L. & Thompson, L. (2023). What parents should know about contagion in children. *JAMA Pediatrics*, 177(2), 216-217. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.5280>

Introdução

Avaliação inicial:

- Contextualização clínica

- Avaliação dos focos de enfermagem

Diagnóstico de enfermagem

Planejamento de intervenções

Implementação

Avaliação de resultados

Conclusão

Referências Bibliográficas

Estágio de Pediatria em Unidades de Internamento de Medicina

2022/2023



APÊNDICE C – FORMAÇÃO EM SERVIÇO SOBRE O DESENVOLVIMENTO INFANTIL AOS 12 MESES

 Escola Superior de Enfermagem
S. José de Cluny

 Escola Superior
Saúde Santa Maria

MESTRADO EM SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Estágio Cuidados Especializados II - Módulo II
Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

DESENVOLVIMENTO INFANTIL 12 MESES



Mestranda: Eduarda Sofia Abreu Vieira
Enfermeira Orientadora: Zita Viveiros

Janeiro 2023

DESENVOLVIMENTO INFANTIL 

COMPETÊNCIAS NO CONTROLO POSTURAL ATIVO

Decúbito ventral	Posição sentada (sem apoio)	Posição de pé
Adota a posição de gatinhar	Consegue adotar a posição sentada a partir das posições ventral ou dorsal	Consegue pôr-se de pé



Estágio de Saúde Infantil na Comunidade 2023

DESENVOLVIMENTO INFANTIL 12 MESES

DESENVOLVIMENTO INFANTIL 12 MESES



DESENVOLVIMENTO INFANTIL 

COMPETÊNCIAS LOCOMOTORAS

Movimento e equilíbrio

- Tenta gatinhar, rastejar ou deslocar-se na posição sentada (natigradação/"shuffler", para se movimentar;
- Consegue andar quando lhe seguram as mãos, suportando todo o peso do corpo nos pés;
- Anda agarrado à mobília (ou empurrando rodas).



Estágio de Saúde Infantil na Comunidade 2023

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

COMPETÊNCIAS MANIPULATIVAS

Aptidão manual

Preensão de pinça fina

Atira brinquedos para o chão intencionalmente (lançamento)

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

COMPETÊNCIAS VISUAIS

Função visual

Compreensão visual

Aponta o dedo com precisão para um objeto pequeno.

Observa, com interesse, movimentos das pessoas que se encontram a alguma distância ou que vê através de uma janela.

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

COMPETÊNCIAS NA AUDIÇÃO E LINGUAGEM

Função auditiva

Compreensão da linguagem

Olha em direção da voz dos pais

Reconhece o próprio nome

Compreende o nome de objetos ou pessoas que lhe são familiares

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

COMPETÊNCIAS NA FALA E LINGUAGEM

Vocalização

Linguagem expressiva

Imita sons produzidos pelos adultos (tosse, "brrr", estalar os lábios)

"Jargão" constante recorrendo a vogais e muitas consoantes

Utiliza uma palavra com significado

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

XX

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

COMPETÊNCIAS NA AUTONOMIA PESSOAL

Consegue beber um copo, com ajuda

Segura a colher mas não se alimenta

Alimentação

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

DESENVOLVIMENTO INFANTIL

COMPETÊNCIAS NA INTERAÇÃO PESSOAL

Comportamento social

Brincar

- Bate palmas o acena "adeus"
- Abana uma roca
- Procura um brinquedo que está parcial, mas não totalmente escondido
- Encontra rapidamente um brinquedo escondido

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

CONSULTA DE ENFERMAGEM 12 MESES

APRESENTAÇÃO DO CASO CLÍNICO

CASO CLÍNICO

Criança vinda na companhia da mãe para a consulta dos 12 meses. Criança interativa e com boa vitalidade.

Criança que assume a posição de gatinhar e põe-se em pé com apoio, anda agarrada à mobília. Atira os objetos ao chão propositadamente. Aponta com o dedo para objetos distantes e procura o objeto escondido. Responde ao nome e compreende os nomes de objetos familiares e pessoas. Imita os sons e diz uma palavra com significado. Explora os objetos à sua volta. Segura a colher, mas não a usa para se alimentar.

Regime alimentar: alimentação diversificada + leite misto, com boa evolução ponderal. Apresenta 4 dentes em bom estado e com hábitos de higiene oral. Frequenta infantário, com boa adaptação.

Mãe nega febre e outras queixas. Comprou vacina Nimenrix prescrita pelo médico de família. Mãe pede que a vacina Bexxero seja administrada noutro dia.

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

CONSULTA DE ENFERMAGEM 12 MESES



PLANO DE CUIDADOS CIPE



CONSULTA DE ENFERMAGEM 12 MESES



Foco	Juízo	Intervenções
ADESÃO À VACINA 	Comprometido	Informar sobre a vacina a administrar
		Informar sobre efeito colateral da vacina
		Ensinar a minimizar o efeito colateral da vacina
	Atual	Obter consentimento antes de vacinar
		Vacinar cliente (indivíduo)
		Observar o cliente (indivíduo) após administrar a vacina
	Melhorada	Vigiar efeito colateral da vacina
		Elogiar comportamento de adesão à vacina

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

CONSULTA DE ENFERMAGEM 12 MESES



Foco	Juízo	Intervenções
DESENVOLVIMENTO INFANTIL 	Potencialidade para-Comprometido	Vigiar padrão alimentar
		Monitorizar desenvolvimento infantil
	Em progressão	Monitorizar cabeça
		Monitorizar peso
		Ensinar sobre o desenvolvimento infantil
	Normal	Ensinar/Instruir a estimular o desenvolvimento infantil
		Ensinar sobre o resultado do brinquedo
	Melhorado	Ensinar sobre o comportamento interativo
		Incentivar o contacto da criança com outras crianças / com a família alargada
	Comprometido	Ensinar a proteger a dentição

Estágio de Saúde Infantil na Comunidade

2023

CONSULTA DE ENFERMAGEM 12 MESES



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



Bellman, M., Lingam, M., & Aukett, A. (2003). Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Manual do utilizador (1ª ed.). CEGOC. (traduzido de SGS II – Schedule of Growing Skills II (User's guide), 1996, Londres: The nfernelson Publishing Company Ltd);

Bellman, M., Lingam, M., & Aukett, A. (2003). Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Manual técnico (1ª ed.). CEGOC. (traduzido de SGS II – Schedule of Growing Skills II (Reference Manual), 1996, Londres: The nfernelson Publishing Company Ltd);

Conselho Internacional de Enfermagem. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. ICN

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>;

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



Obrigada pela atenção...!

APÊNDICE D – PLANO GERAL DE INTERVENÇÕES CIPE PARA CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA

PLANO GERAL DE INTERVENÇÕES CIPE PARA CRIANÇAS SUBMETIDAS A CIRURGIA		
Área de cuidado	Foco	Intervenções
Admissão	Atitude face à cirurgia	Apoiar o cliente
		Escutar o cliente
		Tranquilizar cliente
		Explicar a cirurgia
		Providenciar conforto
		Incentivar comportamento lúdico (ir à sala de atividades)
	Preparação para a cirurgia	Validar estado de saúde atual
		Validar identidade do cliente (colocar pulseira)
		Monitorizar peso
		Monitorizar altura
		Monitorizar temperatura corporal
		Prevenir infecção do local cirúrgico/Promover o tomar banho (clorohexidina)
		Promover o uso de roupa limpa
		Aplicar dispositivo de prevenção da dor (EMLA)
		Aplicar meias elásticas
Pais/ Cuidador	Tomar conta	Validar o conhecimento dos pais para tomar conta
		Demonstrar disponibilidade
		Confortar o prestador de cuidados
Ferida cirúrgica	Cicatrização da ferida	Avaliar a evolução da cicatrização da ferida
		Vigiar penso de ferida
		Executar tratamento à ferida
		Ensinar sobre cuidados a ter com o penso da ferida

		Avaliar complicações da ferida cirúrgica
Cuidados pós-cirúrgicos	Sinais vitais	Monitorizar pressão sanguínea
		Monitorizar a FC
		Monitorizar temperatura corporal
		Monitorizar trocas gasosas (saturação de O ₂ e/ou CO ₂)
		Monitorizar a dor
	Infeção	Monitorizar sinais e sintomas de infeção
		Gerir regime medicamentoso
		Vigiar o cateter venoso
	Dor	Gerir medicação analgésica
		Ensinar sobre autocontrolo da dor
		Adequar a entidade ambiental
		Aliviar a dor através da técnica de...
		Aplicar embalagem fria
	Hemorragia	Vigiar sinais e sintomas de hemorragia
	Autocuidado	Gerir a ingestão de líquidos
		Gerir a ingestão de alimentos
		Monitorizar eliminação urinária
		Assistir continuamente a posicionar-se (levante)
		Monitorizar o risco de úlcera de pressão com instrumento de avaliação

APÊNDICE E – FOLHETO “VÔMITOS NA CRIANÇA”

QUANDO DEVE PROCURAR AJUDA MÉDICA?



- Vômitos persistentes, sem tolerar líquidos
- Sinais de desidratação (olhos encovados, boca seca, choro sem lágrima, menos urina)
- Presença de sangue
- Febre elevada que não cede ao antipirético
- Dor de barriga intensa
- Sonolência e/ou prostração extrema
- Manchas espalhadas pelo corpo
- Bebê com idade inferior a 3 meses que vomita duas ou mais vezes
- Palidez generalizada
- Dor de cabeça
- Vomitando a medicação prescrita pelo médico
- Criança com outros problemas de saúde (diabetes, traumatismo craniano ou abdominal, cancro, transplantada, anemia)

Serviço de Urgência Pediátrica

Em caso de dúvida...

FALE CONNOSCO



969 319 732

LINHA DE APOIO À CRIANÇA

DISPONÍVEL 24 HORAS, 7 DIAS POR SEMANA



Serviço de Urgência Pediátrica

VÔMITOS NA CRIANÇA

Sintoma muito frequente

2 ou 3 dias de duração

Muitas vezes não requerem intervenção médica

Geralmente não significam situações graves

Podem ser tratados em casa

OS VÔMITOS...



... podem fazer-se acompanhar de dor de barriga, diarreia e/ou febre.

Devido ao esforço feito para vomitar, podem surgir alguns pontos vermelhos na face.

A **pausa alimentar** e a **hidratação oral** fracionada geralmente **levam à resolução do problema**, sem que haja necessidade de recorrer ao serviço de saúde.

POSSÍVEIS CAUSAS

- Gastroenterite viral ou bacteriana
- Refluxo gastroesofágico
- Alergia ou intolerância alimentar
- Intoxicações
- Acessos de tosse intensa
- Náuseas de movimento
- Enxaqueca
- Traumatismo cranioencefálico
- Outras infeções (apendicite, infeção urinária, entre outras)

O QUE DEVE FAZER?



Procure manter a **calma**!

Pausa alimentar: na meia hora seguinte ao episódio de vômito não deve oferecer alimentos ou líquidos à criança.

Se a criança for pequena e amamentada, não deve interromper a amamentação.

Fora do ambiente hospitalar, a criança **não deve ser medicada**, exceptuando se indicação do profissional de saúde.



PREVENIR A DESIDRATAÇÃO

Após a pausa alimentar, iniciar lentamente a ingestão de líquidos para garantir a reidratação oral!

Oferecer uma colher de chá (5ml) da solução de hidratação oral ou chá frio açucarado a cada 5 minutos.

GERIR A ALIMENTAÇÃO



Se os líquidos foram bem tolerados pela criança, oferecer gradualmente refeições pequenas e leves.

Nas refeições seguintes, oferecer alimentos cozidos e/ou grelhados, evitando gorduras e açúcares em excesso.

Se a criança estiver há 24 horas sem vomitar, pode voltar gradualmente à sua alimentação habitual.

REPOUSO



Deve tentar que a criança durma durante algumas horas...

O sono promove o esvaziamento do estômago, contribuindo para o desaparecimento da náusea.

APÊNDICE F – TABELA DE CONQUISTAS “AS CONQUISTAS DO S.”

As conquistas do S. []

	Domingo	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira	Sábado
Portei-me bem!							
Fiz xixi na sanita							
Fiz cocô na sanita							
Não usei fralda							
Comi a sopa, legumes e fruta							
Bebi água							
Escovei os dentes							

APÊNDICE G – FLYER “BENEFÍCIOS DA MASSAGEM INFANTIL”

Centro de Saúde do Caniçal



MASSAGEM INFANTIL

Os benefícios



- ❖ Facilita o alívio das cólicas
- ❖ Melhora a digestão e a obstipação
- ❖ Promove o relaxamento
- ❖ Facilita o sono do bebé

- ❖ Alivia o desconforto causado pelo rasgar dos dentes
 - ❖ Melhora a circulação
 - ❖ Relaxa e **tonifica os músculos**
 - ❖ Ajuda as articulações a ficarem mais flexíveis
- ❖ Ajuda a movimentar o líquido linfático pelo organismo, eliminando substâncias tóxicas
 - ❖ **Estimula o sistema imunitário** do bebé
 - ❖ Estimula os **5 sentidos**
- ❖ Favorece a libertação da hormona de **crescimento**
 - ❖ Diminui as hormonas do *stress*
 - ❖ Melhora o **desenvolvimento** psicomotor
 - ❖ Promove a **segurança** dos pais
 - ❖ Aumenta o **vínculo** entre os pais e o bebé

Fonte: Associação Portuguesa de Massagem Infantil

Contactos:
✉ Estrada da Pedradeira, Sítio da Banda do Silva, 9200-031 Caniçal
☎ 291 961 701 📠 291 960 847
✉ cs.canical@sesaram.pt

Elaborado por: Enfermeira Zita Viveiros e E.E. MESIP Eduarda Vieira

APÊNDICE H - ARTIGO DA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

SPECIALIZED INTERVENTIONS IN CHILD AND PEDIATRIC HEALTH NURSING: EDUCATIONAL STRATEGIES ON PARENTAL EMPOWERMENT TO CARE FOR THE NEWBORN

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIÁTRICA: ESTRATÉGIAS EDUCATIVAS NO EMPODERAMENTO PARENTAL PARA CUIDAR
DO RECÉM-NASCIDO

Eduarda Vieira^{1,2}

Olívia Barcelos^{1,2}

¹Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny

²Escola Superior Saúde Santa Maria

ABSTRACT: Background: The way that newborn's care is provided is crucial to the course of their healthy growth and development. Parental empowerment is essential to keep the newborn healthy, and so new parents must be informed and capable of ensuring their children's basic needs and affection, with autonomy and support in their decision-making. **Objective:** To identify the existing scientific production on educational strategies for parental empowerment to care for the newborn. **Method:** Integrative literature review in the CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials and MedicLatina databases, through the EBSCOHost search engine. **Results:** 393 articles published between 2018 and 2023 were analyzed, of which nine were selected to be part of the final sample, according to previously established inclusion and exclusion criteria. As a result of the expanded search, five other articles from other bibliographic sources were added to the review. It was found that the educational strategies included in the articles are divided between individual or group dynamics, occurring in the pre- or post-natal period, on a learning basis occurring face-to-face or through distance. **Conclusions:** This review highlights the importance of the topic under study, enhancing the need to value the newborn care among parents and specialized nurses in Child and Pediatric Health Nursing. Moreover, it is suggested the implementation of an integrated newborn care course, extendable to parents and caregivers, throughout both pre and post-natal periods, with group meetings between parents and professionals along with remote dynamics with the creation of virtual groups.

Key-words: parental empowerment, prenatal education, postnatal care, newborn, parenthood, child and pediatric health nursing

RESUMO: Introdução: A forma como são prestados os cuidados ao recém-nascido é determinante no decurso do seu crescimento e desenvolvimento saudáveis. O empoderamento parental é essencial à manutenção da saúde do recém-nascido, uma vez que os novos pais devem estar informados e capacitados para assegurem as

necessidades básicas e de afeto dos seus filhos, com autonomia e fundamentação na sua tomada de decisão.

Objetivo: Identificar a produção científica existente sobre estratégias educativas no empoderamento parental para cuidar do recém-nascido. **Método:** Revisão integrativa de literatura nas bases de dados CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina, por intermédio do motor de busca EBSCOHost. **Resultados:** Foram analisados 393 artigos publicados entre 2018 e 2023, dos quais nove foram selecionados para integrar a amostra final, segundo critérios de inclusão e exclusão previamente estabelecidos. Resultado da pesquisa alargada, foram adicionados à revisão outros cinco artigos provenientes de outras fontes bibliográficas. Verificou-se que as estratégias educativas contempladas nos artigos se dividem entre dinâmicas individuais ou de grupo, ocorridas no período pré ou pós-natal, e de carácter presencial ou à distância. **Conclusão:** A presente revisão enaltece a importância da temática em estudo, com a necessidade de valorização do cuidado ao recém-nascido junto dos pais e do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Como tal, sugere-se a implementação de um curso integrado de cuidados ao recém-nascido, extensível a pais e cuidadores, ao longo de ambos os períodos pré e pós-natal, com a realização de encontros de grupo entre pais e profissionais e com dinâmicas à distância com a criação de grupos virtuais.

Palavra-chave: empoderamento parental, educação pré-natal, cuidado pós-natal, recém-nascido, parentalidade, enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

INTRODUCTION

Nowadays, the care for newborn (NB) has become a particular focus of attention by the entities that regulate health in the world, as infant morbidity and mortality represent important indicators of global development and quality of health care on a global scale. Through the Sustainable Development Goals stipulated for the year 2030, the United Nations intends to substantially reduce the number of preventable deaths of NB (Rodrigues et al., 2023), thus reflecting the importance of humanized, integrated and preventive care.

Due to their susceptibility, NB require careful and meticulous attention when it comes to their care. In order to understand the fragility described, given the biopsychosocial risks to which he is exposed (Santos et al., 2021), it is important to clarify that the World Health Organization ([WHO], 2020) defines a NB as every child born up to his 28 days of life.

According to Santos et al. (2021), 70% of neonatal deaths occur from preventable causes, many of them related to inadequate care for NB.

Jardim et al. (2019) corroborate this statement, stating that adequate and timely healthcare can prevent complications in the mother and NB. For this reason, the authors highlight the importance of health care at birth, as determinants of the survival, well-being and development of NB.

In addition to the important role of health professionals in providing pre- and post-natal care, and taking into account the complex and vast range of care that NB require, Santos et al. (2021) place some of the responsibility for the effectiveness of the NB's healthy growth and development on the family. Socially, although the birth of a child represents a desirable and somehow expected family milestone, there is a consensus that it is also one of the most complex transitions to occur within a family (Caetano et al., 2018; Silva et al., 2021). Welcoming a new child into the family system requires that the different family members go through a set of adaptive responses to integrate and promote the healthy growth and harmonious development of the

NB, without neglecting the emotional, relational and binding component that should connect them. However, according to the authors, due to the requirement of the transformation in question, the adaptation process does not always move towards appropriation, and can constitute a real threat to the complete well-being of the new child, as their arrival in the family context could lead to a crisis event, compromising the family's real availability to identify and meet the NB's needs.

Regardless of the success of the transactional process, culturally transmitted knowledge also has a great influence on the way NB care is provided (Santos et al., 2021). Regarding this empirically acquired knowledge, the authors state that care practices are commonly found to be contrary to the scientific recommendations that evidence-based practice proposes, having a negative impact on the NB's health.

In order to contribute to reducing the number of hospitalizations and neonatal deaths from preventable causes, Jardim et al. (2019) and Santos et al. (2021) reiterate that, through the empowerment of the family nucleus, nurses must develop guidelines to promote the autonomy of families to take care of the NB. To this end, the different authors point to a first identification and analysis of the real needs of families, on which nurses must base and organize educational strategies to be implemented preferably in a primary health care context.

In this philosophy of care, Santos et al. (2021) and Stelwagen et al. (2021) introduce the notion of parental empowerment, pointing out to the person's own responsibility for actions that may directly affect their individual and collective health. With this, it is intended that parents and family are active subjects in building knowledge and skills to subsequently decide correctly on the best and safest way to care for the new family member, counting on the therapeutic relationship and personalized

guidance from the nurse to it (Luz et al., 2020; Baghini et al., 2023). For Jardim et al. (2019), empowerment translates the effective result of the transmission of theoretical-practical knowledge, reflected in the trust and security that support the decisions made by parents when caring for the NB. Luz et al. (2020) add that capable families are more successful in managing their parental role.

Empowerment is, alongside the person's own personal motivation to be empowered, building their knowledge and improving their practice in matters of health. Empowering is an intrinsic process and supported by the premises of health education (Silva et al., 2022), as a strategy that facilitates the acquisition of knowledge and training of skills, transforming them into grounded and consolidated practices. Effectively, these concepts take shape in the work of nurses (Amorim & Backes, 2020), given their important role in promoting autonomy and independence for self-efficacy in managing the health processes of children and their families.

Objectives

The realization of this literature review aims to identify existing scientific production on different educational strategies for parental empowerment to care for NB, given that the focus of attention of the Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing (NSCPHN) should be the complete training of parents to ensure adequate care for their children in their first 28 days of life.

METHODOLOGY

To determine the existing knowledge on the topic under study, an integrative literature review (ILR) was carried out which, by bringing together the theoretical-practical evidence published on a given phenomenon, allows us to understand the production of existing scientific evidence on the same (Sousa et al., 2018; Mendes et al., 2019). This

understanding is made through a broad literature search, followed by a detailed and critical analysis to draw conclusions about the statements that support the topic under investigation.

The rigor implicit in a ILR was enforced and was distributed across distinct sequential stages, recommended by Mendes et al. (2019) and Oermann and Knafl (2021), which go through the selection of the topic of interest and formulation of the respective research question, determination of the inclusion and exclusion criteria to be used on the research results, research and selection of scientific production through application of the different criteria, data extraction and categorization of the chosen studies, analysis and interpretation of results, and presentation of them through the synthesis of gathered knowledge.

After identifying the study topic, the guiding research question was formulated, according to the PICO strategy, whose acronym means the definition of the concepts Population, Intervention, Comparison and Outcome, respectively (Sousa et al., 2018; Mendes et al., 2019). In this theme, it was defined as P (parents of NB), as I (educational strategies), and as O (parental empowerment to care for the NB), with no applicability of the comparison concept in this domain. Resulting from the combination of terms that make up the PICO strategy, the research question arises “What are the educational strategies used in parental empowerment to care for NB?”

In addition, the inclusion and exclusion criteria to be applied to the bibliographic research were defined. This ILR includes all full articles available for free, published in the last five years (dated from 2018 to 2023), in Portuguese, English or Spanish, and which include educational strategies aimed at parents and/or caregivers about caring for a NB. In compliance with the established exclusion criteria, were rejected from ILR all articles with paid

availability, of the type of secondary studies, published prior to 2018, in other languages that do not respect Portuguese, English or Spanish, which are of the communication type, poster, thesis or book, which do not cover the NB at all, which refer to situations of specific illness and/or prematurity, which include educational strategies focusing on other themes, and which do not answer the research question.

Therefore, the research itself occurred during the month of November 2023 and got carried out in the databases CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials and MedicLatina, through from the EBSCOHost search engine. The search was based on the determination of specific descriptors on the topic in the light of the Medical Subject Headings (MESH) terms, enriched by the “*” tool and combined by Boolean connectors, resulting in the Boolean phrase (“parent empowerment” OR empower *) AND (infant, NB OR infant care OR *natal care) AND (prenatal education OR health education) AND (nurs* OR neonatal nursing).

The selection of articles found, which initially included the elimination of duplicate articles, was carried out in three distinct phases through sequential reading of the title, abstract and full text, to which the inclusion and exclusion criteria already presented were applied. This process was carried out by a single independent researcher, with doubtful situations being analyzed by a second researcher. To guarantee and respect the methodological rigor behind an ILR, as determined by Tricco et al. (2018) and Page et al. (2021), the principles present in the PRISMA checklist were considered, which allowed studies obtained from other research sources to be included in the ILR.

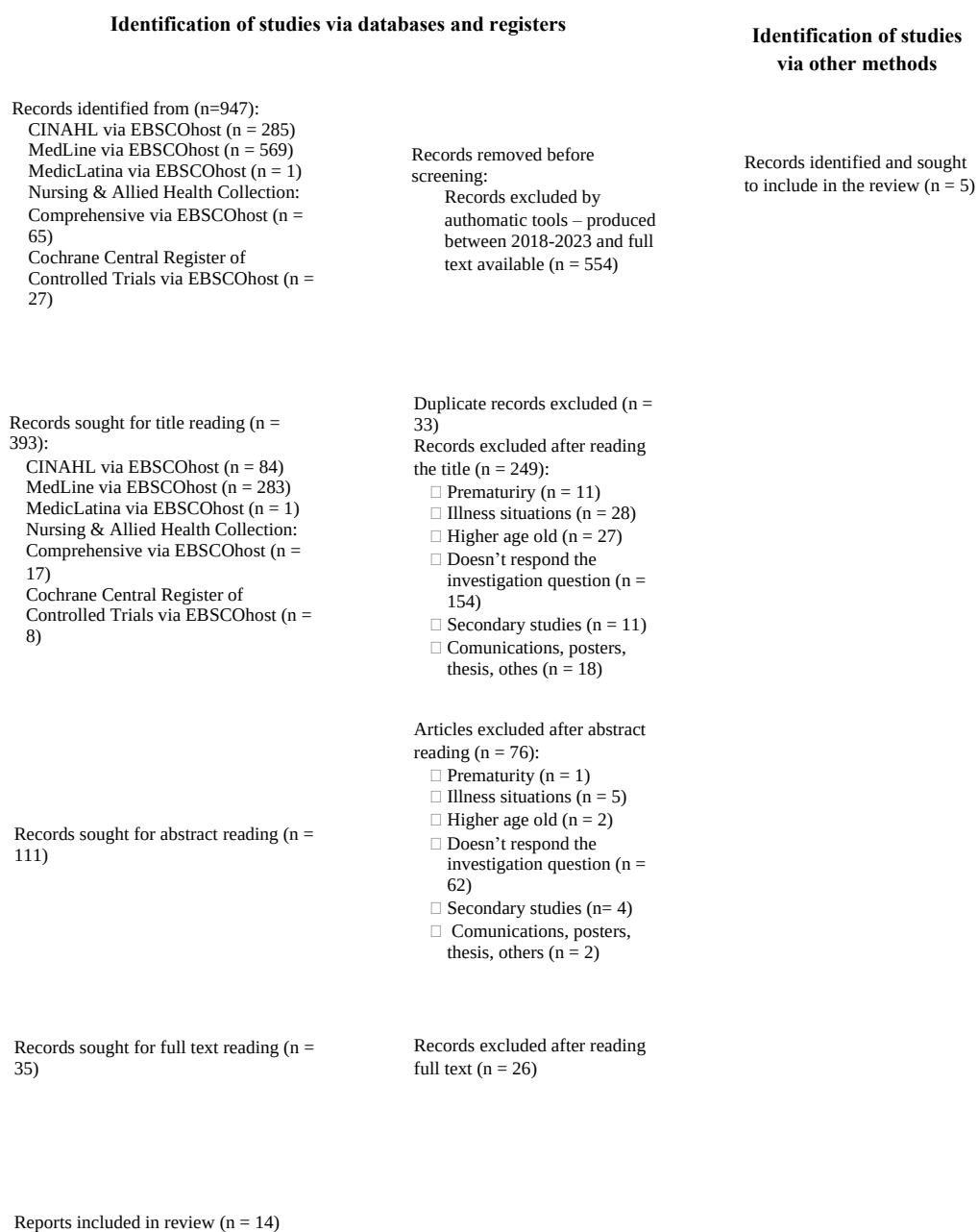
Finally, a careful analysis of the selected articles was done through out a data extraction

process with a specific instrument, aimed at recording the most pertinent particularities of each study, such as their objectives, their strategies and their main conclusions, in response to the research question that led the ILR. Through this analysis, the articles obtained were stratified into conceptual subcategories.

RESULTS

From the Boolean phrase presented, a total of 947 articles were obtained, to which the search engine's automatic filters were applied relative to full text and the time range 2018-2023, thus resulting in a total of 393 articles to be analysed. Of the latter, 33 were excluded due to duplicate reason, and the inclusion and exclusion criteria previously determined were applied to the remaining 360 articles. In the first instance, the title of all articles presented was read, from which 249 articles were eliminated. The summary of each of the remaining 111 articles was carefully interpreted considering the established search criteria, excluding 76 articles throughout the process. 35 articles were submitted for reading in full text, of which nine were included in the ILR. As a result of other research, and in accordance with the new PRISMA 2021 guidelines, another five articles that could answer the research question were added to the review, thus totalling 14 articles included in the ILR. The entire course of research towards the final sample of articles is presented in detail, schematically, through the PRISMA 2021 flowchart (Fig. 1) that follows.

Figure 1– The PRISMA Flow Diagram of Study Selection Process



In analysis, the articles that make up the ILR mostly report on studies carried out in Brazil (64.3%), although the remainder are distributed worldwide across Norway, Kenya, India and the Middle East, including Iran. 50% of the studies in assessment take place in the context of primary or community health care, with 42.9% occurring in a

hospital environment and one of them (7.1%) in both locations. Regarding the time in which they take place, 28.6% of the articles refer to educational projects in the prenatal period, 50% in the postnatal period and the remaining 21.4% extend to both moments. Regarding the target population, 57.1% of the articles report on studies aimed only at mothers

and the other 42.9% covered fathers, family members and other caregivers. Regarding its organization, half of the articles refer to group strategies, 42.9% to individualized interventions and 7.1% to a mixed approach. About the content, 71.4% of the articles, mostly focused on the postnatal period, report on studies whose educational practices focus on NB care, while 28.6% share the educational focus of NB care with care for pregnant women and/or women who have recently given birth, especially happening in the prenatal period. Of the portion dedicated to NB care, 78.6% of the studies include teaching on breastfeeding, 57.1% on hygiene care and umbilical stump care, 42.9% on sleep safety, 28.6% on vaccination and warning signs, and 71.4% also include other areas of care (colic, temperature, oral hygiene, among others). It should be added that only one of the articles (7.1%) focused on aspects relating to the relationship between the mother-child dyad and their bond.

Once the reading and analysis of the articles selected for ILR has been completed, and considering the research question “What are the educational strategies used in parental empowerment to care for NB?”, the results obtained were categorized, for a better understanding of the phenomenon under study, in order to contribute to a well-founded and organized planning of specialized nursing care in CPHN. As such, the emerging categories were divided into three distinct domains, according to the analysis summarized in table 1 below.

Table 1 – Articles in subcategories.

Author / Year	Title	Intervention period		Intervention type		Education strategy	
		Pre natal	Post natal	Individual	Group	Theoretical /practical	Digital
Eluri et al. 2022	Can flip-chart assisted maternal education improve essential newborn care knowledge and skills? A randomized controlled trial.		√		√	√	
Fontenele et al. 2019	Construção de um mapa de conversação para gestantes e puérperas sobre os cuidados com o recém-nascido.	√	√		√	√	
Pinto et al. 2022	Construction and validation of a clinical simulation scenario on umbilical cord stump care.		√	√		√	
Santos et al. 2020	Educational technology on home care with low-risk newborns.		√		√	√	
Ladley et al. 2018	Educational text messages decreased emergency department utilization among infant caregivers: a randomized trial.		√	√			√
Sousa et al. 2022	Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families.	√	√	√			√
Gitaka et al. 2018	Evaluating quality neonatal care, call centre service, tele-health and community engagement in reducing newborn morbidity and mortality in Bungoma County, Kenya.	√	√	√			√
Lima et al. 2019	Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle.	√			√	√	
Souza et al. 2019	Health education in the empowerment of the pregnant woman.	√			√	√	
Lino et al. 2020	Intervenção educativa na atenção pré-natal e o cuidado ao recém-nascido.	√			√	√	
Høifødt et al. 2020	Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby).		√	√		√	
Duarte et al. 2019	Preparing for discharge of low-risk newborns to home care.		√	√		√	
Mota et al. 2021	Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas.	√			√	√	
Okhovat et al. 2022	The effect of educational support intervention including peer groups for infant care on the growth rates of infants, breastfeeding self-efficacy and quality of life of their mothers in Iran: study protocol.		√	√	√		√

In particular, the process of categorizing the articles resulted in the categories of **parental empowerment in the prenatal period versus the postnatal period, individualized versus group intervention, and theoretical-practical versus digital educational strategies.**

DISCUSSION

From the analysis and selection of articles included in this ILR, it was possible to draw conclusions about the different teaching methods and action strategies seeking the cognitive and practical preparation of parents and caregivers for the care of NB, thus answering the question of investigation initially proposed, with the purpose of subsequently systematizing a nursing care plan within the scope of parental empowerment for the care of the NB.

Parental empowerment in the prenatal period versus postnatal period

Pregnancy is characterized by Mota et al. (2021) as a stage marked by a lack of information, as it is a new event in family life. Parental support is, therefore, an essential tool in adapting to parenthood, as it increases parents' confidence and security in caring for their NB, mediating their expectations regarding the role of father and mother (Chegini et al., 2020).

In addition, due to the inherent complexity, Santos et al. (2021) suggest that NB care should also be addressed and worked on at all appropriate times prior to birth - in the prenatal period, when the family is more receptive to interpret and assimilate information. According to Abebe et al. (2023), the earlier prenatal care is provided, the better its effects on the overall health of the mother and NB.

Prenatal care, considered neglected by Mota et al. (2019) and insufficient by Souza et al. (2019), must include all the necessary support in order to transmit the most important guidelines to parents for

caring for their NB, thus promoting a positive and peaceful postpartum experience, with a consequent reduction in the complications associated (Lima et al., 2019; Souza et al., 2019; Lino et al., 2020; Mota et al. 2021). As stated by Marques et al. (2021) and Rodrigues et al. (2023), prenatal care represents an essential component of primary health care, recognized as crucial in reducing neonatal deaths.

Mendes et al. (2018) and Bhattarai et al. (2022) state that prenatal care encompasses a set of measures designed to provide adequate biopsychosocial care to promote the health of NB, through educational and preventive actions. According to Duarte et al. (2021) and Amorim and Backes (2020), this care must integrate the training of actions related to the satisfaction of basic needs and disease prevention in NB, capable of significantly reducing levels of morbidity and consequent neonatal mortality. Still, Marques et al. (2021) and Bhattarai et al. (2022) concluded that prenatal care needs to improve aspects related to NB care, as during this period care is mostly focused on the mother's needs as a pregnant/puerperal woman. Prenatal follow-up is the first step to preventing future complications in the NB's health and, therefore, should give greater importance to their care (Marques et al., 2021; Bhattarai et al., 2022).

According to Lima et al. (2019) and Lino et al. (2020), prenatal education also prevents episodes of anxiety secondary to fear of the unknown, especially in first-time parents. Lino et al. (2020) add that interventions in this area promote the autonomy and empowerment of parents, but there is a continued need for parents to be monitored by health professionals, especially in the first month after birth.

Postnatal care, which extends from birth to six weeks of life, is essential in promoting maternal and child health and must be accessible to everyone (WHO, 2022). The WHO recommendations (2022)

on the promotion of positive postnatal experiences for NB reflect the importance of educational strategies in this area, as they advocate the transmission of information and advice to prepare parents and caregivers for a safe transition to home. To complement this process, it is also important to provide supporting educational materials, adapted to the cognitive abilities of each family, such as leaflets, in paper or digital format (WHO, 2022; Silva et al., 2023).

According to the ILR results, it is in the postnatal period that there is an increase in the attention dedicated to NB care. Duarte et al. (2019), Eluri et al. (2022) and Pinto et al. (2022) developed studies on educational approaches in the immediate postpartum period, which aim to prepare parents to care for them after hospital discharge. According to Eluri et al. (2022), the postpartum period is favourable to mothers' receptivity on obtaining this information, and the fact that it occurs immediately after birth increases the probability that it will persist for six months after the intervention. In turn, Ladley et al. (2018), Høifødt et al. (2020), Santos et al. (2020) and Okhovat et al. (2022) developed their studies beyond the puerperal period, giving the notion of continuity of care.

As such, Machado et al. (2021) state that rooming-in, as a regime that determines the simultaneous hospitalization of the mother-child dyad after birth, is a privileged space for nurses to educate parents about basic care for their children, rationally managing knowledge to be transmitted, as parents should not feel pressured or overwhelmed with too much information. Likewise, the authors add that it is in this context that beliefs and myths, cultural or generational, that could compromise the NB's health must be demystified and clarified.

However, for Machado et al. (2021), given the short period of time in which the rooming-in takes place, it is not possible for the nurse to be able to

provide comprehensive teaching about NB care. Recognizing a certain limitation in this aspect of postnatal care that requires the prioritization of only a few aspects, the authors highlight the need to combine prenatal care with postpartum care, given the benefits that arise from this for the NB, parents and family.

In fact, some of the studies selected for the ILR, such as those by Gitaka et al. (2018), Fontenele et al. (2019) and Sousa et al. (2022), extend their action throughout the two periods, starting their educational intervention in the prenatal period and, after birth, evaluating its effectiveness and complementing it, as necessary. According to Cardoso and Marín (2018), the highest levels of knowledge about NB care in the postnatal period were found among mothers who attended prenatal courses to prepare for parenthood. Through a study carried out in Ethiopia, Habte et al. (2021) reiterate that a way to increase adherence and knowledge inherent to the postnatal period is to improve access and equity to prenatal care.

Individualized versus group intervention

As seen, the experiences related to the birth of a NB differ to each family, depending on their biopsychosocial contexts. Within the family itself, it may also be possible to verify different perspectives on NB care, as each of its members suffers the impact of external influences (Silva, et al. 2023). For this reason, Otsuka-Ono et al. (2019), Rabiepoor et al. (2019) and Walsh et al. (2021) advocate the inclusion of parents and other close caregivers in maternal and child health education programs, as their participation allows them to be active and informed subjects in decision-making processes regarding the NB's health, thus increasing the levels of parental self-efficacy as a result of their empowerment. The presence of the father in the context of perinatal care brings advantages to the

mother-father-child triad, assuming relevance in terms of maintaining care for the NB and biopsychological support for the mother (Firouzan et al., 2018).

In fact, this ILR includes eight articles whose intervention alludes to the participation of the father and/or other family caregivers, while the remaining six refer exclusively to the mother figure. According to Lima et al. (2021), it is the nurse's responsibility to involve parents in pre- and post-natal care to facilitate their process of adapting to parenthood and the new inherent responsibilities.

From another perspective, we have Ladley et al. (2018), Pinto et al. (2022) and Sousa et al. (2022) that developed their intervention individually, designated in this way because there was no notion of contact with other people outside the family nucleus during the study. Francis et al. (2019) elevate group prenatal care to the detriment of individual care, given the innovation and respective benefits. However, these last authors raise the issue of the personal preferences of pregnant women, who do not always feel comfortable with this type of education. As Ratzon et al. (2022), as a result of a study carried out in Israel on the different impacts of individual and group interventions in prenatal care, the levels of knowledge of women who attended group dynamics proved to be higher at the end of the intervention, when compared with the levels of women who were treated individually.

Gitaka et al. (2018), Duarte et al. (2019), Fontenele et al. (2019), Lima et al. (2019), Souza et al. (2019), Høifødt et al. (2020), Lino et al. (2020), Santos et al. (2020), Mota et al. (2021) and Eluri et al. (2022) included in ILR designed their intervention in a group modality, with different groups of mothers, fathers and caregivers, with the justification that this way of acting in health education translates into positive effects in the construction of knowledge and decision-making

regarding health and wellness. In general, consensually, the mentioned authors state that this form of intervention is dynamic and oriented towards objectivity, without neglecting the sharing of experiences and the interpretation and correction of less appropriate cultural knowledge that it fosters. These findings are also corroborated by Malchi et al. (2023) in a study on the effect of prenatal group intervention on the empowerment of pregnant teenagers. According to Lima et al. (2019), this is a strategy that can empower women through their active participation, mediated by qualified health professionals and learning facilitators, from which they build their own health behaviours.

Theoretical-practical versus digital educational strategies

Educating for health with a view to empowerment can take many forms, unlimited in creativity and innovation. As an educator for parenting (Duarte et al. 2019), the nurse is the agent responsible for organizing strategies for transmitting knowledge and training to care for the NB (Reticena et al., 2022), in a humanized way, personalized and adapted to the cognitive, socioeconomic and cultural characteristics of the parents to work with.

Given the adequacy of the interventions mentioned, it was found that the studies carried out by Gitaka et al. (2018), Fontenele et al. (2019), Santos et al. (2020), Eluri et al. (2022) and Sousa et al. (2022) carried out an early analysis of the target population through characterization and diagnosis questionnaires of pre-existing knowledge. Most of these authors adjusted the intervention plan to the real needs encountered, while others maintained their planned intervention regardless the results obtained. According to the results of an integrative review carried out by Góes et al. (2021), nurses' educational practices must meet the real needs of parents and families regarding taking care of the NB,

according to a sensitive, systematized and humanized vision, centred on parents and the NB.

With regard to educational strategies themselves, Duarte et al. (2019), Fontenele et al. (2019), Lima et al. (2019), Souza et al. (2019), Høifødt et al. (2020), Lino et al. (2020), Santos et al. (2020), Mota et al. (2021) and Eluri et al. (2022) describe in their articles intervention methodologies compatible with what they call education through dialogue, described by some of the authors as a “dialogical approach”, which consists of the transmission of knowledge, preferably to groups, through the explanation of phenomena, the experiences sharing, the knowledge mobilizing, the discussion of situations and the care guiding. Furthermore, Duarte et al. (2019), Fontenele et al. (2019) and Mota et al. (2021) add the notion of problematizing to this dialogical approach, as it calls for reflection and critical analysis about several topics by the participants, in order to promote their autonomy and responsibility in taking care of their health.

According to Mota et al. (2021) and Xavier et al. (2021), this type of teaching stimulates interaction between peers, facilitates the assimilation of information and the understanding of aspects related to care, directly contributing to parental empowerment. Furthermore, for Ferreira et al. (2018), teaching based on communication has the power to transform the target population into active individuals in caring and to extend learning beyond the emerging difficulties of the moment. Also, Sardinha et al. (2019) support the effectiveness of education supported by dialogue, as through games and a “conversation circle” they figured out the increase in knowledge levels of pregnant women about breastfeeding.

To enrich and energize their dialogue-based approaches, except for Lino et al. (2020) and Høifødt et al. (2020), the different authors complemented

their action plan with different dynamics and educational materials. According to Ribeiro et al. (2018), easy-to-understand educational materials are an important adjunct to nurses' work, facilitating visualization and consequent assimilation of knowledge.

Eluri et al. (2022) in small group sessions of two to three mothers, lasting 15 to 20 minutes, held on the second postnatal day, used a series of posters to address aspects related to breastfeeding, warning signs and other care for the NB. Mota et al. (2021), through two educational practices lasting two hours each, which shared the focus of attention between the NB and the care of women in the postpartum period, aimed at 16 pregnant women, gathered symbolic objects necessary for the care of the NB in a closed box to encourage discussion topics.

In the same thought way, Fontenele et al. (2019) created a “conversation map” that supported the development of their study with 15 pregnant women (and consequently postpartum women) in weekly meetings over six months. This map consists of an enlarged image that brings together various aspects of NB care, along with several cards on it with themes to develop the discussion of aspects within the main theme.

The three aforementioned studies proved that the strategies adopted were effective in involving and cognitively empowering parents to care for their NB, as they allowed to prevent the occurrence of complications and reduce parents' feelings of incapacity and anxiety (Eluri et al., 2019; Fontenele et al., 2019; Mota et al., 2021).

In addition, focusing on emotional care for NB, Høifødt et al. (2020) put into practice teaching parents based on Newborn Behavioral Observation (NBO) in three different periods of 15 to 40 minutes each, occurring two days after birth, in the first home nursing consultation between the seventh and tenth day after birth, and in the health surveillance

consultation four weeks after birth. With their intervention, the authors promoted an adaptation to parenting based on the baby's real needs, as the NBO provides the strengthening of the binding relationship between parents and their NB through the identification and interpretation of the baby signs evidenced when different stimuli are applied (Høifødt et al., 2020). In their conclusions, Høifødt et al. (2020) confirm the positive effects of their study, since parents who received knowledge about NBO revealed greater ability to understand the signs shown by their NB regarding socialization, sleep and crying.

In another methodological approach, some authors included demonstration-based practices in their dialogic intervention, with or without subsequent training by parents. Duarte et al. (2019) used the drawn figure of a NB so that, as the care was being explained and demonstrated, the 17 parents and family members included in the seven applications of the study would mark the part cared for and the teaching presented.

Lima et al. (2019) and Souza et al. (2019), who developed their projects in the prenatal period, applied dialogic and demonstrative educational strategies on NB care in a small part of their intervention, just like Mota et al. (2021), focusing their studies on the care of pregnant women. More specifically, Lima et al. (2019) developed an educational program divided into eight sessions of three hours each, in which only one of the sessions, with practical demonstration included, is dedicated to the NB. In turn, Souza et al. (2019) carry out their study in a single meeting, with three future mothers, and during that same moment they address various issues related to pregnancy and NB care. This last study combines the theoretical aspect of teaching with demonstrations, practical training and the provision of a booklet.

In fact, the mentioned authors concluded that dialogue and demonstration are effective in building knowledge with parents (Duarte et al., 2019; Lima et al., 2019; Souza et al., 2019). In agreement, Jeihooni et al. (2019) draw similar conclusions in a study carried out on the impact of an educational intervention on the breastfeeding behavior of pregnant women, in which demonstrated teaching and skills training, along with positive reinforcement and encouragement, improve the perception and control of aspects related to breastfeeding.

Furthermore, in their nine “conversation circles” with 17 participants, including mothers and family members, Santos et al. (2020) associated the use of realistic low-fidelity simulation using mannequins to exemplify NB care such as bathing and cleaning the umbilical stump, feeding, sleeping position, among others. Kaiza and Joho (2023), in a study that took place in Tanzania with young mothers, studied the effect of low-fidelity simulation on training knowledge, practices and self-efficacy in breastfeeding, proving that this way of working in health education brings benefits training mothers to breastfeed more safely and for longer.

In this context, Pinto et al. (2022) planned the construction and validation of a clinical simulation scenario regarding the care of the umbilical stump, which resulted in a checklist and a manikin for the application of the care. Due to the ongoing Covid-19 pandemic, the development of this methodology was carried out in the form of representation with an actress for that purpose, being therefore under approval by specialist nurses, with the necessary analyzes and corrections, thus obtaining favorable results that allow it to be applied, effectively, to the parents of NB.

From the perspective of the innovation of care, studies that applied their intervention in a distance regime, via digital and technological means, are introduced. The four following authors used and

made the most of the cell phone as a work tool, not only to maintain close contact with the participants, but also to provide them with essential teachings for decision-making regarding the maintenance of their NB's health.

Ladley et al. (2018) sought to determine the effectiveness of text messages as an educational tool to reduce the prevalence of visits to emergency services in non-urgent health/illness situations. As such, the authors recruited a group of NB caregivers within primary health care, to whom they provided leaflets with anticipatory guidance on growth, child development and safety based on the Bright Futures project, from the American Academy of Pediatrics. Additionally, the recruited participants received four educational text messages per week until their children were six months old, with content complementary to the leaflets previously delivered and which report the reasons for greater demand for emergency services. According to the results obtained by Ladley et al. (2018), text messages had a positive effect on the frequency of visits to the emergency room, providing a feeling of greater comfort and security for parents when making decisions about their children's health.

Gitaka et al. (2018) provided mothers of NB with a telephone line run by nurses that, after hospital discharge, would be accessible for them to clarify possible doubts that concern the NB's health. In addition, this "call centre" service also included the sending of three text messages or three phone calls per week, depending on the level of literacy of the mothers or future mothers included. The content of these messages or calls focused on aspects related to breastfeeding, signs of dehydration, irritability, difficulty breathing and body temperature. It should be noted that both calls and messages could be initiated by the mothers themselves, depending on their needs. According to Gitaka et al. (2018), this methodology is valuable for the health of NB, as it

helps mothers in timely decision-making processes, in mediating the search for health services, and in referring urgent situations to health services.

In the study reported by Okhovat et al. (2022), all first-time mothers of children under the age of one formed the intervention group, and were therefore included in a WhatsApp® group, through which they could not only ask questions, but also receive educational content appropriate to the age of their children, twice a week for two months. Regarding the NB, health education encompassed topics on breastfeeding and conservation of breast milk, bathing the NB, care of the umbilical stump chord, changing clothes, vaccination, alarm signals, among others. Two days after sending and receiving the educational material, the pediatric nurse involved in the study sought to enlighten the mothers with more detailed explanations for a period of 40 minutes, where mothers could also intervene. Over the course of three months, the mothers in this group also had the opportunity to share and discuss their experiences regarding their children's growth and development, in a virtual "peer group" dynamic. No less important, the authors guaranteed the continuity of care inherent to their project and also included a way of consolidating the knowledge transmitted, by sending a summary of the teachings carried out at the end of each week. For Okhovat et al. (2022), this way of acting brings benefits in terms of mothers' self-confidence, in favour of their self-efficacy. Also, group sharing and the empathetic and close relationship with the health professional have favourable results on the performance of parental skills.

The findings made by the three authors listed are in line with those presented by other authors on the use of this new way of empowering. According to a study carried out by Abdollahi et al. (2020), the use of mobile phones for health interventions, called "ehealth", produced positive effects on maternal and

child health, even though the effect of its use is strongly influenced by the contextual factors involving the users. It should be noted that this concept of remote healthcare using communication and information technologies took on greater proportions during the Covid-19 pandemic (Moshki et al., 2023). Nevertheless, Peahl et al. (2020) add that this innovative methodology, which they call “telemedicine”, makes it possible to reduce inequities in access to health services, as they are easily achievable, as well as reducing absences from prenatal health care due to purposeful displacement. Under the name of “telenursing”, Oliveira et al. (2021) also used WhatsApp® as a work tool to establish a support network for future mothers, considering it a window of opportunity to provide advanced technological health practices.

Also remotely, Sousa et al. (2022) sent a 24-minute educational video about NB care to 58 parents and family members individually, via WhatsApp®. Through a comparative analysis of pre- and post-intervention knowledge, the study authors concluded that the educational video constitutes a valid tool in the acquisition of knowledge by parents and family members and can be a useful resource for nurses who provide health education (Sousa et al., 2022). It should be noted that, despite of being included in digital strategies due to distance and audio-visual nature, this methodology meets the previously described explanations about education based on demonstrative practice. The use of video as a teaching method also constituted for Arinitwe et al. (2020) a valid educational strategy, as when using this with a group of parents of NB, it increased their levels of confidence and knowledge on the topic presented, also improving the quality of care provided.

In short, there are several methodological strategies that can be implemented by NSCPHN in

parental empowerment to care for NB, although these must be combined to their best benefit, in order to enrich and complement educational objectives in health education.

CONCLUSIONS

The way in which care is provided to the NB is decisive on their healthy growth and development. Working on this care with parents, promoting their autonomy and security in care, must represent a priority in the NSCPHN action, as parental empowerment substantiates the decisions made about the best care for the NB, consequently preventing the occurrence of associated complications, morbidity rates and infant mortality.

However, the results of the review allow us to verify that the NB plays a secondary and less prominent role, especially when it comes to prenatal care, as the attention given to him is shared with other aspects related to labour and obstetric health. The production of scientific evidence on educational strategies for parental empowerment to care for NB is therefore limited with regard to the prenatal period.

It is, however, in the postnatal period that the NB assumes greater prominence, and various educational strategies have been developed in this context, such as group dynamics, based on dialogue and discussion, supported by educational materials on paper or audio-visual, using demonstrations and practical simulation, including monitoring through digital technological tools and two-way contact.

This ILR highlights the importance of the topic under study, with the need to value care for NB within parents and NSCPHN, both in hospital and in primary health care context, in the pre- and post-natal period, maintaining the notion of continuity between both periods. As such, it is suggested the implementation of an integrated NB care course, extendable to parents and caregivers, starting prenatally, with follow-up after birth through the

necessary reviews on aspects covered in the course, with the provision of informative material, with group meetings between parents and frequent contacts, whether in person, including home nursing consultations, or remotely with the creation of WhatsApp® groups.

BIBLIOGRAPHIC REFERENCES

- Abdollahi, M., Aval, M. & Peyman, N. (2020). ehealth Interventions in prenatal and postnatal care in Iran: A systematic review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 8(3), 1-9. <https://doi.org/10.22038/jmrh.2020.46319.1565>
- Abebe, G., Alie, M., Girma, D., Mankelkl, G., Berchedi, A. & Negesse, Y. (2023). Determinants of early initiation of first antenatal care visit in Ethiopia based on the 2019 Ethiopia mini-demographic and health survey: A multilevel analysis. *PLoS ONE*, 18(3), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281038>
- Amorim, T. & Backes, M. (2020). Managing nursing care to puerperae and newborns in primary healthcare. *Rev RENE*, 21, 1-10. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143654>
- Aritinwe, R., Willson, A., Batenhorst, S. & Cartledge. (2020). Using a global health media project video to increase knowledge and confidence in the mothers of admitted neonates in Rwanda: A prospective interventional study. *Journal of Tropical Pediatrics*, 66(2), 136-143. <https://doi.org/10.1093/tropej/fmz042>
- Baghini, F., Iranifard, E., Roudsari, R. & Najmabadi, K. (2023). The role of midwives in women's empowerment: a narrative review. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*, 11(3), 3767-3781. <https://doi.org/10.22038/JMRH.2022.68761.2016>
- Bhattarai, S., Pahadi, N., Chaulagain, S., Mahat, S., Panth, A. & Khadka, R. (2022). Utilization of antenatal services among postnatal mothers. *Journal of Nepal Health Research Council*, 20(3), 779-785. <https://doi.org/10.33314/jnhrc.v20i3.3952>
- Caetano, A., Mendes, I. & Rebelo, Z. (2018). Preocupações maternas no pós-parto: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, (17), 149-160. <https://doi.org/10.12707/RIV17074>
- Cardoso, A. & Marín, H. (2018). Gaps in the knowledge and skills of Portuguese mothers associated with newborn health care. *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 26, 1-9. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1859.2997>
- Chegini, L., Kamrani, M., Shiri, M., Farid, M. & Homami, S. (2020). The effect of an empowerment training program on the difficulty of the transition to parenthood and parenting stress: A quasi-experimental study among Iranian primiparous women. *Shiraz E Medical Journal*, 21(12), 1-9. <https://doi.org/10.5812/semj.101531>
- Duarte, F., Góes, F., Rocha, A., Ferraz, J., Moraes, J. & Silva, L. (2019). Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco. *Revista Enfermagem Uerj*, 27, 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2019.38523>
- Eluri, S., Baliga, B., Rao, S., Vinayagamoorthy, V. & Kamath, N. (2022). Can flip-chart assisted maternal education improve essential new born care knowledge and skills? A randomized controlled trial. *Maternal and Child Health Journal*, 26, 1891-1906. <https://doi.org/10.1007/s10995-022-03409-2>
- Ferreira, A., Dantas, J., Souza, F., Rodrigues, I., Davim, R. & Silva, R. (2018). O enfermeiro educador no puerpério imediato em alojamento conjunto na perspectiva de Peplau*. *Revista*

- Eletrônica de Enfermagem*, 20, 1-10. <https://doi.org/10.5216/ree.v20.45470>.
- Firouzan, V., Noroozo, M., Mirghafourvand, M. & Farajzadegam, Z. (2018). Participation of father in perinatal care: a qualitative study from the perspective of mothers, fathers, caregivers, managers and policymakers in Iran. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18, 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1928-5>
- Fontenele, N., Gubert, F., Braga, M., Benevides, J., Martins, M., Pinheiro, M. & Freitas, R. (2019). Construção de um mapa de conversação para gestantes e puérperas sobre os cuidados com o recém-nascido. *Revista Cubana de Enfermería*, 35(2), 1-17. SciELO. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192019000200005&lang=pt
- Francis, E., Johnstone, M., Convington-Kolb, S., Witrick, B., Griffin, S., Sun, X., Crockett, A. & Chen, L. (2019). Group prenatal care attendance and women's characteristics associated with low attendance: results from centering and racial disparities (CRADLE Study). *Maternal and Child Health Journal*, 23, 1371-1381. <https://doi.org/10.1007/s10995-019-02784-7>
- Gitaka, J., Natecho, A., Mwambez, H., Gatungu, D., Githanga, D. & Abuya, T. (2018). Evaluating quality neonatal care, call Centre service, tele-health and community engagement in reducing newborn morbidity and mortality in Bungoma county, Kenya. *BMC Health Services Research*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3293-5>
- Góes, F., Santos, A., Ledo, B., Silva, M., Bastos, M. & Pires, V. (2021). The Nurse's preparation of discharge of families in the promotion of the home care of the newborn: integrative review. *Revista pesquisa online Cuidado é fundamental*, 13, 1249-1255. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9458>
- Habte, A., Gebiremeskel, F., Shewangizaw, M., Dessu, M. & Glagn, M. (2021) Uptake of complete postnatal care services and its determinants among rural women in Southern Ethiopia: Community-based crosssectional study based on the current WHO recommendation. *PLoS ONE*, 16(2), 1-17. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246243>
- Høifødt, R., Nordahl, D., Landsem, I., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K. & Wang, C. (2020). Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, 20, 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>
- Jardim, M., Silva, A. & Fonseca, L. (2019). The Nurse's Contributions in Prenatal Care Towards Achieving the Pregnant Women Empowerment. *Revista pesquisa online Cuidado é fundamental*, 11, 432-440. <https://doi.org/10.9789/2175-531.2019.v11i2.432-440>
- Jeihooni, A., Kashfi, S. & Harsini, P. (2019). Impact of an educational intervention on breastfeeding behaviour among pregnant women. *British Journal of Midwifery*, 27(1), 33-42. <https://doi.org/10.12968/bjom.2019.27.1.33>
- Kaiza, R. & Joho, A. (2023). The effect of low-fidelity simulation training on breastfeeding knowledge, practice, and self-efficacy among young lactating mothers in Tanzania: A quasi-experimental study. *PLoS ONE*, 18(11), 1-11. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0285392>
- Ladley, A., Hieger, A., Arthur, J. & Broom, M. (2018). Educational text messages decreased emergency department utilization among infant caregivers: a randomized trial. *Academic Pediatrics*, 18(6), 636-641. <https://doi.org/10.1016/j.acap.2018.02.003>

- Lima, K., Carvalho, M., Lima, T., Alencar, D., Sousa, A. & Pereira, A. (2021). Father's participation in prenatal care and childbirth: contributions of nurses' interventions. *Investigación y Educación en Enfermería*, 39(2), 1-11. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e13>
- Lima, V., Hollanda, G., Oliveira, B., Oliveira, I., Santos, L. & Carvalho, C. (2019). Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle. *Revista Online de Pesquisa Cuidado é Fundamental*, (4), 968-975. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.968-975>
- Lino, A., Corrêa, C., Bussadori, J., Furtado, M., Fonseca, L. & Wernet, M. (2020). Intervenção educativa na atenção pré-natal e o cuidado ao recém-nascido. *Revista Brasileira Multidisciplinar*, 23(2), 47-55. <https://doi.org/10.25061/2527-2675/ReBraM/2020.v23i2Supl..870>
- Luz, E., Bastos, F. & Vieira, M. (2020). Construção e validação da Escala de Empowerment Individual no contexto da doença crônica. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20025>
- Machado, N., Jesus, M. & Olivindo, D. (2021) Atuação do enfermeiro nos cuidados ao recém-nascido em alojamento conjunto: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(14), 1-12. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i14.22185>
- Malchi, F., Abedi, P., Iravani, M., Maraghi, E., Mohammadi, E. & Saadati, N. (2023). The effect of group prenatal care on the empowerment of pregnant adolescents: Randomised controlled trial. *Sultan Qaboos University Med J*, 23(4), 502-509. <https://doi.org/10.18295/squmj.6.2023.041>
- Marques, B., Tomasi, Y., Saraiva, S., Boing, A. & Geremia, D. (2021). Orientações às gestantes no pré-natal: a importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. *Escola Anna Nery*, 25(1), 1-8. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0098>
- Mendes, K., Silveira, R. & Galvão, C. (2019). Uso de gerenciador de referências bibliográficas na seleção dos estudos primários em revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem*, 28, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2017-0204>
- Mendes, R., Santos, J., Prado, D., Gugel, R., Bezerra, F. & Gurgel, R. (2020). Evaluation of the quality of prenatal care based on the recommendations Prenatal and Birth Humanization Program. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 793-804. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.13182018>
- Moshki, M., Esmailzadeh-Asali, F., Rahmani-Bilandi, R., Esmaily, H., Dehnoalian, A. & Jafari, A. (2023). The effect of prenatal education in two ways, face-to-face and virtual, on the fear of natural childbirth in pregnant women. *Journal of Public Health*, 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01866-9>
- Mota, J., Almeida, M., Magalhães, G., Souza, V., Silva, J. & Anjos, K. (2021). Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas. *Revista Baiana Enfermagem*, 35, 1-13. <https://doi.org/10.18471/rbe.v35.41929>
- Oermann, M. & Knafl, K. (2021). Strategies for completing a successful integrative review. *Nurse Author & Editor*, 31(3), 65-68. <https://doi.org/10.1111/nae.2.30>
- Okhovat, F., Okhovat, S., Karimiankakolaki, Z. & Yoshany, N. (2022). The effect of educational

- support intervention including peer groups for infant care on the growth rates of infants, breastfeeding self-efficacy and quality of life of their mothers in Iran: study protocol. *Reproductive health*, 19(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12978-022-01523-6>
- Oliveira, S., Costa, D., Cintra, A., Freitas, M., Jordão, C., Barros, J., Lins, R. & Frank, T. (2021). Telenursing in COVID-19 times and maternal health: WhatsApp® as a support tool. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, 1-9. <http://dx.doi.org/10.37689/actaape/2021AO02893>
- Otsuka-Ono, H., Hori, N., Uemera, Y. & Kamibeppu, K. (2019). A childhood immunization education program for parents delivered during late pregnancy and one-month postpartum: A randomized controlled trial. *BMC Health Services Research*, 19, 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4622-z>
- Page, M., Moher, D., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J., Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Loder, E., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. ... McKenzie, J. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372(160), 1-36. <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>
- Peahl, A., Smith, R. & Moniz, M. (2020). Prenatal care redesign: creating flexible maternity care models through virtual care. *American Journal of Obstetrics & Gynecology*, 223(3), 389-392. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajog.2020.05.029>
- Pinto, I., Silva, J., Ruiz, M., Manzan, L., Barboza, F., Oliveira, J., Oliveira, K. & Fonseca, L. (2022). Construction and validation of a clinical simulation scenario on umbilical cord stump care. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, (43), 1-14. [https://doi.org/10.1590/1983-1447.2022.20210245.en](https://doi.org/10.1590/1980-1983-1447.2022.20210245.en)
- Rabiepoor, S., Khodaei, A. & Valizadeh, R. (2019). Husbands' participation in prenatal care and breastfeeding self-efficacy in Iranian women: A randomized clinical trial. *Sultan Medical Journal of the Islamic Republic of Iran*, 33, 1-5. <https://doi.org/10.34171/mjiri.33.58>
- Ratzon, R., Cohen, A., Hadar, A., Froimovici, M. & Bilenko, N. (2022). Impact of group vs. Individual prenatal care provision on women's knowledge of pregnancy-related topics: An open, controlled, semi-randomized community trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(17), 1-10. <https://doi.org/10.3390/jcm11175015>
- Reticena, K., Gomes, M. & Fracolli, L. (2022). Promotion of positive parenting: the perception of primary care nurses. *Texto & Contexto Enfermagem*, 31, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0203en>
- Ribeiro, S., Rocha, R., Jacob, L., Jorge, H., Mafetoni, R. & Pimenta, C. (2018). Atividade educativa para a promoção do cuidado com o recém-nascido. *Saúde e Pesquisa*, 11(3), 545-554. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n3p545-553>
- Rodrigues, C., Thomaz, E., Batista, R., Riggirozzi, P., Moreira, D., Gonçalves, L. & Lamy, Z. (2023). Prenatal care and human rights: Addressing the gap between medical and legal frameworks and the experience of women in Brazil. *PLoS ONE*, 18(2), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0281581>
- Santos, A., Góes, F., Ledo, B., Silva, L., Bastos, M. & Silva, M. (2021). Family learning demands about postnatal newborn care. *Texto & Contexto Enfermagem*, 30, 1-15. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0352>

- Santos, A., Góes, F., Ledo, B., Silva, L., Bastos, M. & Silva, M. (2020). Educational technology on home care with low-risk newborns. *Revista Enfermagem Uerj*, 28, 1-9. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2020.44488>
- Sardinha, D., Maciel, D., Gouveia, S., Pamplona, F., Sardinha, L., Carvalho, M. & Silva, A. (2019). Promotion of breastfeeding in pre-natal care by the nurse. *Journal of Nursing UFPE online*, 13(3), 852-857. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a238361p852-857-2019>
- Silva, C., Brandão, S., Azevedo, A. & Prata, A. (2023). Maternal self-efficacy in newborn care: influence of maternal variables. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 14(3), 907-914. <https://doi.org/10.15452/CEJNM.2023.14.0003>
- Silva, C., Pinto, C. & Martins, C. (2021). Transição para a paternidade no período pré-natal: um estudo qualitativo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 26(2), 465-474. <https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.41072020>
- Silva, C., Rodrigues, D., Alves, V., Silva, S., Carneira, M., Parente, A. & Moura, L. (2022). Percepções de puérperas sobre práticas educativas desenvolvidas em centro de parto normal: estudo descritivo-exploratório. *Cogitare Enfermagem*, 28, 1-10. <https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.82389>
- Sousa, L., Braga, H., Alencastro, A., Silva, M., Oliveira, B., Santos, L. & Melo, E. (2022). Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-1371>
- Sousa, L., Firmino, C., Marques-Vieira, C., Severino, S. & Pestana, C. (2018). Revisões da literatura científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 1(1), 45-54. <https://doi.org/10.33194/rper.2018.v1.n1.07.439>
- Souza, E., Bassler, T. & Taveira, A. (2019). Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and postpartum women and their families. *Journal of Nursing UFPE online*, 13(5), 1527-1531. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i05a238437p1527-1531-2019>
- Stelwagen, M., van Kempen, A., Westmaas, A., Vet, E. & Scheele F. (2021). Parents' experiences with a model of integrated maternity and neonatal care designed to empower parents. *JOGNN*, 50, 181-192. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2020.11.001>
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Mohed, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garritty, C., ... Straus, S. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 467-473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>
- Walsh, T., Carpenter, E., Costanzo, M., Howard, L. & Reynders, R. (2021). Present as a partner and a parent: Mothers' and fathers' perspectives on father participation in prenatal care. *Infant Mental Health Journal*, 42(3), 386-399. <https://doi.org/10.1002/imhj.21920>
- World Health Organization. (2020). *Newborns: improving survival and well-being*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>
- World Health Organization. (2022). *WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240045989>

Xavier, T., Martelli, G., Teixeira, D. Flores, G.,
Oliveira, P., Backes, D. & Costenaro, R. (2021).
Educação permanente em cuidados com o
recém-nascido. *Brazilian Journal of
Development*, 7(9), 91760-91772.
<https://doi.org/10.34117/bjdv7n9-371>

APÊNDICE I – ARTIGOS INCLUÍDOS NA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

Artigo	Autores	Ano	Título	Objetivo	Estratégia educativa	Conclusões
A1	Eluri, et al.	2022	<i>Can flip-chart assisted maternal education improve essential newborn care knowledge and skills? A randomized controlled trial</i>	Avaliar a eficácia de cartazes informativos na educação materna pós-natal sobre os conhecimentos e capacidades nos cuidados básicos ao RN.	- Intervenção de grupo: 2 a 3 mães - Realização no 2º dia pós-natal - Sessões de 15 a 20 minutos - Realização de questionário prévio - Cartazes informativos: amamentação, cuidados ao RN, higiene e sinais de alarme	Os cartazes informativos revelaram-se eficazes nos ensinamentos sobre o cuidado ao RN, sendo que os conhecimentos transmitidos persistiram até aos 6 meses pós-parto. As mães revelaram melhores capacidades para reconhecer sinais de alarme e verificaram-se menores taxas de doença na primeira infância.
A2	Fontenele, et al.	2019	<i>Construção de um mapa de conversação para gestantes e puérperas sobre os cuidados com o recém-nascido</i>	Apresentar a construção de uma tecnologia educativa do tipo mapa de conversação sobre os cuidados ao RN para gestantes e puérperas.	- Intervenção de grupo: 15 grávidas acompanhadas por 6 meses - Realização no período pré e pós-natal, com encontros semanais - Diagnóstico situacional prévio sobre conhecimentos, dúvidas, crenças e medos, a partir do qual foi construído o mapa de conversação - Mapa de conversação: imagem ampliada com representação de vários cuidados ao RN (vacinação, triagem, aleitamento materno, higiene, cuidados ao coto, posição de dormir, organização do quarto e lavagem das roupas), com cartões para discussão sobre os mesmos	Considerada uma estratégia positiva de promoção da saúde materno-infantil. O mapa de conversação trata-se de uma ferramenta dinâmica e motivadora, que facilita a compreensão das mães sobre os cuidados ao RN.
A3	Pinto, et al.	2022	<i>Construction and validation of a clinical simulation</i>	Desenvolver e validar um cenário de simulação clínica para	- Estratégia idealizada para ser implementada no período pós-natal	O cenário validado pode ser usado em diferentes contextos.

			<i>scenario on umbilical cord stump care</i>	ensinar as mulheres e famílias no puerpério sobre o cuidado ao coto umbilical do RN.	- Criação de <i>checklist</i> e de material de simulação - Pelo contexto de pandemia, os pais não foram incluídos. A prática foi realizada por atores, gravada, analisada e discutida por enfermeiros especialistas em neonatologia	Revelou ser uma estratégia relevante para treinar as mães no período pós-parto.
A4	Santos, et al.	2020	<i>Educational technology on home care with low-risk newborns</i>	Identificar as dúvidas e analisar a roda de conversa, mediada por simulador realístico de baixa fidelidade, como uma tecnologia educativa na preparação de famílias no processo de alta de maternidade.	- Intervenção de grupo: 19 puérperas - Realização no período pós-natal - Aplicação de entrevista semiestruturada para diagnosticar dúvidas - Realização de “rodas de conversa” com manequim de baixa fidelidade - No final, novas entrevistas foram aplicadas para recolher o <i>feedback</i> dos pais	Estratégia positiva para mediar a aprendizagem. Tecnologia útil na capacitação de famílias, que fortalecem as suas potencialidades, esclarecem dúvidas e trocam informações e experiências de grupo. Pais dão bom <i>feedback</i> .
A5	Ladley, et al.	2018	<i>Educational text messages decreased emergency department utilization among infant caregivers: A randomized trial</i>	Determinar a fiabilidade e eficácia de mensagens de texto enquanto ferramenta educacional para reduzir a prevalência de visitas não-urgentes ao serviço de urgência.	- Intervenção individual: mães com baixos níveis de literacia em saúde - Realização no período pós-natal - Intervenção ocorre em CSP - Disponibilização de documentos “Bright Future” com informação sobre cuidados essenciais ao bem-estar do RN (0-10 semanas) + 4 SMS por semana durante 6 meses sobre desenvolvimento infantil, segurança e cuidados básicos ao RN	O envio de mensagens aos cuidadores produz efeitos positivos sobre o processo de tomada de decisão, diminuindo o número de idas não-urgentes ao serviço de urgência. Esta estratégia representa também uma ferramenta com baixo custo para a saúde.
A6	Sousa, et al.	2022	<i>Effect of educational video on newborn care for the knowledge of pregnant and</i>	Aumentar o efeito do vídeo educativo sobre cuidados ao RN para o aumento do conhecimento de	- Intervenção de grupo: 58 participantes - Realização no período pré e pós-natal - Ocorrida via WhatsApp® - Avaliação pré e pós intervenção através de entrevista estruturada	O vídeo educativo demonstrou-se eficaz na aquisição de conhecimentos pelos participantes nos cuidados ao RN.

			<i>postpartum women and their families</i>	grávidas, puérperas e famílias.	- Envio de vídeo de 24 minutos sobre cuidados ao RN baseado na teoria da autoeficácia sobre cuidados gerais ao RN, higiene, cuidados ao coto umbilical, sono, imunizações, “banhos de sol”, aleitamento materno e cólicas.	Constitui uma metodologia que pode integrar as ações educativas realizadas pelos enfermeiros.
A7	Gitaka, et al.	2018	<i>Evaluating quality neonatal care, call centre service, tele-health and community engagement in reducing newborn morbidity and mortality in Bungoma County, Kenya</i>	Avaliar o progresso feito por uma intervenção “Projeto Colaborativo de Apoio ao Recém-Nascido” criado para reduzir a taxa de mortalidade neonatal no Quênia.	- Intervenção individual - Realização no período pré e pós-natal - Avaliação pré e pós intervenção - Criação de <i>Call center</i> com chamadas nos dois sentidos e envio de 3 SMS/chamadas por semana: amamentação, desidratação, irritabilidade, respiração, temperatura, imunização, higiene e sinais de alarme	O <i>call center</i> oferece às mães um apoio importante na tomada de decisão relativa à saúde dos seus RN, evitando o adiamento da procura pelos serviços de saúde em situações urgentes.
A8	Lima, et al.	2019	<i>Health education for pregnant women: the search for maternal empowerment over the puerperal-pregnancy cycle</i>	Descrever o desenvolvimento de estratégias educativas usadas num grupo de mulheres grávidas.	- Intervenção de grupo: 18 grávidas - Realização no período pré-natal: 8 encontros semanais com 3 horas de duração, com foco na mulher grávida/puérpera - Apenas 1 encontro aborda o cuidado ao RN através de “círculo de conversação” e da exposição de materiais necessários para cuidar do RN com demonstração de cuidados apropriados	As estratégias educativas com as dinâmicas realizadas são relevantes na clarificação das dúvidas das mulheres e contribuíram para o seu conhecimento sobre os cuidados ao RN.
A9	Souza, et al.	2019	<i>Health education in the empowerment of the pregnant woman</i>	Descrever a experiência do <i>workshop</i> “Encontro para grávidas” no pré-natal.	- Intervenção de grupo - Realização no período pré-natal: enfoque na mulher grávida/puérpera - <i>Workshop</i> com componente prática sobre os cuidados ao RN em “boneca”:	O estudo realça a necessidade de se construírem práticas educativas que abordem o cuidado ao RN, de forma a empoderar as mães.

					banho, cuidados com o coto umbilical, amamentação, higiene oral	
A10	Lino, et al.	2020	<i>Intervenção educativa na atenção pré-natal e o cuidado ao recém-nascido</i>	Descrever a influência da ação educativa desenvolvida no pré-natal na gestão de intercorrências no cuidado do filho.	- Intervenção de grupo - Realização no período pós-natal: quinzenalmente - Abordagem dialógica para mobilizar saberes e práticas a fim de refletir e discutir sobre elas	A abordagem dialógica contribui para a autonomia da mulher no cuidado ao RN. Propicia a oportunidade de desmistificar crenças e diminuir anseios pelo desconhecido, através de conhecimentos científicos que tornam as suas práticas seguras no cuidado ao RN.
A11	Høifødt, et al.	2020	<i>Newborn Behavioral Observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby)</i>	Avaliar a NBO como uma intervenção preventiva de sintomas depressivos maternos, stress parental, relação e satisfação/benefício do acompanhamento pós-parto.	- Intervenção individual - Realização no período pós-natal: 2 dias pós-parto e 7-10 dias após alta (na CE ao domicílio) - Pais receberam formação baseada NBO para reconhecerem os sinais dos filhos e responderem em concordância	Os resultados afirmam a eficácia da intervenção por intermédio da NBO, visto terem confirmado maior grau de conhecimento sobre os sinais do bebé relacionados com a interação social, padrões de sono ou vigília e choro/irritabilidade.
A12	Duarte et al.	2019	<i>Preparo de alta para o cuidado domiciliar de recém-nascidos de baixo risco</i>	Analisar a preparação da alta de famílias no que se refere aos cuidados ao recém-nascidos no domicílio.	- Intervenção individual - Realização no período pós-natal - Transmissão de informações e demonstração do cuidado ao RN, segundo o qual os pais assinalam no desenho de bebé o que aprendem: aleitamento materno, cuidados com o coto umbilical, banho, posições confortáveis e vacinas	As enfermeiras podem desempenhar educação para a saúde por meio de uma prática educativa baseada na transmissão de informações e na demonstração do cuidado do RN, que envolve explicação, demonstração, observação, treino e supervisão.
A13	Mota, et al.	2021	<i>Saberes e experiências de gestantes sobre autocuidado puerperal e cuidado</i>	Analisar saberes e experiências de gestantes sobre o autocuidado puerperal e cuidado do RN	- Intervenção de grupo: 16 grávidas - Realização no período pré-natal - Duas práticas educativas através de problematização de comportamentos: discussões, explicações e orientações das	A abordagem dialógica favorece uma maior interação, ajuda na compreensão e assimilação de conhecimentos e no esclarecimento de dúvidas A estratégia educativa adotada contribuiu para o

			<i>do/a recém-nascido/a mediante práticas educativas</i>	mediante práticas educativas	grávidas, sem organização prévia de temáticas - Colocação de objetos relativos ao cuidado ao RN numa caixa, para serem retirados pelas grávidas e fomentar partilha de experiências – cuidados com o coto umbilical, troca de fralda, posicionamento no berço, amamentação	empoderamento e a autonomia das mulheres.
A14	Okhovat, et al.	2022	<i>The effect of educational support intervention including peer groups for infant care on the growth rates of infants, breastfeeding self-efficacy and quality of life of their mothers in Iran: study protocol</i>	Avaliar o efeito de uma intervenção educativa de suporte para cuidados infantis, incluindo grupos de pares, nas taxas de crescimento dos bebês, na autoeficácia da amamentação e na qualidade de vida das mães no Irão	- Intervenção mista: primíparas - Realização no período pós-natal: 2 vezes por semana durante 2 meses - Educação via WhatsApp®: disponibilidade de as mães tirarem dúvidas + envio de materiais de ensino sobre amamentação, banho, vacinação, cuidados com o coto umbilical, sinais de alarme, entre outros + sessão de esclarecimento de 40 minutos 2 dias após + sessões de partilha entre as mães + sumário do conteúdo ao final de cada semana	A estratégia adotada aumenta a autoconfiança e autoeficácia das mães para a amamentação. A dinâmica de grupo é um dos pontos fortes deste estudo, pois a partilha de experiências motivará as mães no cuidado ao RN A participação ativa das mães e a relação com os profissionais de saúde ajuda a promover a construção de conhecimento e de capacidades.

APÊNDICE J – PLANO GERAL DO CURSO DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

CURSO DE PREPARAÇÃO PARA A PARENTALIDADE E CUIDADOS AO RN					
Duração do curso: 6 sessões de 30 a 60 minutos cada Periodicidade: semanal Dia: a definir Local: Sala de formação do Centro de Saúde População-alvo: Grávidas e respetivos companheiros/familiar significativo no terceiro trimestre de gravidez; Recursos necessários: materiais – apresentação audiovisual, computador, projetor de vídeo, cadeiras, mesa, material informativo, manequins de bebé, materiais de cuidado ao RN, outros materiais de suporte às dinâmicas (a designar em cada sessão); humanos – população-alvo e enfermeira; institucionais – instalações do Centro de Saúde.			Objetivo geral: • Empoderar os futuros pais para responder com segurança às necessidades do RN, com adequada adaptação à parentalidade. Objetivos específicos: • Consciencializar os participantes sobre as alterações e adaptações biopsicossociais necessárias ao nascimento do RN; • Transmitir conhecimentos sobre os cuidados ao RN; • Capacitar para o desempenho dos cuidados ao RN; • Alertar para a identificação sinais de alarme e estratégias de atuação; • Incentivar o cumprimento do plano de vigilância em saúde do RN.		
Etapas da sessão	Tempo	Conteúdo	Estratégia	Avaliação	Observações
Introdução	10 min.	1. Acomodação; 2. Acolhimento e motivação; 3. Apresentação/contextualização do tema; 4. Apresentação dos objetivos.	1, 2 – Método dialógico/participativo; 3, 4 – Método expositivo.	Observação da comunicação verbal e não-verbal sobre a motivação e o impacto que a apresentação do tema terá sobre os participantes.	Na sessão inaugural será aplicado um questionário diagnóstico sobre os conhecimentos dos pais nas áreas a abordar.

Desenvolvimento	40 min.	Um dos seguintes agrupamentos de temáticas por sessão: 1. O nascimento de um bebê + Características do recém-nascido; 2. Afetividade/ vinculação + sono; 3. Amamentação e alimentação infantil; 4. Higiene + Eliminação vesical e intestinal; 5. Medidas de segurança e prevenção de acidentes + Ambiente social; 6. Sinais de alarme + Vigilância em saúde.	Metodologias variadas, disponíveis no anexo seguinte, conforme as temáticas a abordar.		Serão disponibilizados aos participantes materiais informativos variados.
Conclusão	10 min.	1. Consolidação de conhecimentos; 2. Esclarecimento de dúvidas; 3. Avaliação da sessão de educação para a saúde.	1 – Método dialógico/participativo e expositivo; 2 – Método participativo, dinâmica caixa de perguntas 3 – Preenchimento de questionário (igual ao inicial mas dividido por temas) para avaliar o efeito educativo de cada sessão.	Resultados das dúvidas e do feedback dos participantes. No final do curso, será aplicado questionário global de satisfação.	Distribuição do guia de cuidados ao RN. Agradecimentos pela disponibilidade e colaboração.

APÊNDICE K – TEMÁTICAS DO CURSO DE CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

Temática	Subtemas	Aspetos a abordar	Estratégia Educativa
O nascimento de um bebé	Expectativas vs. realidade	O que esperar? Parentalidade Como se adaptar? Circuitos hospitalares inerentes ao parto	Abordagem dialógica ¹ com <i>brainstorming</i>
	Preparar a casa para receber o recém-nascido	Materiais básicos necessários para o recém-nascido Alterações estruturais e funcionais da casa	Método expositivo/explicativo ² e manipulação dos materiais
	Reorganização familiar	Implementação de rotinas e organização Consulta de enfermagem ao domicílio pré e pós-parto	Abordagem dialógica através de cartões com frases para comentar
Características do recém-nascido	Características físicas do recém-nascido	Aspeto físico do recém-nascido Pele: eritema tóxico, acne neonatal, crosta láctea, lanugo, vernix Fontanelas Reflexos primitivos e tremores 5 sentidos: características	Método expositivo/explicativo com recurso a imagens e vídeos
	Comunicação do recém-nascido	Choro Sorriso involuntário vs. sorriso social	
	Competências do recém-nascido	Desenvolvimento infantil Estimulação do desenvolvimento infantil: tummy time, entre outros...	
Afetividade/ vinculação	Toque	Como tocar o seu bebé? Toque nutritivo	Método explicativo e demonstração ³ com manequim
	Método canguru	Benefícios do contacto pele a pele	
	Interação com o recém-nascido	Falar, cantar...	
	Massagem infantil*	Benefícios da massagem infantil Quando e como realizar	

		Contraindicações à massagem	
Amamentação e alimentação infantil	Vantagens da amamentação	Para o recém-nascido Para a mãe Para a família	Abordagem dialógica através da participação dos pais + panfleto informativo
	Características do leite materno	Fisiologia da amamentação Descida do leite Transformação do leite ao longo do tempo e ao longo da mamada	Método expositivo/explicativo através de diapositivos
	Amamentar	Pega correta Duração das mamadas Posições para amamentar Estratégias para otimizar produção do leite materno	Método explicativo ⁴ e demonstração com manequim
	Cuidados às mamas	Como manter a integridade das mamas Complicações mais frequentes, como prevenir e como atuar	
	Extração e conservação de leite materno	Extração manual vs extração mecânica Estabilidade e conservação do leite materno após extração	
	Alimentação por biberão*	Quando suplementar? Cuidados na preparação do biberão Diferentes tipos de leite Esterilização de materiais	Método expositivo/explicativo através de diapositivos, com demonstração e prática com materiais
	Adaptação gastroesofágica	Eructação: importância e como fazer Soluços Refluxo gastroesofágico: o que é e como prevenir/ atuar	Método expositivo/explicativo através de diapositivos
Higiene	Banho do bebê*	Materiais necessários Princípios básicos do banho do bebê Técnica do banho	Demonstração com manequim e prática ⁵
	Higiene ocular*	Como limpar? Obstrução do canal lacrimal: secreção ocular, massagem do canal lacrimal, quando procurar ajuda médica	
	Higiene nasal*	Espirro	

		Hidratação nasal Lavagem e aspiração nasal	
	Coto umbilical	Higiene, limpeza e cuidados com o coto umbilical Sinais de alarme	
	Unhas	Como cortar/limar?	
	Roupa	Como vestir o recém-nascido consoante as diferentes estações do ano Características das roupas	
Eliminação vesical e intestinal	Mudança da fralda*	Como e quando mudar? Eritema da fralda	Método explicativo, demonstração e prática
	Cólicas*	O que são? Massagem de alívio das cólicas Como atuar no momento da cólica: posicionamento, sonda de gases, estimulação retal, aplicação de clister	
	Eliminação vesical	Características e periodicidade Alterações “normais”: cristais de urato, pseudo-menstruação, secreção vaginal	Abordagem dialógica com recurso a diferentes imagens para distinguir o “normal” de sinais de alarme
	Eliminação intestinal	Características das fezes Sinais de alarme: coloração das fezes	
Sono	Sono de qualidade	Benefícios do sono Sinais de sono Características do sono de recém-nascido Períodos de vigília vs. sono	Método expositivo/explicativo com recurso a diapositivos
	Ambiente de sono	Ambiente ideal Sestas diurnas Sono noturno	Abordagem dialógica com recurso a imagens
	Segurança no dormir	Preparação do berço Posição de dormir e prevenção da plagiocefalia	Método explicativo e demonstração
Medidas de segurança e prevenção de acidentes	Síndrome de morte súbita	O que é? Como prevenir	Método expositivo/explicativo através de diapositivos e vídeos
	Transporte do recém-nascido	Como transportar o bebé em segurança	Método explicativo e demonstração
Ambiente social	Saídas	Porquê evitá-las?	

		Riscos das saídas desnecessárias	Abordagem dialógica através de um conjunto de palavras para conjugar
	Visitas	Recomendações e cuidados a ter	
Sinais de alarme	Sinais de alarme	Quais são e como proceder?	Método expositivo/explicativo com recurso a imagens e vídeos
	Temperatura do recém-nascido	Onde medir? Valores de referência Febre: o que é? Como atuar? Convulsões febris: o que são? como atuar?	
	Síndrome de dificuldade respiratória	O que é? Sinais de dificuldade respiratória Como atuar	
	Icterícia Neonatal	O que é? Como tratar? Quando recorrer ao serviço de saúde	
	Primeiros socorros*	Como atuar nas diferentes situações: engasgamento, acidentes, quedas...	
Vigilância em saúde	Plano de consultas	Plano de consultas médicas e de enfermagem, segundo o PNSIJ	Método expositivo/explicativo com recurso a diapositivos + panfleto informativo
	Vacinação	Primo-vacinação BCG: grupos de risco e critérios de elegibilidade Esquema vacinal nacional Vacinas extra-plano	Método expositivo/explicativo com recurso a diapositivos + Apresentação do boletim de vacinas
	Diagnóstico precoce: rastreio de doenças metabólicas	Finalidade Quando e como é realizado? Como e quando consultar o resultado	Método expositivo/explicativo + panfleto informativo

¹ Abordagem dialógica: Participação ativa e dinâmica dos participantes

² Método expositivo/explicativo: Explicação de fenómenos com o apoio de meios audiovisuais

³ Demonstração: Exibição com explicações simultâneas sobre os diversos temas

⁴ Método explicativo: Explicação de fenómenos verbalmente apenas

⁵ Prática: Os participantes põem em prática as demonstrações realizadas

