Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Intervenção do enfermeiro na redução do stress em pais de crianças com cardiopatia congénita no 1º ano de vida

Nurse intervention in reducing stress in parents of children with congenital heart disease in the 1st year of life

Rita de Noronha Beja Neves

Lisboa

2024

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio

Intervenção do enfermeiro na redução do stress em pais de crianças com cardiopatia congénita no 1º ano de vida

Nurse intervention in reducing stress in parents of children with congenital heart disease in the 1st year of life

Rita de Noronha Beja Neves

Orientadora: Professora Tânia A. de A. Martins de Almeida e Silva

Lisboa

2024

"Foi o tempo que perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante"

O Principezinho

Antoine de Saint-Exupéry

Gostaria de expressar a minha sincera gratidão a todos quanto contribuíram neste processo de crescimento e aprendizagem...

À Professora Tânia Almeida, pelo seu apoio incansável, incentivo, orientação e total disponibilidade...

À Professora Doutora Isabel Malheiro, pela sabedoria e objetividade em momentos-chave...

Aos colegas de mestrado, por compartilharem comigo esta jornada, sempre com palavras de motivação e apoio...

Aos colegas de trabalho, que acompanharam cada minuto com entusiasmo e me ajudaram a não desanimar...

Aos enfermeiros nos locais de estágio, que generosamente compartilharam o seu conhecimento e experiência...

A todas as crianças, jovens e famílias com quem me cruzei, por me proporcionarem, todos os dias, momentos de aprendizagem...

Aos amigos, que, apesar da distância, se mantiveram ao meu lado...

À Carla, por me fazer querer ser mais e melhor...

À Catarina, por ser fonte de inspiração e revisora nas horas vagas...

À Mané, pela coragem de fazer a revisão final...

À minha família, especialmente aos meus pais, por serem fonte inesgotável de amor e suporte. Sem vocês nada disto seria possível...

E, acima de tudo, ao meu filho Francisco, a minha maior motivação e fonte de alegria. Cada passo nesta jornada foi guiado pelo desejo de construir um futuro melhor.

Resumo

O nascimento de um recém-nascido criticamente doente constitui um momento de crise para os pais, gerando elevados níveis de *stress* que transformam a hospitalização da criança num evento potencialmente traumático. Estas experiências afetarão não só o desenvolvimento do papel parental, mas, sobretudo, a qualidade da relação da díade, com sério impacto no crescimento e desenvolvimento da criança.

Tendo em conta a problemática identificada, através da metodologia de projeto, definiram-se objetivos e implementaram-se atividades para a sua resolução, as quais foram sustentadas à luz do Modelo de Sistemas de Betty Neuman, assim como de outros referenciais orientadores da prática de enfermagem, nomeadamente os cuidados centrados na família e os cuidados não traumáticos. O enfermeiro encontra-se numa posição privilegiada para compreender e intervir sobre os stressores, reduzindo a sua ação, com o intuito de capacitar e empoderar os pais para lidar com a doença do seu filho e, assim, favorecer seu o crescimento e desenvolvimento.

O presente relatório visa espelhar o percurso de aprendizagem e aquisição de competências através da análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas em contexto de estágio, que contribuíram para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, assim como o desenvolvimento de estratégias para a redução *stress* parental em pais de crianças com cardiopatia congénita. Foi primordial o envolvimento das equipas de enfermagem de cada contexto de estágio, na construção de recursos para o desenvolvimento de estratégias neste âmbito, nomeadamente um folheto sobre o bem-estar parental e cartões de conquistas para a promoção da esperança. De futuro, prevê-se a implementação de uma proposta de protocolo de teleconsulta de enfermagem após cirurgia cardíaca, cuja finalidade é contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e bem-estar de toda a família.

Palavras-Chave: Cardiopatia Congénita; Criança; Enfermagem; *Empowerment*; *Stress*

Abstract

The birth of a critically ill newborn constitutes a profound moment for parents, inducing high levels of stress that can lead to a traumatic experience during the child's hospitalization. These experiences not only affect the development of the parental role but, primarily, the quality of the family relationships, profoundly influencing the child's growth and development.

Considering the identified challenges, goals were defined and activities implemented, using project methodology. These activities were supported by Betty Neuman's System Model, as well as other guiding frameworks in nursing practice, namely family centered-care and atraumatic care. Nurses play a pivotal role in comprehending and addressing stressors, aiming to mitigate their effects and empower parents to navigate their child's illness and thereby fostering healthy growth and development.

This report aims to document the learning journey and skills acquisition through critical and reflective analysis of internship experiences, which contributed to the development of competencies as a Pediatric Nurse, as well as strategies to alleviate parental stress in parents of children with congenital heart disease. The collaboration of nursing teams, across various internship context, was instrumental in building resources to develop strategies in this regard, such as a leaflet on parental well-being or achievement cards for promoting hope. In the future, there are plans to implement a proposal for a nursing teleconsultation protocol following cardiac surgery, with the purpose of enhancing the quality of nursing care and promote the overall well-being of the family unit.

Keywords: Congenital Heart Disease; Child; Nursing; Empowerment; Stress

Lista de Abreviaturas e Siglas

CC – Cardiopatia congénita

CCC – Cardiopatia congénita complexa

CCF – Cuidados Centrados na Família

CD – Consulta de Desenvolvimento

CNT – Cuidados Não Traumáticos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DQS – Departamento da Qualidade na Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

GAM – Grupo de Ajuda Mútua

INSA – Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge

IP – Internamento de Pediatria

LVT – Lisboa e Vale do Tejo

MSBN – Modelo de Sistemas de Betty Neuman

NHCJR – Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco

NIPI – Núcleo de Intervenção Precoce Integrada

OE – Ordem dos Enfermeiros

PC – Paralisia Cerebral

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

TSPT – Transtorno de *stress* pós-traumático

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UHD – Unidade de Habilitação e Desenvolvimento

USF – Unidade de Saúde Familiar

UTAAC – Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação

Enf. – Enfermeiro

Enf.ª – Enfermeira

n.º - Número

Índice

Introdução 11
1. O Projeto: Enquadramento Teórico-Conceptual 14
1.1. Explorando o *stress* e o seu impacto nas famílias 14
1.2. Estratégias redutoras do *stress* parental 17
1.3. Teorias de suporte à intervenção do enfermeiro 19
2. Percurso Metodológico 26
3. Dos Objetivos e Atividades ao Desenvolvimento de Competências 28
3.1. Desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica 28
3.1.1. Cuidados de saúde primários 29
3.1.2. Consulta de desenvolvimento 34
3.1.3. Serviço de urgência pediátrica 38
3.1.4. Unidade de cuidados intensivos neonatais 43
3.1.5. Internamento de pediatria 48
3.2. Desenvolvimento de competências para a redução do *stress* parental em pais de crianças com cardiopatia congénita 53
3.3. Desenvolvimento de competências comuns e de mestre 59
4. Considerações Finais e Perspetivas Futuras 62
Referências Bibliográficas 64

Anexos

Anexo I – Certificado de presença na sessão de formação 'Posicionamento, manuseio e estratégias a utilizar com crianças com patologia neuromotora'
Anexo II – Escala de *Stress* Parental
Anexo III – Declaração de participação como preletora na sessão 'SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica'
Anexo IV – Declaração de participação como autor do poster 'Superar desafios na UCIN: A intervenção do enfermeiro na redução do *stress* parental'

Apêndices

Apêndice I – Modelo de *Stress* e Resiliência Parental

Apêndice II – Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III – Cronograma de Estágio

Apêndice IV – Estudo de Caso: Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Apêndice V – Síntese Reflexiva

Apêndice VI – Folheto informativo 'Bem estar parental: Como gerir o *stress* no primeiro ano de vida'

Apêndice VII – Destacável informativo sobre cardiopatia congénita

Apêndice VIII – Relatório síntese de reunião: Apresentação de Folheto

Apêndice IX – Sessão de Sensibilização 'SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica'

Apêndice X – Síntese Reflexiva

Apêndice XI – Síntese Reflexiva

Apêndice XII – Estratégia promotora de esperança em UCIN 'SOS Stress Parental: Abordagem pelo enfermeiro em cuidados intensivos'

Apêndice XIII – Proposta de protocolo de Teleconsulta de Enfermagem de *Follow-up* após Cirurgia Cardíaca Pediátrica

Apêndice XIV – Poster 'Superar desafios na UCIN: A intervenção do enfermeiro na redução do *stress* parental'

Apêndice XV – Intervenções lúdicas utilizadas pelos enfermeiros no cuidado à criança e ao adolescente hospitalizado: um protocolo de revisão *scoping*

Introdução

O relatório que se apresenta surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, integrada no 1.º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP), e visa espelhar o percurso de aprendizagem durante a concretização do projeto de estágio elaborado no 2.º semestre do curso. Mais especificamente, trata-se de um documento de análise crítica e reflexiva das experiências vivenciadas que contribuíram para o desenvolvimento de competências, comuns e específicas, de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) e de competências atribuídas àquele que possui grau de mestre, através da concretização do projeto mencionado (Decreto-lei n.º 74/2006). Simultaneamente, a metodologia utilizada centrou-se num problema previamente identificado, e pessoalmente significativo, e na implementação de atividades que visam a sua resolução, desejando-se que se traduza numa prestação de cuidados de nível avançado, com segurança e competência, contribuindo para a satisfação das necessidades da criança/jovem e sua família e incremento da qualidade dos cuidados prestados.

Tendo em conta a minha prática profissional num contexto de Cuidados Intensivos de Cirurgia Cardiotorácica, no qual tive a oportunidade de prestar cuidados a utentes e suas famílias ao longo de todas as fases do ciclo vital, com especial foco na intervenção a recém-nascidos (RN) e crianças com patologia cardíaca congénita (ou adquirida) e suas famílias, emergiu a necessidade de aprofundar conhecimentos especializados em ESIP que dessem resposta a uma inquietação particular: que impacto terá a hospitalização nos pais e, consequentemente, na criança? De que forma o enfermeiro pode intervir no sentido de minimizar este impacto e potenciar as competências dos pais para cuidar do seu filho? No contexto mencionado cuida-se de crianças cuja vida depende da elevada competência científica e domínio técnico dos profissionais de saúde, o que associado ao ambiente da prática excessivamente tecnológico e à necessidade de intervenções cirúrgicas em idades muito precoces, conduz à emergência de elevados níveis de *stress* nos pais (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, Golfenshtein et al., 2017; Lisanti, 2018).

A cardiopatia congénita (CC) é uma das malformações mais frequentes, afetando cerca de 1% das crianças nascidas em todo o mundo; entre estas, uma em cada quatro

nasce com cardiopatia congénita complexa (CCC), o que significa que terá de ser submetida a cirurgia e/ou outros procedimentos ao longo do primeiro ano de vida (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023; Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, Golfenshtein et al., 2017). Segundo o relatório do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge ([INSA], 2021) sobre o Registo Nacional de Anomalias Congénitas, em Portugal, nos anos 2018-2019, as CC destacaram-se como a anomalia congénita mais prevalente nas crianças (68,08 casos/10 000 nascimentos), ocorrendo em 0,7% dos nascimentos. Ainda de acordo com os dados do INSA (2021), as anomalias mais frequentes, anomalia dos septos cardíacos, das grandes artérias e das válvulas pulmonar e tricúspide (84,3% das situações reportadas), correspondem a situações que exigirão cuidados imediatos e diferenciados à nascença, sendo os RN submetidos a procedimentos invasivos ou cirurgia cardíaca, com consequente internamento em Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), ainda durante o período neonatal (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, Golfenshtein et al., 2017).

O nascimento de um RN criticamente doente constitui um momento de crise para os pais: como qualquer casal, são confrontados com a transição natural de quem acaba de acrescentar um novo elemento à sua família; por outro lado, são forçados a lidar com a situação inesperada de ver nascer uma criança que não é saudável (McGrath, 2014). Os níveis elevados de *stress* experienciados transformam a hospitalização da criança num evento potencialmente traumático, que afetará não só o desenvolvimento do papel parental, mas, sobretudo, a qualidade da relação da díade, com sérias consequências no crescimento e desenvolvimento da criança (Chifa et al., 2021; Shaw et al., 2009). A situação de doença, especialmente a de doença crónica (como é o caso da CC), tem um impacto muito significativo nas famílias, sendo os pais confrontados não só com a sua própria capacidade de gestão/reação face à doença do filho, mas também no apoio que lhe podem prestar. Cuidar da criança e, ao mesmo tempo, garantir que esta se desenvolve de forma tão normal quanto possível, torna-se uma tarefa complexa e difícil de perspetivar (Mixão et al, 2010).

A procura de respostas para as questões anteriormente formuladas guiou a concretização do projeto, com a clara perceção que o enfermeiro, dada a proximidade com a família e a natureza das suas funções, se encontra numa posição privilegiada para compreender e intervir sobre os stressores, reduzindo a sua ação, providenciando a

educação dos pais e estimulando o seu papel parental. Concomitantemente, o facto destas crianças serem internadas e submetidas a procedimentos invasivos em idades tão precoces demonstra o quão importante será intervir antecipadamente, de preferência logo após o nascimento e ao longo do primeiro ano de vida, por forma a diminuir o impacto do *stress* parental (Lisanti, Allen et al., 2017). Por conseguinte, o projeto desenvolvido centrou-se no desenvolvimento de estratégias redutoras do *stress* parental, com foco no primeiro ano de vida, por forma a capacitar os pais para lidar com a doença do seu filho e, assim, favorecer o crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança.

O quadro conceptual que fundamentou e orientou este percurso de aprendizagem foi o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (MSBN). Compreendendo que o *stress* vivenciado poderá ter uma influência decisiva no desenvolvimento do papel parental e na adaptação dos pais à doença do seu filho, considerou-se decisivo orientar a prática com base no referencial teórico dos cuidados centrados na família (CCF). Simultaneamente, no sentido de minimizar o potencial traumático da hospitalização sobre a família, a intervenção do enfermeiro foi modelada pelo paradigma do cuidado não traumático (CNT).

Este relatório foi elaborado de acordo com o *Manual para elaboração de trabalhos académicos* em vigor na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e está estruturado num corpo de desenvolvimento de 4 capítulos: em primeiro lugar, desenvolve-se a problemática à luz da mais recente evidência científica, incluindo a definição de conceitos centrais, assim como os referenciais teóricos e modelos orientadores que sustentam a intervenção do enfermeiro; segue-se o percurso metodológico, desde os objetivos propostos às atividades delineadas, com vista à concretização dos mesmos; no 3.º capítulo estará patente a trajetória das aprendizagens significativas por meio da síntese crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas nos diferentes contextos de estágio, de acordo com os objetivos que me propus desenvolver, destacando-se o desenvolvimento de competências comuns e específicas em ESIP e de mestre. Finalmente, o documento integra algumas considerações acerca das aprendizagens realizadas, sem esquecer as perspetivas futuras, tendo em conta a importância da continuidade de algumas das atividades para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados. Apresentam-se, por último, as referências bibliográficas, seguindo as normas APA 7ª edição.

1. O Projeto: Enquadramento Teórico-Conceptual

A consecução de um projeto impõe um conhecimento mais aprofundado do fenómeno que se pretende estudar, pelo que este capítulo pretende enquadrar a temática do *stress* parental à luz da mais recente evidência científica. Adicionalmente, será fundamental clarificar o modelo conceptual de enfermagem escolhido, não só por fornecer uma base teórica sólida, ao incorporar conceitos e princípios de enfermagem, mas também por oferecer diretrizes específicas que garantem a consistência e qualidade aos cuidados de enfermagem.

1.1. Explorando o *stress* e o seu impacto nas famílias

O conceito de *stress* tem sido amplamente discutido e pode ser observado de diversas perspetivas. Atendendo à sua dimensão biológica, Hans Selye (1959), citado em Filgueiras e Hippert (1999), define *stress* como um elemento inerente à doença, que produz alterações na estrutura e na composição química do corpo. Perante as exigências dos stressores externos, o organismo desencadeia uma série de reações que afetam a capacidade do mesmo para manter o equilíbrio interno; este estado, ao perpetuar-se, conduz o indivíduo à falência adaptativa e, consequentemente, à doença.

Considerando a dimensão psicológica, é, também, possível perspetivar o *stress* como uma transação entre a pessoa e o ambiente, mais especificamente um processo que está dependente da capacidade do indivíduo para lidar (*cope*) com os estímulos externos (stressores). O *stress* surge quando uma situação, pessoalmente significativa, é avaliada como desgastante e cujas exigências excedem os recursos da pessoa para a enfrentar (Folkman, 2010).

Segundo Rodrigues (1997), citado em Filgueiras e Hippert (1999), a forma consciente (e inconsciente) como o indivíduo reage aos stressores determinará o modo como responderá a esses estímulos; as suas experiências passadas, crenças e outros fatores pessoais influenciam essa avaliação e, por conseguinte, a resposta ao *stress*. Outros fatores que influenciam a resposta adaptativa, como o caráter de novidade da situação, a intensidade e previsibilidade dos acontecimentos, são determinantes para os

esforços do indivíduo serem suficientes para dominar a situação stressante. À variável psicológica une-se, desta forma, a componente social.

Neste sentido, é possível concluir que momentos inesperados, intensos, continuados no tempo, cujo desenlace não seja possível prever com facilidade, aliados a fatores pessoais para lidar com estes momentos disruptivos, podem esgotar os recursos internos de um indivíduo e culminar na incapacidade para lidar com a situação que este está a vivenciar (Rodrigues, 1997, como citado em Filgueiras e Hippert, 1999, p.42). O nascimento de um filho é, por si só, um momento intenso; este facto, associado a um diagnóstico grave, inesperado e ameaçador da vida, surge como um importante fator de desequilíbrio para os pais, culminando em elevados níveis de *stress* (Mixão et al., 2010) com consequências diretas não só no casal, mas também no desenvolvimento da criança.

Desta forma, surge o conceito de *stress* parental: conceito "que se refere especificamente ao *stress* experimentado por um adulto no desempenho da sua função parental, acresce à interação específica com uma dada criança e à perceção que é tida das características desta, das características próprias e do contexto" (Mixão et al., 2010, p. 199). Crnic e Low (2002) descrevem este fenómeno como uma reação psicológica adversa que surge perante as exigências de ser pai ou mãe e que induz sentimentos negativos nos pais, sobre si próprios e a criança.

A problemática introduzida destacou a forma como o nascimento de um RN criticamente doente, e consequente internamento em UCI, se configura como um evento potencialmente traumático. A partir do momento em que um RN é admitido neste contexto é exposto a uma série de estímulos stressantes, como ruído e luminosidade intensos, manipulações repetidas e inúmeros procedimentos dolorosos (Altimier & White, 2014). A presença contínua destes estímulos negativos, associados à separação dos pais, condiciona *stress* tóxico, o que afeta negativamente a arquitetura cerebral e pode influenciar a capacidade de aprendizagem, o comportamento e a saúde da criança no futuro (Coughlin, 2017; National Scientific Council on the Developing Child [NSCDC], 2010; Perkins, 2019).

Estas experiências traumáticas, que impactam não somente a criança doente, mas também outros elementos da família, como os pais e os irmãos (Center for Pediatric Traumatic Stress [CPTS], 2021), são particularmente relevantes quando ocorrem em UCI (Heidarzadeh et al., 2023; Sousa & Curado, 2021, 2022). No caso particular dos pais das

crianças nascidas com CC, estas experiências prolongam-se no tempo, desde o momento do diagnóstico, passando pela hospitalização da criança para cirurgia cardíaca e nos meses (e anos) que se seguem, pois apesar dos procedimentos corretivos ou paliativos a que a criança é submetida, a sua condição torna-se crónica (Lisanti, Golfenshtein et al., 2017). A evidência destaca, ainda, a forma como os níveis de *stress* experienciados pelos pais de crianças com CC são mais elevados que nos pais de crianças saudáveis ou mesmo de crianças com outras doenças, tendo um impacto muito mais acentuado em pais de crianças com idade inferior a 1 ano (Lisanti, Allen et al., 2017). A gravidade da condição clínica da criança condiciona o foco dos profissionais de saúde, sendo o *stress* parental frequentemente relegado para segundo plano (Heidarzadeh et al., 2023).

O *stress* vivenciado afeta duplamente o equilíbrio do sistema familiar, interferindo, não só, na forma como os pais se relacionam com o seu filho, mas também enquanto casal (Coughlin, 2017; Palma et al., 2017). Esta dificuldade no estabelecimento de uma relação afetiva com a criança será decisiva na forma como se estabelece o seu papel parental e, consequentemente, terá influência no desenvolvimento saudável da criança (Chifa, et al. 2021; Medina, et al., 2018; Shaw, et al., 2009; Shecter, et al., 2019).

Em primeiro lugar, é de salientar o facto de os pais tenderem a limitar a exposição dos seus filhos a novas experiências, o que afeta a sua capacidade para estabelecer limites e condiciona o relacionamento entre irmãos. Estes fatores parecem estar relacionados com o desenvolvimento de problemas comportamentais, sendo que estas crianças demonstram dificuldade em estabelecer relações com os outros e fraca capacidade de autocontrolo (Shaw et al., 2009). Foi, também, possível estabelecer uma correlação entre os sintomas de Transtorno de *Stress* Pós-Traumático (TSPT), quando presentes na mãe, e um fraco desenvolvimento socio-emocional das crianças a longo prazo, sendo que, sobretudo os rapazes, demonstraram maior necessidade de ajuda e compreensão para se autorregular. Este atraso no desenvolvimento alicerça-se nos sintomas depressivos da mãe, uma vez que quando esta associa o nascimento do filho a um evento traumático, tende a evitar o contacto com o RN; consequentemente, a mãe apresenta-se emocionalmente indisponível para a criança, o que afetará a sua sensibilidade para as necessidades da mesma (Garthus-Niegel et al., 2016). Adicionalmente, o TSPT materno parece estar associado a um fraco desempenho da criança em termos cognitivos (Turpin et al., 2019) e a um atraso no desenvolvimento da

linguagem aos 4 anos de idade (Woodward et al., 2014, como citado em Turpin et al., 2019, p. 6).

De igual forma, o *stress* pode afetar a saúde física e mental dos próprios pais, com consequente aumento da utilização dos serviços de saúde, exercendo um impacto muito importante no seu bem-estar geral e qualidade de vida (Ernst et al., 2018; Lisanti, 2018).

Lisanti (2018) desenvolveu um modelo de abordagem do *stress* parental onde descreve diversos fatores que condicionam as vivências dos pais das crianças com CC, modelo este que se encontra descrito de forma mais aprofundada em apêndice a este relatório (Apêndice I). Segundo esta autora, estes fatores decorrem, fundamentalmente, de três categorias: o ambiente de prestação de cuidados, a criança, sendo preponderante a sua aparência e fragilidade, assim como os próprios pais. Destaca-se a alteração do papel parental, derivado da constante preocupação e incerteza no futuro, da solidão e perda de normalidade (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, Golfenshtein et al., 2017; Lisanti, 2018). Os pais são, deste modo, confrontados com uma interrupção abrupta do processo de vinculação ao seu filho, com o qual têm dificuldade de se envolver emocionalmente. Esta situação cria, ainda, uma sensação de incapacidade para cuidar da criança e de a proteger dos procedimentos dolorosos, provocando um sentimento de falha perante o que consideram dever ser o seu papel parental (Kegler et al., 2019; Sousa & Curado, 2021).

No sentido de diminuir os efeitos adversos que a hospitalização exerce tanto no RN e no lactente, como nos pais, a qualidade do ambiente de prestação de cuidados desempenha um papel fundamental. A teoria do *stress* familiar destaca a forma como a hospitalização da criança surge como um fator de *stress* imprevisível; perante os stressores cumulativos, derivados da hospitalização e da doença, os recursos familiares para lidar com a situação podem esgotar-se, colocando a família em risco de colapso ou de desenvolver problemas de ordem física e mental. Para a adaptação a este estado de crise ocorrer é necessária uma mudança na estrutura e interação familiar, o que pode ser facilitado por intervenções de enfermagem (Hockenberry, 2024a).

1.2. Estratégias redutoras do *stress* parental

Paralelamente aos fatores descritos anteriormente, existem fatores protetores que podem estimular a resiliência dos pais. No contexto das famílias de crianças com CC, a resiliência pode ser definida como o processo e a capacidade dos indivíduos se

adaptarem positivamente à condição de saúde da criança, lidando com os stressores, enquanto desempenham o seu papel parental no cuidado ao seu filho. Este processo de resiliência irá influenciar a resposta ao *stress* por parte dos pais e, consequentemente, a saúde e bem-estar de toda a família (Lisanti, 2018).

Através do modelo de *stress* e resiliência parental, Lisanti (2018) demonstra que os efeitos nefastos das experiências vivenciadas pelos pais de crianças com CC podem ser mitigados pela capacidade de enfrentamento, a autoeficácia no cuidado, o autocontrolo, a saúde, a situação financeira do casal, os apoios sociais, assim como as práticas e crenças espirituais e religiosas. Evidencia-se o papel desempenhado pelos profissionais de saúde, nomeadamente o dos enfermeiros, que ocupam uma posição chave para educar os pais, estimular o seu papel parental e promover a redução do *stress* associado à hospitalização (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, 2018).

Ao destacar fatores ameaçadores e protetores do *stress* parental através do seu modelo, Lisanti (2018) fornece uma base útil para o desenvolvimento de intervenções com o objetivo de reduzir o impacto do *stress* nos pais e crianças com CC, melhorando o bem-estar geral da família, a qualidade de vida e o desenvolvimento da criança. Segundo esta autora, deverá ser dada prioridade à avaliação da saúde mental dos pais (Lisanti, 2018); anteriormente, Melynk e colegas (2001) já destacavam a relevância de identificar precocemente aqueles que se encontram em maior risco, no sentido de adequar as estratégias de intervenção. Simultaneamente, a integração das famílias no cuidado à criança demonstrou exercer um efeito redutor do *stress* associado à hospitalização, nomeadamente em UCI (Cheng et al., 2021; O'Brien et al., 2018; Lisanti, 2018; Roque et al., 2017; Sousa & Curado, 2022). O modelo de cuidado integrativo da família, proposto por Cheng e colegas (2021), destaca nos seus quatro pilares: **a educação dos pais para o cuidado ao seu filho**, promovendo-o ao longo de todo o internamento; **a formação das equipas de saúde**, no sentido de capacitar os profissionais para o envolvimento dos pais no cuidado ao seu filho; a importância de garantir um **suporte ambiental** que estimule a presença dos pais; e, ainda, o **suporte psicológico**, por exemplo através da interação entre pais que ultrapassam (ou ultrapassaram) situações semelhantes.

Paralelamente ao envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho durante o internamento, uma transição segura do hospital para casa será fundamental para qualquer RN ou criança, nomeadamente para aqueles que apresentaram longos períodos

de internamento (Griffith et al., 2022), nomeadamente em UCI, como é o caso de muitos RN e lactentes com CCC. Neste sentido, Griffith et al. (2022) sugerem, igualmente, que as famílias destas crianças podem beneficiar de intervenções direcionadas após a alta que promovam a capacitação dos pais, nomeadamente quanto aos cuidados a ter com o seu filho; desta forma, garante-se um aumento da confiança e competência dos pais, uma melhor interação entre estes e o seu filho, assim como uma redução das visitas desnecessárias ao hospital, do *stress* parental e dos sintomas de depressão pós-parto das mães. De entre vários programas de intervenção pós-alta, destacam-se as consultas via chamada telefónica ou videochamada, as mensagens e emails, website e aplicações móveis (Griffith et al., 2022).

Todas as medidas descritas são, simultaneamente, positivas para os pais e para as crianças: ao identificar os que estão em maior risco e integrar a família na prestação de cuidados à criança, há forte evidência da redução do *stress*, nomeadamente dos sintomas de ansiedade e depressão das mães (Cheng et al., 2021). Ambientes recetivos e carinhosos, que estimulam o envolvimento dos pais fornecem, assim, um suporte que amortece os efeitos do *stress* tóxico nas crianças, preservando a integridade fisiológica e podendo, até, cultivar a sua resiliência (Coughlin, 2017).

1.3. Teorias de suporte à intervenção do enfermeiro

Ao longo do século XX foi-se paulatinamente desenvolvendo uma nova consciência da enfermagem, o que possibilitou a criação de um corpo substancial de conhecimentos que orientam, atualmente, a sua prática. O conhecimento parte de conceitos centrais, os metaparadigmas (pessoa, ambiente, saúde e enfermagem), cujas relações fornecem uma referência para a abordagem sistemática dos fenómenos da prática. Assim, a teoria de enfermagem orienta o pensamento crítico e a tomada de decisão na prática profissional, garantindo que os enfermeiros prestam cuidados de nível elevado e conduzindo à sua autonomia profissional (Alligood & Tomey, 2002).

Os modelos de enfermagem estão enquadrados através de um paradigma, o qual influencia a forma como o cuidado de enfermagem é construído. Segundo Pearson & Vaughan (1992), os valores subjacentes aos modelos de enfermagem e, por conseguinte, ao exercício de quem os pratica, são o holismo e o humanismo. Estes autores reiteram que não é possível analisar o funcionamento do corpo dissociando-o da mente e do

espírito, o que nos conduziria a uma imagem errada da pessoa; esta inexatidão repercutir-se-ia na dificuldade em assistir as pessoas a resolver os seus problemas o que, com o tempo, levaria a maiores custos, não só em termos económicos, mas também a maior sofrimento humano.

De igual forma, Collière (1999), apoiando esta noção de holismo associada ao cuidado de enfermagem, distingue dois tipos de cuidar: os cuidados quotidianos e habituais - ligados à manutenção e à continuidade da vida - e os cuidados de reparação - relacionados com a necessidade de reparar o que provocou um obstáculo à vida. Tal como não é possível dissociar o aspeto fisiológico, dos psicológicos, sociais e espirituais, também não é exequível cuidar da pessoa apenas quando ocorre um desequilíbrio na sua saúde - o obstáculo à vida; este cuidar implica um vasto leque de atividades que visam, também, manter e promover a saúde - dar continuidade à vida.

Esta perspetiva holística no cuidar em enfermagem está, igualmente, espelhada em guias orientadores do exercício do enfermeiro, como os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

A adoção de modelos, teorias e filosofias na prática de enfermagem, nomeadamente na área pediátrica, é crucial para se garantir uma abordagem sistemática e eficaz no cuidado à criança e sua família. Estes fornecem diretrizes que auxiliam as equipas a compreender e atender às necessidades específicas das crianças, considerando o seu desenvolvimento físico, emocional e social. Simultaneamente, garante-se a identificação precoce de problemas e o estabelecimento de intervenções adequadas, assegurando uma assistência de qualidade, personalizada e orientada para o bem-estar das famílias.

A problemática abordada ao longo deste enquadramento remete, de imediato, para o MSBN. O modelo de Neuman encara o ser humano de forma holística: uma orientação para o bem-estar que envolve uma perceção de sistemas de energia dinâmicos em interação com o ambiente em que se inserem; através desta orientação será possível minimizar os possíveis danos internos e externos da ação de stressores, enquanto cuidadores e clientes formam uma parceria para negociar metas e resultados desejados para restauração da saúde e preservação do bem-estar (Neuman, 2011).

O MSBN visualiza o indivíduo (ou cliente), independentemente de este se encontrar em estado pleno de bem-estar ou doença, como um composto dinâmico de

interação de 5 variáveis (fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais) cujo funcionamento harmonioso, em trocas de energia com o ambiente, permite manter a estabilidade. Nesse sentido, o processo primário deste modelo é a homeostasia, com vista a alcançar equilíbrio que gera saúde e bem-estar. Implícito a cada sistema estão as linhas de defesa, que atuam como um sistema de proteção para manter o equilíbrio mencionado (Neuman, 2011).

Sendo um sistema dinâmico está sujeito a vários stressores, que produzem tensão sobre o sistema (de forma positiva ou negativa). Estes stressores podem emergir do indivíduo (intrapessoais), da interação entre vários indivíduos (interpessoais) ou serem externos ao mesmo (extrapessoais). Cada stressor é único e difere no seu potencial para perturbar a estabilidade do cliente; quando estes penetram as linhas de defesa do indivíduo, o processo de homeostasia falha e acontece a doença (Neuman, 2011).

O papel do enfermeiro consiste na intervenção sobre o sistema para reduzir a possibilidade de encontro entre o indivíduo e o stressor e, caso este ocorra, utilizar meios para reforçar a linha flexível de defesa com o intuito de minimizar a possibilidade de ocorrência do estado de doença. Por conseguinte, a intervenção do enfermeiro tem como objetivo **reter**, **atingir** e **preservar** a estabilidade do sistema, através de três níveis de prevenção: **primária** (reter), **secundária** (atingir) e **terciária** (preservar) (Neuman, 2011).

A prevenção primária, enquanto intervenção, é utilizada para retenção do bem-estar, ou seja, protegendo a linha de defesa normal do sistema e fortalecendo a linha flexível. Nesse sentido, o enfermeiro garante o melhor estado de bem-estar possível através da redução do *stress* e dos fatores de risco (Neuman, 2011). Entre as ações de enfermagem, neste âmbito, pode destacar-se a identificação e classificação dos stressores que ameaçam a estabilidade do sistema, com o intuito de prevenir a sua invasão; proporcionar edução para a saúde, no sentido de fortalecer os pontos fortes do sistema, dessensibilizar os stressores nocivos existentes e motivar para a saúde; apoiar o enfrentamento dos stressores, utilizando-os como estratégia de intervenção positiva (George, 2000).

Por seu lado, a prevenção secundária visa a obtenção do bem-estar, ou seja, proteger a estrutura básica, fortalecendo as linhas internas de resistência; assim, será possível fornecer o tratamento adequado dos sintomas, para atingir, novamente, a estabilidade e conservação da energia (Neuman, 2011). Estratégias neste âmbito incluem

mobilizar e otimizar os recursos internos e externos do sistema; motivar, educar e envolver o cliente/família nas medidas de atendimento à saúde; facilitar o tratamento adequado; proporcionar intervenção primária preventiva dirigida, sempre que necessário (George, 2000).

Finalmente, a prevenção terciária é utilizada pelo enfermeiro para o retorno do cliente ao bem-estar após o tratamento; as intervenções visam conservar a energia do sistema, apoiando-se nos pontos fortes existentes, ou seja, nos recursos do cliente para evitar mais uma agressão por um stressor (Neuman, 2011). Neste sentido, será necessário que o enfermeiro promova a educação, reeducação e/ou reorientação do cliente/família, com vista à manutenção da estabilidade do sistema após o tratamento; coordene e integre os recursos dos serviços de saúde e da comunidade; proporcione intervenção primária e/ou secundária dirigida, sempre que necessário (George, 2000).

Integrar este modelo na prática de enfermagem pediátrica implica o foco na criança enquanto cliente e, em simultâneo, a incorporação da família no cuidado direto à criança, com o intuito de **reter**, **atingir** e **preservar** a estabilidade ótima do sistema. De salientar que, neste modelo, o sistema cliente é a criança no contexto da família pelo que as relações cliente-cuidador não envolvem apenas este elemento, mas, também, os pais, os irmãos e a família alargada. A intervenção do enfermeiro é abrangente e inclui a promoção da saúde e a prevenção da doença, através da orientação antecipatória das famílias e da preservação da unidade familiar, tendo como foco as reações reais e/ou potenciais aos stressores intrapessoais, interpessoais ou extrapessoais provenientes do ambiente interno e externo da criança e sua família. Desta forma, a díade familiar (sistema) colabora em parceria com o enfermeiro, com o objetivo de alcançar um nível ótimo de bem-estar (McDowell, 2011).

Tendo por base o modelo de *stress* e resiliência parental abordado ao longo deste enquadramento, o enfermeiro deve conhecer os principais stressores que emergem com a hospitalização da criança submetida a cirurgia cardíaca, entre os quais se destacam o ambiente, a aparência da criança e a alteração do papel parental (Lisanti, Allen et al., 2017; Lisanti, Golfenshtein et al., 2017; Lisanti, 2018). Adotar um modelo integrativo da família na prestação de cuidados, implementando estratégias para a redução do *stress* parental e fomentando a participação da família em todas as fases do internamento, permite ao enfermeiro intervir aos três níveis de prevenção destacados no MSBN.

Através da intervenção precoce, na identificação dos fatores de risco, dos recursos familiares e numa abordagem antecipatória das principais dificuldades sentidas pelos pais, o enfermeiro intervém minimizando o *stress* parental (Melynk et al, 2001; Cheng et al., 2021) e retendo a estabilidade do sistema (prevenção primária). De igual forma, a estabilidade é mantida, promovendo a participação dos pais nos cuidados ao seu filho e garantindo que se efetua uma vinculação segura (Melynk et al, 2001; Cheng et al., 2021). Promover a presença dos pais junto do filho e otimizar as suas competências para reconhecer os sinais da criança permitirá, ao enfermeiro, reduzir eficazmente o *stress* parental e, em simultâneo, intervir no controlo da dor e desconforto do RN (Altimier & Phillips, 2013); este é um exemplo de uma estratégia que possibilita assegurar que o sistema retorne ao seu nível de equilíbrio (prevenção secundária). Não menos importante, promover a educação e orientação dos pais, com o intuito de garantir uma transição segura do hospital para casa, permite ao enfermeiro preservar a estabilidade do sistema (prevenção terciária).

A criação desta relação de parceria estabelece uma ponte entre o MSBN e a filosofia do CCF, elemento central à prática de enfermagem pediátrica. Sendo a criança um membro essencial da unidade familiar, as intervenções de enfermagem serão tanto ou mais eficazes quando baseadas na crença que *a família é o paciente* (Institute for Patient and Family-Centered Care [IPFCC], s.d.). Isolar a criança da família durante a sua estadia nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, momento em que se encontra mais vulnerável, coloca-a em risco de sofrer dano durante a prestação de cuidados, assim como pode infligir danos emocionais, proporcionar inconsistência aos cuidados prestados, potenciar falhas na transição de cuidados e acarretar custos desnecessários (IPFCC, s.d.). Por conseguinte, apenas a família tem o potencial de proporcionar um ambiente de cuidado e apoio, no qual uma criança pode crescer e desenvolver-se em pleno (Hockenberry, 2024b).

Tanto o MSBN como a filosofia de CCF dão ênfase à colaboração entre os profissionais de saúde, o cliente e a sua família, garantindo uma prestação de cuidados que se baseia no estabelecimento de uma relação de parceria que envolve todos estes elementos na tomada de decisões (IPFCC, s.d.; Farrel, 2017; McDowell, 2011; Monteiro & Cerqueira, 2020; Sousa et al., 2013). Ao aplicar este modelo de parceria à enfermagem pediátrica, Anne Casey destacou a forma como os cuidados de enfermagem devem ser

dirigidos em colaboração com os pais e a criança, sob orientação da equipa de enfermagem. Este modelo evidencia os pais enquanto cuidadores eficazes, devendo desenvolver as suas habilidades com apoio, mas, simultaneamente, com o mínimo de intervenção por parte do enfermeiro (Monteiro & Cerqueira, 2020; Sousa et al., 2013).

No sentido de formar parcerias confiáveis e eficientes, mesmo em situações de maior adversidade e elevado nível de *stress* parental, é essencial estabelecer uma comunicação e negociação eficaz com a família (Fox, 2024; Hesselgrave & Santucci, 2024; IPFCC, s.d.; Monteiro & Cerqueira, 2020; Sousa et al., 2013), garantindo que esta detém, sempre, todas as informações relevantes (McDowell, 2011). Relações colaborativas são caracterizadas pela comunicação, escuta ativa, consciência e aceitação das diferenças do outro (Hesselgrave & Santucci, 2024), assim como pela compreensão mútua das capacidades e limitações de cada interveniente, em todas as fases do processo (Monteiro & Cerqueira, 2020). A comunicação será uma constante entre o enfermeiro e a família, pelo que a equipa deve garantir que todos os pais compreendem o seu papel e de que podem decidir abster-se da participação, caso não se sintam capazes para tal (Farrel, 2017; Monteiro & Cerqueira, 2020; Sousa et al., 2013).

Concomitantemente, a filosofia de CCF destaca a forma como os cuidados prestados devem ser culturalmente sensíveis, reconhecendo e respeitando a riqueza da diversidade das famílias (IPFCC, s.d.). Assentando numa visão holística da saúde, o MSBN inclui na sua avaliação, para além das variáveis fisiológicas e psicológicas, as variáveis socioculturais, desenvolvimentais e espirituais do cliente; desta forma, o enfermeiro assegura que os cuidados prestados são culturalmente competentes e congruentes com as crenças e práticas do sistema familiar (McDowell, 2011).

Ao respeitar os princípios da filosofia de CCF, o enfermeiro estará a empoderar a família. Este pode ser visto como um processo de reconhecer, promover e aumentar a competência da família para lidar com a situação de saúde da criança (Hesselgrave & Santucci, 2024; Monteiro & Cerqueira, 2020), nomeadamente em caso de doença e hospitalização. Como foi defendido ao longo deste capítulo, este processo pode ocorrer gradualmente, mediante a capacidade de enfrentamento da situação por parte da família e a sua disponibilidade para participar nos cuidados (Hesselgrave & Santucci, 2024), tendo sempre em conta os níveis de *stress* parental para adequar as intervenções (Roque et al., 2017). Desta forma, à medida que os pais aprendem acerca das necessidades de saúde

dos seus filhos e colaboram nos cuidados, veem diminuídos os seus níveis de *stress* (Cheng et al., 2021), o que não só terá impacto no *outcome* da criança, como também os torna especialistas a cuidar do seu filho (Hesselgrave & Santucci, 2024).

Ao longo deste enquadramento ficou patente que o trauma para o RN e o lactente hospitalizado pode emergir da rutura com a sensação de segurança, proteção e conexão aos pais. Ficou claro que, também para os pais, o processo de hospitalização provoca trauma, o qual deriva da situação de risco de vida do seu filho e acarreta alterações do seu estado emocional (Coughlin, 2017). Neste sentido, o EEESIP deve minimizar todos os aspetos que condicionam *stress*, antecipando-os e prevenindo-os (Hockenberry, 2024b).

Para recuperar o bem-estar e, dessa forma, atingir a estabilidade do sistema, o EEESIP deve assentar a sua prática num paradigma de cuidado que minimize o trauma associado à hospitalização e, consequentemente, à própria prestação de cuidados. O paradigma de CNT consiste na prestação de cuidados terapêuticos através de intervenções que eliminam ou minimizam o sofrimento físico e psicológico das crianças e suas famílias. Assim, o objetivo primordial dos CNT é não causar dano, estruturando-se com base em três princípios: prevenir ou minimizar a separação da criança da família; promover uma sensação de controlo; e prevenir, ou minimizar a dor e as lesões corporais (Hockenberry, 2024b). A implementação de uma abordagem informada no trauma tem o potencial de atenuar as consequências negativas associadas à hospitalização. Esta abordagem, quando combinada com a filosofia de CCF, presta uma contribuição única ao exponenciar a qualidade e segurança na prestação de cuidados de saúde (IPFCC, s.d.). O paradigma de CNT oferece elementos-chave adicionais, ao reduzir o impacto emocional relacionado com os procedimentos clínicos, abordar o sofrimento (minimizando a dor e a lesão corporal) e assegurar a presença da família e o apoio emocional dos elementos que a constituem, encorajando a resiliência e fornecendo orientação antecipada sobre processo de recuperação (CPTS, 2021).

2. Percurso Metodológico

O desenho deste percurso formativo teve por base a metodologia de projeto: partiu-se de uma inquietação identificada na prática clínica, seguindo-se a definição da problemática, do seu enquadramento conceptual e do referencial teórico que sustenta a intervenção. Da aplicação prática do projeto elaborado, pretendia-se a aquisição de capacidades e competências, facilitado pelo estabelecimento de uma ponte entre o conhecimento teórico e o contexto prático (Ruivo et al., 2010). Esta conexão é fulcral para o desenvolvimento de competências: o suporte teórico oferece o que pode ser explicitado e formalizado, mas é através da prática, que se apresenta, sempre, mais complexa, que se contacta com diferentes realidades que permitem o aprofundamento das habilidades pretendidas, de uma forma muito mais abrangente do que seria possível aprender pela teoria (Benner, 2005).

Esta ponte entre a teoria e a prática estabeleceu-se na fase de execução do projeto, nos diversos contextos de estágio. O percurso formativo visou, primeiramente, o aprofundamento dos domínios de competências desenvolvidos enquanto enfermeira generalista, em competências comuns e específicas, próprias da área de especialidade. Adicionalmente, explorou-se a área temática de interesse, objetivando-se o desenvolvimento de competências para a redução do *stress* parental em pais de crianças com cardiopatia congénita. Neste sentido, estabeleceu-se, ainda, uma terceira meta, com a elaboração de uma proposta de protocolo de consulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca pediátrica.

A partir destes objetivos gerais, definiram-se os objetivos específicos e atividades a desenvolver, as quais foram revistas e adaptadas aos diferentes contextos de estágio, tendo em conta o diagnóstico de situação elaborado e as considerações dos Enfermeiros Orientadores e Gestores. Por conseguinte, foi compilado um Guia Orientador das Atividades de Estágio (Apêndice II), no qual se distinguiram, para além das atividades a desenvolver, os recursos previstos para a implementação do projeto em cada contexto, assim como os respetivos indicadores de avaliação. Por forma a direcionar a sequência do projeto, foi, também, elaborado um cronograma (Apêndice III).

Este percurso formativo culminou na elaboração do presente relatório, o qual pretende englobar não só uma síntese reflexiva do desenvolvimento de competências especializadas na área de saúde infantil e pediatria, como também de competências para a obtenção do grau de mestre em enfermagem. A sua realização obedeceu a uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva acerca das experiências vivenciadas, alicerçada nos referenciais teóricos mobilizados e tendo, sempre, presente o quadro regulador da profissão, assim como a mais recente evidência científica.

À metodologia de projeto integrou-se, assim, o processo de aprendizagem experiencial, isto é, um método holístico e integrativo, que enfatiza o papel central da experiência no processo de aprendizagem. Este iniciou-se com uma experiência concreta por mim vivenciada, através de ações, sentimentos ou observações. Após essa experiência, seguiu-se uma fase de observação reflexiva, na qual tive oportunidade de analisar os acontecimentos, considerando os resultados obtidos e as emoções vivenciadas. A partir da experiência e da reflexão extraíram-se conceitos e teorias, procurando compreender os padrões e princípios subjacentes. Finalmente, o processo de aprendizagem culminou na experimentação ativa, ou seja, o conhecimento adquirido na prática foi aplicado, testando novas abordagens e comportamentos (Kolb, 1984).

De igual forma, Benner (2005) enfatiza a importância da experiência concreta seguida da reflexão como fundamental para o desenvolvimento de competências e como forma de consolidação e aprofundamento do conhecimento adquirido. A aplicação do processo descrito tornou-se possível não só através da elaboração deste relatório, mas também da produção de documentos de análise crítica e reflexiva ao longo do percurso formativo. Deste modo, a aprendizagem e o desenvolvimento profissional ocorrem de forma contínua e integrada, através da experiência prática, da reflexão e da aplicação futura do conhecimento adquirido (Benner, 2005; Kolb, 1984).

3. Dos Objetivos e Atividades ao Desenvolvimento de Competências

A elaboração deste relatório de estágio marca o fim de uma jornada de aprendizagens pessoais e profissionais, que visa possibilitar a entrega de cuidados especializados à criança/jovem e sua família, nos diversos contextos de vida. A obtenção do título de enfermeiro especialista (EE) é tida como uma etapa basilar da carreira de qualquer enfermeiro, não apenas por reconhecer um nível de conhecimento e habilidades específicas na área selecionada, mas igualmente por se apresentar como um requisito essencial para exponenciar a qualidade dos cuidados de saúde prestados e promover o desenvolvimento da profissão.

O presente capítulo visa espelhar o desenvolvimento de competências enquanto futura EE, integrando as experiências vivenciadas nos estágios, que se desenrolaram ao longo de 22 semanas, em cinco contextos distintos, através de uma análise crítica e reflexiva que permitiu uma apropriação gradual do conhecimento e o desenvolvimento de competências. Este está organizado em três subcapítulos, tendo como ponto de partida os objetivos gerais mencionados anteriormente: o primeiro desenvolverá a aquisição de competências especializadas em ESIP, em cada contexto de estágio; o segundo foca-se no desenvolvimento de estratégias redutoras do *stress* parental; o terceiro visa espelhar a aquisição de competências comuns de EE e de mestre.

3.1. Desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica

O Regulamento das Competências Específicas do EEESIP engloba três grandes áreas: assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422/2018). Estas competências foram desenvolvidas nos diversos contextos de estágio; segue-se essa evidência, através da descrição das atividades desenvolvidas e análise e reflexão das experiências vivenciadas.

3.1.1. Cuidados de saúde primários

O estágio em Cuidados de Saúde Primários (CSP) decorreu no período compreendido entre 22 de maio e 25 de junho de 2023 e foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Familiar (USF) na região de saúde de Lisboa e Vale do Tejo (LVT). Trata-se de uma unidade certificada através do modelo de certificação adotado pelo Departamento da Qualidade na Saúde (DQS) da Direção-Geral da Saúde (DGS), cuja missão passa por fornecer cuidados de saúde individualizados, assegurando a acessibilidade, qualidade e continuidade dos cuidados prestados, dentro de um contexto biopsicossocial, contribuindo, desta forma, para a melhoria da saúde dos utentes inscritos (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2017).

A equipa de enfermagem é composta por 7 elementos, dos quais 5 são EE em diversas áreas. Cada enfermeiro integra uma micro equipa de família, composta por um médico, um enfermeiro e um secretário clínico. A equipa de enfermagem garante a prestação de cuidados de saúde a todos os utentes e famílias, nas diversas fases do ciclo vital, visando a promoção da saúde, a prevenção e tratamento da doença e a reintegração social. Desempenhando o papel de enfermeiros de família, estes têm à sua responsabilidade um vasto leque de atividades, entre as quais se destaca a realização de consultas de Saúde Infantil e Juvenil (SIJ), a vacinação, o encaminhamento de casais para o curso de preparação para a parentalidade e o ensino e educação para a saúde (presencial ou pelo telefone).

Tendo em conta o autodiagnóstico de competências previamente elaborado, umas das áreas em que destaquei menor experiência é a de avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil. Por conseguinte, este local de estágio configurou-se como um contexto propício para aquisição e aprofundamento das minhas competências neste âmbito e muito rico na variedade de experiências que me foi proporcionando, pelo que procurei maximizar as oportunidades de aprendizagem participando nas diversas consultas de vigilância de SIJ. Estas consultas são agendadas em função da idade, de acordo com o que está estabelecido no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), e coincidentes com o Programa Nacional de Vacinação (PNV). Esta calendarização visa minimizar o número de idas das crianças e suas famílias às instituições de saúde, facilitando a gestão familiar, e potenciar o aumento do número de crianças com vigilância regular do seu estado de saúde (DGS, 2013).

Nas consultas de enfermagem de SIJ que realizei, os focos de atenção foram: a avaliação antropométrica da criança, a avaliação do desenvolvimento infantil, a frequência do infantário ou escola, os hábitos alimentares (destacando-se os aspetos relacionados com a diversificação alimentar ao longo do primeiro ano de vida), hábitos de higiene, sono e repouso, a segurança, a atividade física e cultural (atividades de lazer) e o cumprimento do esquema vacinal. As temáticas abordadas seguiram os conteúdos definidos no PNSIJ, com vista à orientação antecipatória das famílias em relação à saúde das crianças e ao seu crescimento e desenvolvimento saudáveis, consoante a sua idade e estádio de desenvolvimento.

Destaco o facto de os elementos da equipa desempenharem funções enquanto enfermeiros de família, o que lhes permite possuir um entendimento mais aprofundado acerca dos vários elementos que a constituem, conhecer os seus pontos fortes, os recursos que têm à sua disponibilidade, nomeadamente no seio da família alargada, e, consequentemente, conhecer os problemas e dificuldades da família, permitindo antecipar ou encontrar formas de os ultrapassar. De igual forma, a família reconhece a disponibilidade e o conhecimento técnico-científico dos enfermeiros, sendo visível a existência de uma relação de confiança com a equipa. Neste sentido, considerando a família um elemento central à vida da criança, antes de iniciar qualquer consulta, procurei tomar conhecimento antecipado de alguma especificidade, pontos fortes ou dificuldades importantes, questionando a Enf.ª Orientadora, para, assim, garantir uma melhor orientação de cada família. Empenhando-me em criar um espaço de confiança, no qual as famílias se sentissem escutadas, iniciei as consultas procurando conhecer as dificuldades e dúvidas surgidas desde a última ida à USF. Cumprindo os princípios designados pela filosofia do CCF, anteriormente destacados, pretendi criar uma relação colaborativa, com base na empatia, escuta ativa, respeito pela cultura e diferenças do outro (Hesselgrave & Santucci, 2024), com foco na comunicação e negociação eficaz (Fox, 2024; Hesselgrave & Santucci, 2024; IPFCC, s.d.; Sousa et al., 2013). Estes aspetos vão, igualmente, ao encontro do MSBN e do significado de holismo associado à prática de enfermagem avançada, já anteriormente explanado.

No que diz respeito à avaliação do desenvolvimento infantil, esta foi efetuada através da aplicação da Escala de Mary Sheridan Modificada. Dado que todos os encontros das famílias com os profissionais de saúde devem ser aproveitados para

observar e avaliar as aquisições das crianças (DGS, 2013), nomeadamente em CSP, mantive-me atenta a qualquer sinal de alerta, sendo esta situação encaminhada para outros profissionais da equipa de saúde. Observando todos os pormenores relacionados com a criança, desde que esta entrava na consulta até à sua saída, a dinâmica entre esta e os seus pais, a forma como brincava/manipulava o que trazia consigo, não sendo o alvo direto das atenções dos adultos, foi possível formular algumas conclusões no que diz respeito ao seu desenvolvimento. Por outro lado, as preocupações valorizadas pelos pais e as questões que iam sendo formuladas ao longo da consulta, em função dos aspetos importantes a evidenciar em cada idade, fornecia, igualmente, informação detalhada que permitia despistar alguma situação de risco. Estes momentos constituíram uma oportunidade para estimular os pais a promover o desenvolvimento do seu filho, sugerindo atividades específicas adaptadas à idade e desenvolvimento da criança e entregando folhetos existentes na USF com informação adequada, com o intuito de favorecer o máximo potencial da criança. O conhecimento acerca das diferentes etapas de desenvolvimento, a prestação de orientações antecipatórias em relação às mesmas e o aconselhamento dos pais sobre as atividades que podem ajudar a promover a aquisição de competências, podem evitar a ocorrência de alguns problemas, assim como lacunas na estimulação adequada das crianças (Pinto, 2009).

Por conseguinte, a colaboração nas consultas de SIJ permitiu-me assimilar conhecimentos e desenvolver habilidades no âmbito da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, como destacado na competência E3.1. Para evidenciar a aquisição de competências neste âmbito, propus como atividade a elaboração de um estudo de caso, que se anexa a este relatório (Apêndice IV). Em simultâneo, procurei sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família, negociando e motivando os seus elementos para a adoção de comportamentos saudáveis em saúde, comunicando de forma adequada e utilizando estratégias motivadoras para a assunção dos seus papéis em saúde (Regulamento n.º 422/2018), conforme evidenciado na competência E1.1.

Destaco, também, outra intervenção fundamental que desenvolvi ao longo do estágio e que constitui um dos momentos de maior *stress* para as famílias: a vacinação. De acordo com a DGS (2012), os procedimentos invasivos realizados nos serviços de saúde são a causa mais frequente de dor na criança. Por seu lado, o medo, o *stress* e a ansiedade destas e dos seus familiares tendem a agravar este fenómeno (DGS, 2012;

Hellsten, 2024), pelo que não só é fundamental garantir o controlo da dor associado ao procedimento, mas também fornecer estratégias que permitam à criança lidar com a situação que está a vivenciar, reduzindo a perceção da dor, tornando-a mais tolerável, e diminuindo o *stress* e ansiedade (Hellsten, 2024).

Neste âmbito, os cuidados que prestei às famílias envolveram dois aspetos muito importantes: a educação para a saúde e respetiva orientação dos pais nos cuidados ao filho após a administração das vacinas, de acordo com o que está preconizado no PNV, assim como a inclusão de estratégias não farmacológicas de controlo da dor durante este processo e envolvimento dos pais na prestação de apoio à criança. Com o objetivo de reduzir o medo e a ansiedade, as estratégias que selecionei tinham em conta a idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo, tendo privilegiado estratégias de enfrentamento, utilizadas em experiências prévias, que a família tivesse mencionado como sendo eficazes. Exemplos da integração de estratégias não farmacológicas na administração de vacinas que apliquei ao longo do estágio são a administração de glicose a 30% (sucção não nutritiva) ou a promoção da amamentação durante o procedimento em RN e lactentes, o uso do brincar e de técnicas de distração em idade pré-escolar e escolar ou a aplicação de técnicas de relaxamento em adolescentes. A partir dos 5 anos de idade, procurei efetuar uma preparação antecipatória da criança (adequando a comunicação e informação ao seu estádio de desenvolvimento), fornecendo informação sobre o que se iria passar, o que ela poderia sentir e qual o comportamento esperado, a fim de ajudar a criança a criar uma expectativa realista da situação; no final do procedimento elogiei o comportamento da criança, e, sempre que possível, entreguei prémios, em forma de medalha e certificado, por forma a garantir um reforço positivo e promover experiências favoráveis, as quais se constituem como um importante mecanismo de enfrentamento em futuras visitas aos serviços de saúde.

O estabelecimento de uma relação de parceria com as famílias, garantindo a implementação de um plano de saúde promotor da parentalidade, potenciou o desenvolvimento da competência E1.1. Concomitantemente, para além de ter aprofundado as minhas habilidades no âmbito da gestão da dor (competência E2.2.), através da aplicação de estratégias não farmacológicas, as atividades descritas demonstram, igualmente, a capacidade de comunicar com a criança de forma apropriada ao seu estádio de desenvolvimento (competência E3.3.).

Finalmente, não poderia deixar de frisar as consultas realizadas a adolescentes. É basilar a intervenção do EEESIP nestas faixas etárias, nomeadamente na abordagem dos aspetos psicossociais que permitem conhecer não só os pontos fortes, como também os fatores de risco no seu contexto de vida. O EEESIP será, deste modo, um interlocutor privilegiado no âmbito da promoção de estilos de vida saudáveis e na prevenção de situações de risco, como o consumo abusivo de álcool, drogas e tabaco, a sexualidade, o suicídio e a segurança, dando especial ênfase à violência. Estes aspetos determinam o apoio à responsabilização e progressiva autodeterminação do adolescente, facilitando o acesso às consultas e assegurando a sua privacidade e confidencialidade (DGS, 2013). No entanto, nem sempre é simples colocar estes aspetos em prática, visto que os pais acompanham frequentemente os seus filhos às consultas e podem entender que devem estar presentes durante a mesma. Colaborando com a Enf.ª Orientadora, foi possível identificar e assimilar uma forma de ultrapassar estas barreiras: procurei frisar aos pais que garantir ao adolescente um espaço que facilite a expressão dos seus sentimentos e dúvidas, sem receios, pode passar por estar a sós com o profissional de saúde; seguidamente, os pais podiam participar, também, da consulta e ter o seu espaço de partilha de dúvidas e receios e obter os respetivos esclarecimentos. Simultaneamente, é fundamental "deixar a porta aberta"; sabendo o quanto o grupo de pares é importante nesta fase da vida, sugerir que, se surgirem outras dúvidas com o tempo, o adolescente deve procurar a USF com os(as) amigos(as) para, em grupo, poderem expô-las. Por conseguinte, participar na consulta ao adolescente permitiu-me contactar com jovens, procurando adequar o estilo de comunicação, estimular a adoção de comportamentos saudáveis e reforçar a sua participação e tomada de decisão responsável em relação à sua saúde, tendo, assim, desenvolvido a competência E3.4.

Em suma, neste campo de estágio, tive a oportunidade de compreender o papel interventivo do EEESIP no âmbito dos CSP, o qual se enquadra aos três níveis de prevenção e destaca a família no centro do seu processo assistencial, assegurando uma comunicação e negociação eficaz, assim como o envolvimento de todos os elementos na tomada de decisão. Salienta-se, igualmente, o foco na promoção da parentalidade e capacitação da família para atender às necessidades da criança, promovendo a adoção de comportamentos potenciadores da saúde (prevenção primária), garantido que a família sabe como atuar em situações que colocam em risco a saúde da criança

(prevenção secundária) e assegurando o acompanhamento daqueles que se encontram em recuperação (prevenção terciária), rumo à independência e ao bem-estar.

3.1.2. Consulta de desenvolvimento

O estágio em consulta de desenvolvimento (CD) decorreu num período de duas semanas, compreendido entre 26 de junho e 9 de julho de 2023. Este percurso da minha aprendizagem integrou um estágio de observação numa Unidade de Habilitação e Desenvolvimento (UHD) da região de Lisboa, de um centro onde se cuida de crianças com perturbação a nível neuromotor, apresentando, a grande maioria, o diagnóstico de paralisia cerebral (PC). Este contexto tem como missão "prevenir, desenvolver, habilitar, reabilitar e incluir na comunidade a pessoa com PC e outras situações neuromotoras, através da equipa multidisciplinar, promovendo a sua qualidade de vida" (Rosa, 2020, p. 62). Nesta UHD estão, também, integradas subunidades que promovem um trabalho específico com as crianças: a Unidade de Técnicas Aumentativas e Alternativas de Comunicação (UTAAC), o Núcleo de Intervenção Precoce Integrada (NIPI) e o Gabinete de Informação e Aconselhamento de Produtos de Apoio. O trabalho é desenvolvido de forma integrante e complementar, através da colaboração entre várias equipas, entre as quais se destaca o serviço de fisioterapia, a terapia ocupacional, a terapia da fala, a psicologia, o serviço social, assim como as equipas médica, de enfermagem e de assistentes operacionais. A equipa de enfermagem integra 3 enfermeiros: 1 enfermeira generalista e 2 enfermeiros especialistas, sendo um EEESIP e outro EE em enfermagem médico-cirúrgica (que assume funções de coordenação).

Neste contexto deparei-me com salas amplas e muito iluminadas, onde se observam diversos quadros infantis que pretendem animar as diferentes divisões; nestas salas, encontram-se brinquedos e livros, uma casa de bonecas e alguns triciclos à disposição para serem utilizados; a televisão da sala principal emite, maioritariamente, desenhos animados. Através dos pormenores infantis descritos, os quais vão ao encontro da filosofia do CNT, pretende criar-se um ambiente aberto, seguro e impulsionador das relações humanas, assegurando que o espaço onde os cuidados são prestados é tranquilizante para os pais e, sobretudo, para as crianças.

A minha aprendizagem, neste contexto, derivou não só da observação, mas sobretudo de entrevistas exploratórias ao Enf. Orientador e reflexão acerca do papel do

EE nesta unidade. Simultaneamente, adquiri novos conhecimentos no cuidado à criança com PC através da realização de pesquisa bibliográfica e da participação numa sessão de formação de 3 horas intitulada 'Posicionamento, manuseio e estratégias a utilizar com crianças com patologia neuromotora' (Anexo I). A participação nesta sessão proporcionou o acesso a evidência científica atualizada e aos valiosos contributos dos formadores, profissionais da unidade e peritos nesta área.

De entre as responsabilidades do EEESIP, destaco a participação, em conjunto com a equipa médica, na primeira consulta da criança, sendo da sua responsabilidade a avaliação do desenvolvimento através da Escala de Mary Sheridan Modificada. Por outro lado, existem outras escalas, mais direcionadas a estas patologias, cuja aplicação é fundamental, entre as quais se destaca a escala de avaliação *Gross Motor*, que fornece informações valiosas no planeamento e monitorização do plano de cuidado à criança e ajuda a estabelecer uma expectativa realista em relação ao seu desenvolvimento motor (Cerebral Palsy Foundation [CPF], 2023). Através de entrevistas ao Enf. Orientador e à Educadora responsável pelo NIPI, compreendi a importância de ter, sempre, presente que o processo de desenvolvimento, sendo contínuo e dinâmico, depende intrinsecamente da criança, dos estímulos a que está sujeita, bem como das lesões neurológicas que apresenta; tratando-se de crianças com atrasos no desenvolvimento neuromotor, o foco não deverá estar na sua idade, mas sim no que a criança é (ou não) capaz de fazer, sendo fundamental envolvê-la em todas as atividades, progredindo na complexidade das mesmas de forma individualizada. Neste sentido, destaco a importância da intervenção precoce com o intuito de responder, o mais cedo possível, às necessidades que as crianças e suas famílias apresentam, sejam elas transitórias ou permanentes. Simultaneamente, através de pesquisa bibliográfica para aprofundamento dos conhecimentos adquiridos, apreendi que a criança deve ser vista na sua globalidade, ou seja em toda a extensão dos seus contextos de vida, familiar, social e cultural (Franco, 2019), indo ao encontro dos princípios preconizados pelo MSBN e da filosofia do CCF. Compreendi, ainda, o quão importante é ser 'oportunista', isto é criar, o mais cedo possível, as condições facilitadoras do adequado desenvolvimento da criança (Franco, 2019). Assim, o papel do EEESIP neste âmbito foca-se, não só, na avaliação do desenvolvimento da criança, mas, sobretudo, na transmissão de orientações antecipatórias às famílias quanto aos estímulos que são potenciadores da maximização

do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Destaco como exemplo a capacitação das famílias para o adequado posicionamento da criança, estratégia essencial para potenciar não só o seu desenvolvimento motor, mas também a comunicação e a brincadeira. Desta forma, foi possível desenvolver competências no âmbito da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil das crianças com PC (competência E3.1.), sem deixar de considerar as especificidades e exigências particulares derivadas da complexidade da sua condição de saúde.

Outro desafio que encontrei neste contexto passa pela comunicação com a criança com PC. Na sessão de formação em que participei foi dado ênfase a outros focos de preocupação no cuidado à criança, entre os quais a comunicação ocupa um lugar de destaque. Conhecer as habilidades cognitivas, linguísticas e comunicativas da criança será fundamental para determinar as melhores estratégias de apoio. Para facilitar a comunicação com estas crianças, os profissionais da unidade utilizavam um quadro de pictogramas, adaptado à criança e ao seu estádio de desenvolvimento. Desta forma, aprofundei os meus conhecimentos na adaptação da comunicação não somente ao estado de desenvolvimento da criança, mas também à sua condição de saúde, nomeadamente no âmbito das técnicas de comunicação, como evidenciado na competência E3.3. do EEESIP.

O acompanhamento destas crianças e suas famílias é efetuado pela equipa de enfermagem, em consultas que ocorrem uma a duas vezes por ano. Contudo, os pais das crianças com PC estão expostos a uma série de problemas e desafios, fruto da condição de saúde dos seus filhos, o que leva a que recorram, com frequência, à equipa de enfermagem, à procura de orientação para cuidados específicos com a alimentação, medicação ou outros tratamentos. Recordo, por exemplo, a situação de uma mãe que solicitou a observação da pele circundante ao estoma da sua filha, a qual se encontrava macerada e ruborizada, aparentemente fruto da pressão da gastrostomia endoscópica percutânea que apresentava. Após observação e cuidados ao estoma, foram sugeridos, à mãe, cuidados ter com a pele, como o posicionamento da sonda e alívio da pressão. Evidencia-se, assim, o papel primordial ocupado pelo EEESIP na capacitação e empoderamento da família, nomeadamente no cuidado à criança com necessidades especiais de saúde, gerindo, em parceria com a mesma, um plano promotor da saúde e da parentalidade e promovendo a adaptação da família perante as dificuldades com que

se confronta no cuidado diário à criança. Desta forma, interliga-se o desenvolvimento das competências E1.1. e E2.5.

Da reflexão com o Enf. Orientador foi possível perceber, também, a forma como a intervenção com estas famílias deve ser, obrigatoriamente, facilitada através de uma abordagem transdisciplinar: todas as etapas são conduzidas por equipas formadas por diferentes profissionais, especializados nos respetivos domínios, sendo certo que é da conjugação destes diferentes saberes que se torna possível uma atuação forte, estruturada e dinâmica. Centrando-se nas necessidades da criança e respetiva família, e não na especialização de cada um dos elementos envolvidos no cuidado à criança, é possível aumentar a qualidade dos cuidados (Franco, 2019). Destaco, neste âmbito, a avaliação das habilidades motoras e comunicacionais da criança pelo EEESIP, sendo da sua competência a identificação de sinais de alerta e o encaminhamento para outros profissionais da unidade; um exemplo desta referenciação é a solicitação da avaliação da criança na UTAAC, no sentido de promover o desenvolvimento das suas habilidades comunicacionais. Estabelecendo redes de recursos de suporte à criança com PC e sua família, o EEESIP suporta as suas necessidades, implementando, em parceria com a família, um plano promotor da saúde, como destacado na competência E1.1.

A potenciação das habilidades da criança, no sentido da maximização da sua autonomia, só é possível quando se insiste na transformação da forma como a sociedade recebe a pessoa com deficiência (Rosa, 2020). Neste sentido, não bastará capacitar a criança e sua família, mas habilitar, igualmente, a comunidade para as receber, o que implica a intervenção da equipa fora do âmbito desta unidade, nomeadamente no ambiente social dos seus utentes (como a escola), agindo como facilitadores da sua integração. Em parceria com o Enf. Orientador foi possível refletir acerca da intervenção do EE no meio escolar, o que me permitiu aprofundar, um pouco mais, o desenvolvimento da competência E1.1., ao abordar o apoio à inclusão das crianças e jovens com necessidades especiais de saúde.

Em suma, apenas através da intervenção precoce de uma equipa multidisciplinar, assumindo uma abordagem transdisciplinar, com um olhar global sobre a criança, incidindo não só nos aspetos físicos, mas nos psicoafectivos e sociais, será possível proporcionar a todas as crianças, nomeadamente às que apresentam necessidades especiais de saúde, as oportunidades necessárias para alcançarem todo o seu potencial

de crescimento e desenvolvimento, garantir a sua inclusão na sociedade e, consequentemente, oferecer uma melhor qualidade de vida no futuro (Franco, 2019; Rosa, 2020).

3.1.3. Serviço de urgência pediátrica

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) decorreu entre 2 de outubro e 3 de novembro de 2023, num hospital central na região de saúde de LVT, tratando-se de um serviço que se pretende distinguir pela inovação, qualidade dos cuidados e humanização do atendimento.

O SUP funciona num espaço próprio, dispondo de instalações modernas e bem equipadas, que envolvem duas secções distintas. A primeira corresponde à área de ambulatório propriamente dita; a segunda secção integra uma unidade de cuidados especiais pediátricos, a qual reúne as condições necessárias para a vigilância contínua, estabilização e tratamento de crianças e adolescentes que necessitem de internamento de curta duração ou em situação de maior complexidade, nomeadamente crianças em pós-operatório de cirurgias eletivas (como cirurgia geral, neurocirurgia ou ortopedia) e/ou com necessidade de ventilação não invasiva. A equipa de enfermagem é composta por 26 elementos, sendo 6 EE, 5 dos quais EEESIP.

Começo por destacar a prestação de cuidados desenvolvida na triagem. O método de triagem utilizado neste contexto é o Sistema de Triagem de Manchester, de acordo com o preconizado na Norma N.º 002/2018 da DGS. Em primeiro lugar, procurei adquirir conhecimentos neste âmbito, não só através da observação, mas também de pesquisa bibliográfica acerca desta temática. Aliando o conhecimento obtido à aplicação do método de triagem, em colaboração com a Enf.ª Orientadora, foi possível compreender as competências fundamentais intrínsecas a este ato, que apesar de breve, é fundamental para a atribuição de uma correta prioridade clínica. O enfermeiro triador deve, assim, possuir fortes habilidades interpessoais, nomeadamente habilidades de comunicação eficaz, de estabelecimento de uma relação de ajuda empática, sendo capaz de compreender as necessidades e expectativas das famílias, e tendo, também, em conta os aspetos religiosos e culturais (Emergency Nurses Association, 2017). Neste sentido, procurei comunicar com a criança e família de forma assertiva e empática, mantendo o autocontrolo, sem efetuar juízos de valor, utilizando o meu conhecimento para

tranquilizar todos os elementos da família, mesmo em situações de maior gravidade. Não menos importante, destaco, também, o papel desempenhado pelo enfermeiro na triagem enquanto promotor da educação das famílias, facilitando o empoderamento dos pais perante a situação de doença da criança. Este facto, exige, igualmente, um conhecimento aprofundado acerca das doenças comuns que afetam a vida da criança, assim como do crescimento e desenvolvimento, por forma a identificar antecipadamente sinais de alerta. Por conseguinte, a participação na triagem proporcionou-me o conhecimento e aprendizagem dos processos específicos de saúde/doença mais comuns na criança, permitindo-me implementar um plano de saúde em parceria com a família, negociando a participação de todos os seus elementos e comunicando de forma adequada, não só executando as respostas de enfermagem apropriadas face aos problemas identificados, mas também procurando trabalhar com as famílias no sentido de facilitar a maximização da sua saúde e adoção de comportamentos potenciadores da mesma, conforme descrito nas unidades de competência E1.1. e E1.2. do EEESIP.

As situações de risco para a saúde e bem-estar da criança, nomeadamente situações de negligência e maus-tratos, são uma realidade frequentemente experienciada no SUP. Não tendo sido possível experienciar uma situação concreta, procurei aprofundar os meus conhecimentos neste âmbito não só através de pesquisa bibliográfica, mas também subsidiando os mesmos através de entrevista exploratória à Enf.ª Orientadora, enquanto elemento do Núcleo Hospitalar de Crianças e Jovens em Risco (NHCJR).

Com o apoio da Enf.ª Orientadora foi possível assimilar o papel do EE neste âmbito. A intervenção tem como objetivos principais proteger a criança, intervir perante situações de vulnerabilidade que constituem risco de esta vir a sofrer de maus-tratos, no sentido de prevenir a evolução para uma situação de perigo (isto é, havendo objetivação do risco) e, ainda, evitar a recorrência de maus-tratos (DGS, 2011). Assim, ao nível de intervenção primária, a ação do enfermeiro do NHCJR passa, por um lado, pela dinamização de campanhas de sensibilização e informação à comunidade, relativamente aos maus-tratos. Por outro lado, é obrigatório que o enfermeiro seja agente ativo na sensibilização da sua equipa para esta temática; a notificação de situações de risco de negligência ou maus-tratos nesta instituição pode ser efetuada, por qualquer profissional, através de uma plataforma eletrónica, pelo que o papel do enfermeiro passa, também, pela

divulgação desta plataforma aos elementos da sua equipa e o apoio durante a notificação. Ao serem identificadas famílias em risco, o NHCJR reúne para discutir as estratégias de intervenção mais adequadas, encaminhando a situação para recursos da comunidade. Segundo a DGS (2011), estas estratégias devem ser especialmente dirigidas à promoção das competências parentais, apoiando os pais e reforçando as competências que estes revelam. Desta forma, conhecer o processo de funcionamento do NHCJR permitiu-me adquirir conhecimentos acerca das situações de risco para a criança, compreender a importância da sensibilização de toda a equipa para esta temática e conhecer os recursos que estão à disposição dos profissionais de saúde, quando e de que forma acionar os mesmos, aprofundando-se o desenvolvimento da competência E1.2.

O cuidado à criança no SUP permitiu, também, desenvolver competências em situações de especial complexidade, nomeadamente de instabilidade das funções vitais, onde destaco a colaboração na prestação de cuidados na sala de reanimação. Neste setor, destaco a experiência vivenciada com a família de uma criança de 4 anos que, após ter sofrido uma queda do 2.º andar, foi trazida para o SUP pela própria mãe e irmã. Na sala de reanimação, a chefe de equipa, neste caso a Enf.ª Orientadora, distribuiu imediatamente os papéis de cada elemento, no sentido de garantir a segurança da prestação de cuidados. Tendo permanecido junto da família, procurei informações mais detalhadas sobre o que tinha acontecido, fator que se revelou determinante no cuidado à criança, pois a mãe transmitiu-me a informação que o seu filho apresentava uma perturbação do espetro do autismo. Apressei-me a transmitir este dado importante à equipa, cuja preocupação se centrava exatamente no facto de a criança não responder ao seu chamamento, apesar de estar acordada e reativa a estímulos. Voltando para junto da mãe e da irmã procurei tranquilizá-las, respondendo às suas questões, transmitindo as informações possíveis e descodificando o que se estava a passar. Sendo o CCF e o CNT referenciais para a prática do EEESIP, o seu papel não se resume a assegurar respostas em suporte avançado de vida, mas também a garantir que todos os elementos da família são cuidados neste momento de elevada emocionalidade. A presença da família não pode, de forma alguma, atrasar a assistência, mas sim configurar-se como uma mais-valia (Mendes & Guareschi, 2019) ao possibilitar, tal como verificado na situação descrita, a recolha de informação fundamental para o cuidado à criança. Simultaneamente, a família é empoderada na medida em que a sua presença na sala de reanimação permite

melhorar a comunicação com os profissionais de saúde, assim como vivenciar a situação, sem estar a aguardar notícias sobre o estado crítico da criança, o que pode gerar dúvidas sobre se o atendimento prestado terá sido suficiente, nomeadamente em situações em que o desfecho não foi o pretendido (Mendes & Guareschi, 2019). Desta forma, aprofundei as minhas competências no cuidado à criança e família em situação de especial complexidade, como destacado na competência E2.1, não só através da mobilização de conhecimentos e habilidades na identificação de focos de instabilidade e assistência em suporte avançado de vida, mas desenvolvendo, igualmente, habilidades de comunicação sensível para envolver e apoiar as famílias durante estes momentos críticos.

Finalmente, o impacto do ambiente físico (como a luminosidade elevada, os ruídos provenientes dos dispositivos médicos ou o odor característico a desinfetante) aliado ao ambiente humano (a presença de profissionais estranhos que são imediatamente associados a procedimentos invasivos, potencialmente dolorosos e desconfortáveis) torna a presença no SUP uma vivência intensamente perturbadora e geradora de emoções. Reforça-se, novamente, a importância da integração das filosofias de CCF e CNT na prestação de cuidados à criança e família e o estabelecimento de intervenções que visam minimizar a ação dos stressores relacionados com a hospitalização. Integrando a visão do modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica, destaco a forma como *promover um ambiente seguro e afetuoso* e *gerir as emoções dos clientes* (Diogo, 2015, 2023) permitiu ir ao encontro das filosofias mencionadas.

Neste sentido, empenhei-me em promover um ambiente ao qual a criança se conseguisse adaptar e onde se sentisse segura; um ambiente em que os enfermeiros fossem percecionados como parceiros no momento de cuidar e não apenas como alguém que proporciona dor e desconforto (Diogo, 2015, 2023). Para *promover um ambiente seguro e afetuoso*, procurei estar em sintonia com o mundo mágico e infantil das crianças internadas, contando histórias e envolvendo-me nas brincadeiras; com os jovens, demonstrei interesse pelos seus gostos e preferências e utilizei o humor; apropriando a minha comunicação à idade e ao estádio de desenvolvimento, desenvolvi a competência E3.3. Junto dos pais, procurei prestar todos os esclarecimentos necessários e ajudei a identificar estratégias que lhes permitisse ultrapassar algumas dificuldades. Recordo-me de uma mãe profundamente desanimada, pois estava há 2 dias sem ver os outros dois

filhos; no decurso da nossa conversa identifiquei os pontos fortes da família e ajudei-a a organizar uma estratégia que a permitisse ir a casa, com o pai, estar com estas crianças, sem sentir que deixava para trás um filho doente e potencialmente "desamparado"; no seu lugar, permaneceu a avó, quem ficava habitualmente com os netos, o que a confortou e permitiu passar uma tarde de qualidade junto dos filhos mais velhos. Desta forma, procurei facilitar a adaptação dos irmãos e dos pais à situação complexa que estavam a vivenciar, identificando as necessidades da família, os seus pontos fortes e capacitando-a para colocar em prática estratégias de adaptação, como destacado na competência E2.5.

Por outro lado, o contexto do SUP está intrinsecamente ligado à realização de procedimentos invasivos, potencialmente dolorosos para a criança. Tal como Diogo (2015) destaca, é fundamental preservar o ambiente seguro no quarto, pelo que os procedimentos em que colaborei eram efetuados na sala de tratamentos e, nunca, na unidade onde a criança está internada, sendo promovida a presença dos pais, para apoiar a criança na gestão das suas emoções. A necessidade de execução de procedimentos dolorosos e geradores de ansiedade torna primordial que seja efetuada uma *gestão emocional de antecipação* (estando esta condicionada à idade da criança); desta forma é possível evitar, na maioria das interações, que as crianças vivenciem o processo de hospitalização com uma tonalidade maioritariamente negativa, promovendo a tranquilidade e o seu bem-estar emocional, potenciando o seu autocontrolo e conquistando a sua confiança (Diogo, 2015). Neste sentido, procurei fornecer, à criança, todas informações e explicações do que iria acontecer, esclarecer dúvidas, favorecer a expressão dos sentimentos e permitir-lhe tomar algumas decisões. Esta intervenção era igualmente combinada de um constante reforço positivo, muito útil para a criança compreender que é capaz de superar a situação, aumentar a sua autoestima e o sentimento de confiança em si própria e nos que dela cuidam (Diogo, 2015). Paralelamente, utilizei estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor, como a aplicação de apósitos de EMLA®, a escuta musical (sobretudo em lactentes) e as técnicas de distração e/ou de relaxamento. Estas atividades possibilitaram também o aprofundamento de competências no âmbito da gestão diferenciada da dor, como destacado na competência E2.2.

Ao integrar as abordagens anteriormente mencionadas no cuidado à criança e família no SUP, o EEESIP proporciona uma experiência de cuidado que reconhece não só as necessidades físicas, mas também as emocionais, psicossociais e ambientais, como destacado no MSBN, atuando aos três níveis de prevenção. Assim, considerando todos os fatores que influenciam o bem-estar, o enfermeiro é capaz de oferecer um cuidado holístico e compassivo, que promove o conforto e a recuperação em momentos de crise.

3.1.4. Unidade de cuidados intensivos neonatais

O estágio em Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) decorreu entre 13 de novembro e 15 de dezembro de 2023. O local de estágio foi selecionado em função da população abrangida pela minha área temática, por forma a dar resposta não só ao desenvolvimento de competências específicas em ESIP, na área da neonatologia, como à implementação de estratégias redutoras do *stress* parental em pais de crianças com CC. Trata-se, igualmente, de uma unidade certificada através do modelo adotado pelo DQS da DGS, cujo trabalho se desenrola num ambiente de grande exigência profissional, onde destaco a atividade no âmbito da cirurgia cardíaca neonatal. Dada a sua especificidade, a referenciação para esta unidade é efetuada a partir de vários pontos do país, incluindo, ainda, alguns Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. Adicionalmente, destaca-se a assistência a famílias imigrantes, pelo que é possível compreender que este contexto se apresentou muito rico dada a diversidade cultural das famílias com que tive oportunidade de contactar.

Esta unidade integra o espaço de uma UCI de Cirurgia Cardiotorácica, embora seja um espaço físico independente, com lotação de 3 camas. Trata-se de uma sala ampla, moderna e funcional, com luz natural e dispondo de equipamentos de elevada complexidade, como dispositivo de assistência ventricular externa (*Berlin Heart*), *Extra Corporeal Membrane Oxygenation* (ECMO) e de substituição da função renal. Destaco o facto de todas as paredes estarem cobertas, do chão ao teto, de desenhos muito coloridos, com o tema do fundo do mar, pormenor que espelha a promoção do CNT à criança e família, ao amenizar o impacto emocional intenso provocado pelo ambiente físico desta unidade.

A equipa de enfermagem da UCI é composta por 58 enfermeiros, dos quais 13 são EE, 3 na área da ESIP. O método de trabalho privilegiado é o método individual,

procurando garantir-se a continuidade de cuidados, pelo que, os enfermeiros prestam cuidados, preferencialmente, à mesma família durante todo o internamento. Este aspeto foi particularmente útil para me permitir estabelecer uma relação de confiança com as famílias de quem cuidei, o que trouxe verdadeiros frutos para o meu desenvolvimento pessoal e de competências enquanto futura EE.

Como anteriormente explanado, a partir do momento em que um RN é admitido numa UCIN é exposto a uma série de estímulos stressantes, o que condiciona *stress* tóxico com sérias repercussões na saúde futura da criança (Coughlin, 2017; NSCDC, 2010; Perkins, 2019). Tendo aprofundado os meus conhecimentos neste âmbito através de pesquisa bibliográfica e da discussão e reflexão com a Enf.ª Orientadora, procurei enformar a minha prática com base no Modelo de Cuidado Integrativo para o Desenvolvimento proposto por Altimier & Phillips, pois só através de uma prática clínica baseada em evidência científica é possível prestar cuidados seguros e de qualidade.

Tendo em conta que os estímulos e fatores ambientais da UCIN, como a temperatura, a luminosidade, o ruído, os odores e a manipulação do RN, podem constituir interferências significativas no desenvolvimento estrutural do cérebro quando em níveis inapropriados, é essencial que a estimulação neurosensorial seja mantida a um nível que permita ser positivamente acomodada pela criança (Altimier & Phillips, 2013). Assim, durante a prestação de cuidados, empenhei-me em minimizar os efeitos dos fatores ambientais anteriormente mencionados. Quando os pais não se encontravam presentes, a incubadora era mantida, preferencialmente, fechada, com temperatura adequada e monitorização contínua da temperatura corporal do RN. Simultaneamente, este cuidado permitia-me minimizar o ruído, estímulo que tende a interromper os ciclos do sono do RN, não permitindo o seu repouso adequado. A preocupação com o ruído foi uma prática diária através da regulação dos alarmes e o ajuste do seu volume, assim como alertando a equipa quando o monitor da incubadora marcava valores de ruído superiores ao aceitável. Minimizar a luminosidade era, igualmente, uma preocupação, através da monitorização das luzes da sala (as quais são individualizadas), assim como da colocação de proteção adequada sobre a incubadora, de forma a evitar a iluminação direta da face da criança.

Para facilitar a termorregulação e transmitir conforto e sensação de segurança ao RN, promovi o posicionamento terapêutico (mantendo posição em linha média,

flexionada e contida) com recurso a dispositivos que permitem, simultaneamente, a sua contenção. Destaco, ainda, a importância de minimizar e assegurar a adequada manipulação da criança. Para além de manusear o RN de forma lenta, cuidada, com movimentos suaves, procurei estar atenta aos seus sinais, no sentido de perceber se os estímulos gerados pelos cuidados prestados eram adequadamente tolerados. Simultaneamente, procurei coordenar as minhas atividades com a dos outros profissionais, por forma a reduzir o *stress* da criança e promover o seu repouso.

Empenhei-me, ainda, em garantir cuidados protetores da pele, assim como em otimizar a alimentação. Uma questão importante nos RN com patologia cardíaca é a necessidade de atingir um peso adequado que possibilite a realização do procedimento cirúrgico; o gasto calórico associado à amamentação é, frequentemente, impeditivo do aumento de peso com a rapidez necessária, pelo que estas crianças são frequentemente alimentadas através de sonda. No entanto, algumas medidas importantes podem ser tomadas para promover as funções oromotoras, entre as quais apliquei a sucção não nutritiva, utilizando chucha adequada ao tamanho do RN. Simultaneamente, procurei promover a amamentação, privilegiando a administração de leite materno ao leite adaptado. Para assegurar o sucesso do aleitamento materno, foi fundamental capacitar e empoderar as famílias, em especial a mãe, fornecendo orientações relativamente aos aspetos relacionados com este processo. Através da descrição de todas estas atividades, considero deixar claro que um dos grandes contributos deste estágio foi possibilitar focar-me, de forma mais sistemática e fundamentada, na promoção do desenvolvimento infantil em crianças com necessidades especiais de saúde, o que me possibilitou desenvolver competências enquanto futura EEESIP, como destacado na competência E3.1.

Criar e manter um ambiente físico promotor do desenvolvimento da criança na UCIN envolve não só questões relacionadas com os estímulos mencionados, mas também que se disponha de espaço e instalações adequados para apoiar o papel central da família. A par do estabelecimento de um ambiente terapêutico, esta medida é um dos fatores mais impactantes e potenciadores do desenvolvimento da criança internada na UCIN, uma vez que que a presença dos pais torna possível minimizar os estímulos negativos e elevar outros que são potenciadores do desenvolvimento, assim como facilitar o processo de vinculação e garantir o suporte emocional da díade (Altimier &

Phillips, 2013; Altimier & White, 2014). Por conseguinte, ao longo dos turnos, procurei manter a proximidade e o contacto físico entre o RN e a família, promovendo o envolvimento dos pais em atividades simples, que estimulassem o seu papel parental, nomeadamente através da participação em cuidados básicos (como a mudança da fralda), na massagem ao RN ou estimulando que os pais pegassem a criança ao colo.

Simultaneamente, procurei ensiná-los a interpretar os sinais do RN em situações de desconforto e a compreender de que forma o podiam confortar. Um exemplo desta minha intervenção passou pela orientação dos pais no recurso à música (através de aplicações no telemóvel ou mesmo cantando), que se demonstrou muito eficaz como forma de tranquilizar e confortar a criança. Para além de fomentarem o estabelecimento de uma relação emocional sólida (Altimier & Phillips, 2013; Skene et al., 2012), estas medidas possibilitam que os pais contribuam para o alívio da dor e do desconforto do RN, garantindo uma adequada gestão da dor através de terapias não farmacológicas.

Ao longo do estágio ficou patente que favorecer a vinculação da família se configura com um desafio numa UCIN. Este fator não advém apenas da instabilidade da situação de saúde da criança, que dificulta a manutenção dos atributos fundamentais ao estabelecimento de uma relação afetiva, mas também pelo facto de alguns pais tenderem a afastar-se dos cuidados ao RN (Skene et al., 2012), ao viverem uma constante incerteza no futuro, particularmente entre a dúvida na sobrevivência da criança e a possibilidade da morte desta ocorrer (Carvalho et al., 2022). Dada a notória importância da intervenção do EE no sentido de impulsionar a relação emocional entre os pais e o RN, desenvolvi uma análise crítica e reflexiva com o intuito de explorar o papel vital do EEESIP na construção de uma base sólida emocional entre a díade familiar e, assim, poder sustentar a minha prática (Apêndice V).

O contributo destas atividades garantiu não só o desenvolvimento de competências no âmbito da promoção do desenvolvimento infantil, como também na promoção da vinculação no caso do RN com necessidades especiais de saúde, patente na competência E3.2. Simultaneamente, aprofundei as minhas competências no cuidado à criança e família em situação de especial complexidade, efetuando uma gestão diferenciada da dor, como descrito na competência E2.2, e facilitando a adaptação dos pais à condição de saúde do seu filho, como referido na competência E2.5.

Todo este processo foi facilitado por ter prestado cuidados, em colaboração com a Enf.ª Orientadora, ao mesmo RN/família, em diversos turnos ao longo do estágio. Ficou claro que, para conseguir atingir os objetivos mencionados, foi profícuo promover esta continuidade de cuidados: comunicar de forma consistente com os mesmos elementos da equipa, permite diminuir a discrepância entre as informações prestadas, assim como favorecer o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa. Por conseguinte, uma vez que, dificilmente, os pais conseguem permanecer continuamente junto dos filhos, sentem-se mais tranquilizados ao reconhecerem que os seus filhos são cuidados por uma equipa competente e disponível (Fraser, 2017), indo ao encontro da filosofia do CCF anteriormente explanada neste relatório.

Como destacado neste referente da prática do EEESIP, os cuidados prestados devem ser culturalmente sensíveis, com respeito pelas escolhas e perspetivas das famílias, incorporando os seus conhecimentos, valores, crenças e cultura na prestação de cuidados (IPFCC, s.d.). A diversidade cultural, assim como as diferentes nacionalidades com que tive oportunidade de contactar, constituíram um desafio, mas não uma barreira à prestação de cuidados. A evidência destaca como estas famílias são as que se encontram em maior risco de apresentar manifestações de *stress* e trauma derivados da prestação de cuidados (Lisanti, 2018), motivo pelo qual me empenhei na adaptação da comunicação à família, estabelecendo uma relação com os pais baseada no respeito pela sua cultura e valores. Um exemplo desta situação pode ser demonstrado na abertura para a vinda do *Granthi* (oficial religioso da religião *Sikh*) para orar com os pais pelo filho. Destaco, assim, o desenvolvimento da competência E3.3.

A complexidade de algumas situações obriga à realização de procedimentos invasivos na unidade, tendo sido possível presenciar o caso de um RN prematuro, submetido a laqueação do canal arterial. Os cuidados complexos prestados, durante e após a execução do procedimento, permitiram-me aprofundar habilidades no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, intervindo de forma rápida e antecipatória perante estas situações, tal como previsto na competência E2.1.

Em suma, o trabalho do EE na UCIN é verdadeiramente essencial, garantindo o conforto e cuidado da família em momentos de grande vulnerabilidade. Através dos seus conhecimentos e habilidades técnicas, o EEESIP desempenha um papel fundamental na

monitorização contínua do RN em situação crítica, sem esquecer os cuidados especializados focados no desenvolvimento e no estabelecimento de uma vinculação segura, demonstrando-se, assim, uma integração perfeita entre as competências técnicas e uma prestação de cuidados humanizados e empáticos.

3.1.5. Internamento de pediatria

O último estágio decorreu em contexto de internamento de pediatria (IP), no período compreendido entre 8 de janeiro e 9 de fevereiro de 2024. Neste contexto, pretendi dar continuidade ao estágio realizado em UCIN, nomeadamente no que concerne à implementação de estratégias redutoras do *stress* parental em pais de crianças com CC. Esta organização do estágio permitiu-me seguir o percurso assistencial da criança e estar presente em diferentes fases do internamento, o que se revelou útil não só para o meu desenvolvimento de competências, como para a consecução do projeto de estágio.

Uma vez que algumas das especificidades relativas a este serviço foram anteriormente explanadas, irei focar-me em aspetos exclusivos da enfermaria. A equipa de enfermagem apresenta 18 enfermeiros, dos quais 8 são EEESIP. O método de trabalho privilegiado é o método individual, procurando-se garantir a continuidade de cuidados. Trata-se de um serviço com capacidade para 8 camas, distribuídas por 4 quartos, 2 dos quais podem funcionar, se necessário, como quartos de isolamento (por exemplo, para assistência a criança submetida a transplante cardíaco). As crianças são internadas nas unidades, preferencialmente, em função da sua idade, pelo que existe um quarto adotado para adolescentes, por ser o que garante maior privacidade e autonomia ao jovem, nomeadamente por apresentar o wc no seu interior. O serviço é, ainda, dotado de uma sala onde as crianças podem brincar livremente e onde se encontram diversos brinquedos adequados às faixas etárias e etapas de desenvolvimento; as paredes estão coloridas e têm afixados desenhos elaborados pelas crianças. Tal como verificado nos outros contextos, estes aspetos particulares do ambiente do serviço vão ao encontro do preconizado na filosofia do CNT, permitindo a criação de um ambiente terapêutico e acolhedor, que possibilita diminuir a ansiedade da criança, normalizar a sua experiência no hospital e, em simultâneo, fornecer uma valiosa fonte de distração e entretenimento.

Nesta sala de atividades procurei promover que as crianças brincassem, participando, quando possível, nestas brincadeiras. O recurso aos brinquedos e à aplicação criativa do brincar, enquanto técnica de distração e de comunicação, contribui não só para a relação terapêutica com a equipa de enfermagem (Diogo, 2015; Scott, 2024), mas também para o desenvolvimento da criança (Duffy, 2024; Scott, 2024), necessidade que não cessa com o internamento. Cumpre-se, desta forma, o desenvolvimento das competências E3.1. e E3.3.

Tal como nos outros contexto de estágio, a atividade de pesquisa bibliográfica revelou-se essencial para aquisição, aprofundamento e atualização de conhecimentos em vários domínios. Esta atividade foi essencial ao longo de todo o meu percurso, pois só através de uma prática baseada na evidência científica mais recente é possível orientar de forma sólida e fundamenta a prestação de cuidados e garantir segurança e qualidade aos mesmos, nomeadamente em condições complexas e menos comuns (doenças raras), como as CC. Evidencia-se, desta forma, o desenvolvimento da competência E2.3.

Neste serviço tive a oportunidade de colaborar ativamente na prestação de cuidados a crianças em diferentes estádios de desenvolvimento e suas famílias. Os pais foram, sistematicamente, parceiros no cuidado à criança, desde momentos mais simples como os cuidados de higiene, a momentos mais complexos e de maior *stress* como a distração e apoio à criança durante a realização de procedimentos invasivos. Contudo, é de destacar que a família nem sempre pretende estar presente durante a execução de procedimentos, tendo experienciado esta situação com os pais de um RN. Tal como explanado anteriormente, a filosofia de CCF ressalva que o profissional de saúde deve assumir o cuidado à criança quando os pais não se sentem capazes para desempenhar o seu papel parental de acordo com as suas expectativas (Farrel, 2017; Monteiro & Cerqueira, 2020; Sousa et al., 2013), pelo que respeitei essa vontade, procurando não provocar sentimentos de culpa e angústia nos pais por não terem estado presentes naquele momento complexo. Interliga-se, aqui, o desenvolvimento das competências E1 e E2, mais especificamente a implementação de um plano de saúde promotor da parentalidade e da gestão do processo de saúde/doença (competência E1.1.) a par da promoção da adaptação da criança e família à doença crónica (competência E2.5.).

O envolvimento das famílias no cuidado à criança não permite apenas promover a sensação de controlo (de pais e crianças) e minimizar a separação, mas configura-se,

igualmente, decisivo, na medida em que facilita a transição do hospital para o domicílio. O facto destas crianças apresentarem necessidades especiais de saúde condiciona que alguns cuidados específicos continuem a ser prestados em casa, pela família, após a alta. Consequentemente, os pais devem ser capacitados e empoderados pelas equipas de saúde para que se sintam cuidadores eficazes e desempenhem o seu papel parental de forma mais satisfatória (Perk et al., 2022). Neste sentido, destaco as minhas atividades no âmbito da preparação para a alta, a qual era iniciada o mais precocemente possível, mediante a abertura da família para o início deste processo. Para garantir que prestava as orientações corretas e mais atualizadas, tive sempre em conta a instrução de trabalho existente no serviço que servia de guia orientador para o processo de alta. Destaco, também, a existência de folhetos, adaptados em função do procedimento realizado e da idade da criança, o que consistia um importante recurso para orientar as famílias para a alta. Através do estabelecimento desta relação de parceria era notória a gradual aquisição de competências pelos pais; à medida que estes iam referindo sentir-se mais capazes no cuidado ao seu filho, menor era a minha intervenção, assumindo, apenas, um papel de supervisão.

A preparação para a alta não tinha, apenas, em conta os cuidados a manter no domicílio, mas, também, os recursos que teriam de ser mobilizados em função das necessidades da criança e família, envolvendo toda a equipa multidisciplinar. Destaco a oportunidade de assistir a uma reunião referente à alta de um lactente submetido a transplante cardíaco, na qual foram levantadas as necessidades mais prementes, nomeadamente mudança do domicílio, sendo estas necessidades encaminhadas para os profissionais competentes; à equipa de enfermagem coube a orientação para todos os cuidados específicos com a criança, envolvendo não só a mãe (que esteve presente durante todo o internamento), mas também as duas irmãs mais velhas, que manteriam o cuidado ao irmão na ausência desta. Destaco, aqui, o aprofundamento da competência E1.1., ao proporcionar o desenvolvimento de habilidades na gestão dos processos de saúde/doença, envolvendo todos os elementos da família, nomeadamente através da avaliação da estrutura e contexto do sistema familiar, bem como da mobilização dos recursos comunitários de suporte à criança e família (Regulamento n.º 422/2018).

Com o processo de preparação para a alta pretende-se, não só, empoderar os pais, mas também a criança. Destaco, neste âmbito, a gestão deste procedimento junto do

adolescente, visando a sua participação, responsabilização e adoção de comportamentos potenciadores da sua saúde. No entanto, a família não deixava de estar presente e era, igualmente, reservado tempo para esclarecimento de dúvidas dos pais. O foco na criança vai ao encontro da filosofia dos Cuidados Centrados na Criança e da Convenção dos Direitos da Criança, devendo ser-lhe dada voz durante a prestação de cuidados, tendo em conta a sua perspetiva em todas as situações, enquanto se assegura, em simultâneo, a colaboração com a sua família. Atribuir um papel de destaque à criança permite ao enfermeiro reconhecer, mais facilmente, as suas necessidades individuais, garantindo o princípio ético de respeito pela sua dignidade e vulnerabilidade e potenciando a sua participação e autonomia. A criança é, assim, visualizada como elemento individual e não, apenas, como elemento integrante da família, sendo os pais, indubitavelmente, os principais parceiros do enfermeiro durante o internamento (Coyne, et al., 2018). Desta forma, as atividades envolvendo o adolescente, permitiram o desenvolvimento da competência E3.4.

Outro aspeto fundamental na intervenção do EEESIP no cuidado à criança e família em situação de especial complexidade prende-se com a capacitação da família para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação. Neste âmbito, tive oportunidade de colaborar com a Enf.ª Orientadora na elaboração de um cartão de condolências para uma família que perdera o filho mais novo há cerca de um mês. Os enfermeiros devem permanecer atentos e saber reconhecer e responder ao luto dos pais, nomeadamente para ajudar a ultrapassar as reações emocionais que surgem ao longo do tempo após a perda de um filho. De entre várias estratégias propostas na literatura, receber um cartão da equipa de saúde, após a morte da criança, pode ser reconfortante para os pais, permitindo atribuir um significado positivo à vida da criança, mantendo a esperança, ou seja, salientando que o sofrimento terminou e identificando um propósito para a curta vida da criança. Contudo, é fundamental ter em conta que estas abordagens devem ser individualizadas, uma vez que os desejos, valores e crenças dos pais podem variar e não ser esta a sua expectativa (Lakhani et al., 2024). A evidência salienta, ainda, a tendência para o esquecimento do desenvolvimento do processo de luto pelos irmãos (Lakhani et al., 2024); neste sentido, para além do cartão, foram enviados também alguns recursos para os pais utilizarem com o filho mais velho, no sentido de o apoiar também neste processo. Colaborar com a Enf.ª Orientadora na redação deste cartão foi particularmente

importante para o meu desenvolvimento de competências enquanto futura EE (competência E2.1.), pela orientação e *feedback* direcionados ao conteúdo e à forma como a comunicação com os pais deve ser direcionada, fornecendo uma base sólida para lidar com situações semelhantes no futuro.

Finalmente, destaco outra atividade que possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidado à criança e família em situação de especial complexidade, mais especificamente a integração das terapias complementares na prestação de cuidados (competência E2.4.). A incorporação destas terapias é congruente com os modelos e filosofias de enfermagem, ao possibilitar um cuidado holístico e centrado na pessoa, focando a componente física, emocional, social e espiritual do ser humano, que visa não só tratar a doença, mas também promover a saúde e o bem-estar (Organização Pan-Americana da Saúde, s.d.). No âmbito do seu exercício profissional, o enfermeiro organiza, coordena, executa e avalia as intervenções de enfermagem, tendo autonomia para decidir sobre as técnicas e meios a utilizar (Decreto-Lei n.º161/96), não existindo incompatibilidades na aplicação de terapias complementares desde que o mesmo possua formação nesse âmbito (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018). Durante este estágio, tive a possibilidade de efetuar uma entrevista informal a um elemento da equipa de enfermagem com formação em *Reiki*. Através desta atividade foi possível entender que a oferta de terapias complementares, como parte dos serviços de saúde, não está generalizada, embora pareça existir uma crescente consciencialização e aceitação destas práticas. No entanto, a implementação destas terapias depende das instituições, que não só não apresentam recursos para as disponibilizar, como esta disponibilização não constitui uma prioridade na sua atividade assistencial. O EE tem, assim, o dever de advogar por um cuidado holístico e individualizado e, caso tenha a possibilidade, deve incluir no seu planeamento de cuidados a integração destas terapias com qualidade e segurança, quando a sua aplicação surge do interesse e vontade da pessoa e conduz a ganhos para a sua saúde (OE, 2012, 2018).

O estágio em IP permitiu evidenciar o papel multifacetado do EE que proporciona uma prestação de cuidados individualizados, centrados na criança e na família, priorizando o bem-estar físico e emocional. A sua presença e orientação é essencial para capacitar e empoderar a família na gestão do processo saúde/doença, nomeadamente na alta, assim como para garantir um ambiente terapêutico e acolhedor que promova a

transformação positiva das vivências ao longo do internamento, contribuindo desta forma para qualidade aos cuidados prestados.

3.2. Desenvolvimento de competências para a redução do *stress* parental em pais de crianças com cardiopatia congénita

Ao longo dos diversos contextos de estágio, fui propondo a realização de atividades com vista a dar resposta à intenção de desenvolver competências para a redução do *stress* parental em pais de crianças com CC. Neste sentido, tive por base o modelo de *stress* e resiliência parental, assim como o modelo de cuidado integrativo da família. Estas estratégias assentaram em quatro pilares de intervenção: **educação dos pais**, **formação dos profissionais**, promoção de **suporte ambiental** e **suporte emocional** (Cheng et al., 2021).

Conhecendo os fatores ameaçadores e protetores do *stress* parental, procurei, em primeiro lugar, identificar as famílias que se encontravam em maior risco com o intuito de promover a sua orientação, ajudando-as a adaptar-se e ultrapassar as dificuldades, face ao processo que estavam a vivenciar, ou encaminhando para recursos de apoio. Neste sentido, uma das atividades desenvolvidas em contexto hospitalar foi a aplicação da Escala de *Stress* Parental (Anexo II). Esta escala pretende medir o nível de *stress* experienciado pelos pais, sendo abordados temas que incluem a proximidade com a criança, o grau de satisfação relacionado com o desempenho do seu papel parental, emoções positivas e negativas relacionadas com a parentalidade e, ainda, outras dificuldades relacionadas. A mesma pode ser aplicada tanto a mães como pais, independentemente dos seus filhos apresentarem algum problema de saúde (Mixão et al., 2010). Na sua estrutura, a escala engloba 4 dimensões (preocupações parentais, satisfação, falta de controlo e medos e angústias), sendo a partir daqui que procurei guiar a minha intervenção. Através da aplicação desta escala, foi possível compreender que as dimensões mais afetadas se relacionavam com a falta de controlo e as preocupações parentais, pelo que a informação e esclarecimento de dúvidas aos pais, a sua capacitação e empoderamento para cuidar do filho, nomeadamente após a alta, ocuparam um lugar de destaque na minha intervenção, como já abordado neste relatório.

Sendo a temática do *stress* parental transversal a qualquer realidade, as atividades desenvolvidas foram adaptadas à realidade de cada contexto. No âmbito da prevenção primária, a **educação para a saúde** foi, sempre, uma das minhas prioridades. Em CSP, procurei alertar a equipa para a importância de potenciar a adoção de comportamentos que asseguram o bem-estar e saúde emocional dos pais, assim como fornecer um recurso de suporte a ser partilhado com as famílias. Sabendo que estas valorizam sobretudo a informação prestada pelos profissionais de saúde (Marcus et al., 2022), elaborei um folheto informativo com foco na temática do bem-estar parental, em que se compilam estratégias redutoras do *stress* dos pais (Apêndice VI). Através deste folheto é possível sensibilizar os pais para esta temática, ensinar quais os sinais a que devem estar atentos, neles próprios ou no(a) seu(sua) companheiro(a), e fornecer um instrumento que podem aplicar para conhecer o seu nível de *stress*. Oferecem-se, também, estratégias para potenciar o controlo e promover o autocuidado dos pais, assim como atividades promotoras da vinculação, aplicáveis ao longo do 1.º ano de vida, na medida em que o sentimento de ligação emocional com o filho é uma potente arma na redução do *stress* (Willinger et al., 2005).

Uma vez que o acesso a informação clara, útil e confiável constitui uma valiosa fonte de apoio para os pais (Marcus et al., 2022), foi, também, criado um destacável específico sobre CC (Apêndice VII) que pode ser integrado neste folheto, caso alguma família, cuja criança apresente uma anomalia cardíaca, recorra a esta USF. Este destacável compila as principais necessidades informativas dos pais, destacadas num estudo realizado a nível europeu, assim como os dois principais fatores motivadores de *stress* nos pais e responsáveis por atrasos no crescimento e desenvolvimento da criança com CC: a alimentação e a atividade física (Marcus et al., 2022). Uma vez que não é possível compilar toda a informação existente num folheto, ficam disponíveis *links* para *sites* fidedignos que os pais podem consultar para aprofundar os seus conhecimentos neste âmbito; pretende-se, desta forma, evitar que os pais efetuem pesquisa sozinhos, correndo o risco de não saber reconhecer a informação confiável e gerar confusão e *stress* desnecessários (Marcus et al., 2022). Este folheto, e respetivo destacável, foram posteriormente apresentados em reunião com a equipa de enfermagem, na qual os seus elementos ofereceram contributos para introduzir melhorias neste recurso; os resultados da mesma podem ser encontrados no relatório síntese elaborado (Apêndice VIII).

Como mencionado anteriormente, é destacado, na evidência científica, a importância da **formação dos profissionais de saúde** para a implementação eficaz de estratégias redutoras do *stress* parental (Cheng et al., 2021). Em contexto de SUP, a adoção destas estratégias deve constituir uma prioridade para qualquer EEESIP, na medida em que a admissão neste serviço é considerada uma das experiências mais traumáticas no âmbito da prestação de cuidados de saúde (Fox, 2024). Neste sentido, implementar uma abordagem informada no trauma no SUP permitirá amenizar as consequências negativas associadas à prestação de cuidados, reduzindo o impacto assustador relacionado com os procedimentos e garantindo suporte emocional às crianças e sua família (CPTS, 2021; Marsac et al., 2016).

Por conseguinte, optei por efetuar um levantamento das necessidades da equipa neste âmbito, através de entrevistas exploratórias a elementos-chave do serviço, tais como a Enf.ª Gestora, a Enf.ª Orientadora e o Enf. responsável pela formação em serviço. Tendo sido consensual a necessidade de capacitar os enfermeiros para a abordagem do *stress* parental relacionado com a admissão no SUP, realizei uma sessão (Anexo III) intitulada 'SOS Stress Parental: Um modelo de abordagem pelo enfermeiro na urgência pediátrica' (Apêndice IX), com o objetivo de sensibilizar todos os elementos da equipa de enfermagem. Aprofundando os meus conhecimentos neste âmbito, através de pesquisa em bases de dados, selecionei o protocolo D-E-F, desenvolvido pelo *Center for Pediatric Traumatic Stress*, o qual tem como objetivo auxiliar os profissionais de saúde a lidar com o sofrimento – *Distress* – prestar apoio emocional – *Emotional Support* – e abordar as necessidades da família de forma sistemática – *Family* (CPTS, 2021). Aspetos específicos relacionados com este modelo estão descritos de forma aprofundada numa análise crítica e reflexiva, a qual pode ser encontrada em apêndice a este relatório (Apêndice X).

Para estabelecer uma relação de parceria com os pais e garantir que acompanham o seu filho durante o internamento, é fundamental proporcionar os recursos que a suportem (O'Brien, 2018). Assim, no que concerne a **suporte ambiental**, procurei, ao longo dos estágios, facilitar, aos pais, os recursos possíveis que promovessem a sua presença no hospital. Exemplos destas estratégias são garantir o acesso a bombas de extração de leite materno, promover a utilização de incubadoras modernas, que facilitam o acesso ao RN, ou a articulação com os responsáveis do serviço para assegurar um local

para os pais poderem repousar durante a noite, nomeadamente em situações em que se encontravam deslocados da sua área de residência.

Os estágios em CD, UCIN e IP foram especialmente úteis para compreender a forma como o **suporte emocional** pode ser prestado aos pais através de intervenções promotoras de esperança. A promoção da esperança surge como uma resposta aos stressores decorrentes da situação de saúde da criança, permitindo facilitar os mecanismos de *coping* perante eventos potencialmente ameaçadores, como a hospitalização de um RN, fortalecendo e empoderando os pais com uma perspetiva realista da situação, obtendo um impacto muito positivo no seu bem-estar emocional, na redução do *stress* e na sua qualidade de vida (Amendolia, 2010; Nordheim et al., 2018). Dado que a intervenção em esperança é basilar junto de crianças com necessidades especiais de saúde e respetivas famílias, bem como que, pela sua especificidade e complexidade, deve ser gerida por peritos na área, nomeadamente um EEESIP (Carvalho et al., 2021), procurei aprofundar os meus conhecimentos neste âmbito e compreender de que forma estas estratégias poderiam ser aplicadas na prática.

Neste sentido, para além da realização de pesquisa bibliográfica, em CD realizei uma entrevista exploratória ao Enf. Orientador para aquisição e aprofundamento de conhecimentos neste âmbito, assim como desenvolvi uma análise crítica e reflexiva acerca desta temática, a qual se encontra em apêndice a este relatório (Apêndice XI). Em UCIN, procurei aplicar o conhecimento adquirido na CD desenvolvendo uma estratégia promotora de esperança, a qual englobou a criação de cartões de celebração das conquistas alcançadas pelo RN ao longo do processo de recuperação. Neste sentido, foi elaborado um questionário, aplicado à equipa de enfermagem, com o intuito de efetuar o levamento dos momentos-chave a celebrar com os pais; a partir deste levantamento, foram criados seis cartões; estes foram, posteriormente, apresentados à equipa numa sessão de sensibilização para a temática, com o intuito de divulgar esta estratégia e promover a adoção da mesma na prestação de cuidados à criança e sua família. Estas atividades são apresentadas, de forma detalhada, em apêndice a este relatório (Apêndice XII). Por sua vez, em IP procurei colocar em prática algumas estratégias, nomeadamente através da celebração de momentos específicos ou da entrega de carta terapêutica. Um exemplo neste âmbito foi a celebração do dia em que uma criança, com internamento prolongado no serviço, completava 9 meses; em colaboração com a Enf.ª Orientadora,

montei uma faixa com desenhos e autocolantes infantis, na qual foi reservado espaço para colocar mensagens da mãe e do pai, assim como um desenho da irmã mais velha. Cumpre-se, assim, o cuidado à criança e família com necessidades especiais de saúde, salientando-se o envolvimento de todos os elementos, sem exceção. A celebração das conquistas, rumo à recuperação, fortalece a fé de todos os elementos da família na capacidade de a criança superar obstáculos, promovendo o seu empoderamento ao aumentar a competência da família para lidar com a situação que está a vivenciar (OE, 2011).

O suporte emocional aos pais pode ser, também, facilitado através de Grupos de Ajuda Mútua (GAM). Neste âmbito, tive a oportunidade de participar em dois encontros do GAM existente na instituição onde realizei os estágios de UCIN e IP. Nestas sessões, os pais expuseram as suas dificuldades, que ao terem sido sentidas por outras famílias, permitiram o valioso contributo por parte destas últimas, nomeadamente no que concerne às estratégias a adotar para as ultrapassar. Paralelamente, foi efetuado pela equipa facilitadora um levantamento das necessidades sentidas pelas famílias, as quais se pretendia vir a ser respondidas em sessões futuras. A operacionalização do modelo de intervenção em ajuda mútua promotor de esperança permite a promoção da esperança de pais de crianças com CC (Carvalho et al., 2021); ficou clara a forma como a partilha de experiências comuns fornece não só suporte emocional aos pais, mas também suporte instrumental e informativo (Ribeiro et al., 2017).

Foi, igualmente, salientado no enquadramento deste relatório que, paralelamente ao envolvimento dos pais nos cuidados ao seu filho, uma transição segura do hospital para casa será fundamental, para assegurar a competência dos pais para cuidar das necessidades de saúde complexas da criança e contribuir para a diminuição do nível de *stress* parental (Griffith et al., 2022; Raffray et al., 2014). Para além da capacitação dos pais para o cuidado à criança no domicílio, a evidência destaca a existência de outras estratégias a implementar após a alta, de entre as quais se destacam as consultas via chamada telefónica ou videochamada (Griffith et al., 2022). Este facto conduziu-me a delinear como objetivo a criação de uma proposta de protocolo de consulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca a efetivar-se à distância e com recurso às tecnologias de informação e comunicação – Teleconsulta de Enfermagem. Esta proposta emerge, também, de uma necessidade identificada na prática clínica evidenciada pela

equipa de enfermagem. Dado que o nível de *stress* experienciado pelos pais é mais elevado durante o primeiro ano de vida (Lisanti, Allen et al., 2017), esta faixa etária foi o foco central da proposta elaborada.

Neste sentido, a teleconsulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca (Apêndice XIII) foi desenhada tendo por base as orientações emanadas pela OE e pela DGS para estabelecimento de uma teleconsulta e adequada à organização da gestão documental da instituição. Foi elaborado um procedimento setorial para o serviço, com o intuito de definir os recursos e princípios orientadores para a realização da teleconsulta de enfermagem. No sentido de uniformizar o processo de realização da consulta, foi criado um guião, o qual deverá ser seguido pelos elementos que, futuramente, a dinamizem; os principais tópicos a abordar (descritos no guião) foram definidos, para o primeiro ano de vida, após efetuar um cruzamento dos dados no que respeita às principais dificuldades sentidas pelos pais em casa, dados esses que foram obtidos através de pesquisa bibliográfica, assim como de entrevistas exploratórias a pais de crianças com CC com cirurgias prévias e aos elementos da equipa de saúde. Dou especial destaque à realização dos registos de enfermagem em SClínico, tendo por base o padrão de documentação existente. Como parte do processo de melhoria contínua, previu-se, também, a definição do processo de avaliação do protocolo proposto, em duas partes: a avaliação do nível de satisfação das famílias, através do preenchimento de questionário neste âmbito; a monitorização do trabalho efetuado, através de uma grelha de auditoria e de indicadores para avaliação dos ganhos em saúde promovidos pela teleconsulta de enfermagem. De ressalvar que todo o processo de criação desta proposta foi efetuado em colaboração com a Enf.ª Orientadora, incorporando, igualmente, sugestões de diversos elementos da equipa de enfermagem.

Desta forma, posso afirmar que, enquanto futura EE, procurei desempenhar um papel ativo no desenvolvimento de iniciativas que promovam a mudança em direção à melhor prática, nomeadamente através da concretização de atividades que visaram minimizar o impacto dos stressores decorrentes da hospitalização e das vivências relacionadas com a doença crónica (Regulamento n.º 315/2015). Tendo por base o modelo do *stress* e resiliência parental, consegui identificar os stressores que afetam a estabilidade do sistema, reconhecendo os que se encontram em maior risco e, desta forma, propor e implementar estratégias redutoras do *stress* parental, indo ao encontro

das necessidades das famílias. Por conseguinte, garanti o desenvolvimento de competências em ESIP, nomeadamente na implementação de um plano de saúde promotor da parentalidade e da capacidade para gerir a situação de saúde (competência E1.1.), assim como no cuidado à criança e família nas situações de especial complexidade, (competência E2.5.). Mais especificamente, procurei, sistematicamente, trabalhar com a criança e família, facilitando, não só, a adoção de comportamentos potenciadores da sua saúde, ao promover o bem-estar parental e ao fomentar o processo de vinculação através de estratégias promotoras de esperança, mas também favorecendo a assimilação dos seus papéis em saúde, com vista a facilitar o desempenho adequado dos mesmos. Concomitantemente, empenhei-me em capacitar a criança e família para a adoção de estratégias de *coping* e adaptação, promovendo uma relação dinâmica com todos os elementos, utilizando estratégias promotoras de esperança e adequando o suporte oferecido por forma a garantir o bem-estar psicossocial e espiritual, nomeadamente através da proposta de teleconsulta de enfermagem (Regulamento n.º 315/2015).

3.3. Desenvolvimento de competências comuns e de mestre

A obtenção do título de EE requer, não só, a verificação das competências específicas da especialidade, como já espelhado ao longo deste relatório, mas também a aquisição de competências comuns, transversais a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde. Estas competências incluem a educação das pessoas alvo de cuidados e dos pares, assim como a orientação, aconselhamento, liderança e a responsabilidade de conduzir investigação relevante e pertinente, que possibilite melhorar, continuadamente, a prática de enfermagem (Regulamento n.º 140/2019). Desta forma, assegura-se que o EE "possui um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que mobiliza para atuar em todos os contextos de vida das pessoas e nos diferentes níveis de prevenção" (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745).

No que diz respeito ao **Domínio A – Responsabilidade profissional, ética e legal**, importa destacar que a tomada de decisão durante a prestação de cuidados se pautou não só pelo respeito pelos princípios e valores éticos do respeito pela vida, dignidade humana e proteção dos mais vulneráveis, da prudência, da justiça, da beneficência e da não-maleficência, mas também tendo, sempre por base o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro e o Código Deontológico.

No que refere ao **Domínio B – Melhoria contínua da qualidade**, é de valorizar o facto de a grande generalidade dos contextos onde tive oportunidade de realizar os estágios serem certificados pelo DQS da DGS, o que implica que os seus elementos integram outras funções e responsabilidades, próprias do leque de competências comuns de um EE, que me permitiram compreender de forma mais aprofundada a dinâmica funcional e organizacional de uma equipa empenhada na melhoria contínua dos serviços que disponibiliza aos seus utentes. Assim, no sentido de conhecer o contributo do EEESIP na dinâmica da unidade e a sua participação no processo de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, dediquei-me à realização de entrevistas exploratórias aos Enf. Gestores e Enf. Orientadores nestas unidades, assim como consultei normas, protocolos e manuais existentes. No âmbito da gestão do risco, tive a oportunidade de observar a deteção, por um elemento da equipa de enfermagem, de uma falha, que foi notificada em plataforma própria para posterior análise conjunta com o núcleo de gestão do risco existente na instituição. Esta situação particular permitiu-me aprofundar o papel do EE enquanto líder empenhado em fomentar a notificação de incidentes através de mecanismos formais, assim como garantir a avaliação das consequências e análise das causas, sem atribuição de culpa (Regulamento n.º 140/2019). Não poderia deixar de enfatizar a elaboração da proposta de teleconsulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca, a qual emerge após ter identificado oportunidades de melhoria, estabelecendo prioridades e selecionando estratégias para a sua implementação; esta proposta promove, também, a avaliação das práticas através de auditorias, essencial para o desenvolvimento de programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019).

Esta atividade permitiu, igualmente, a aquisição de competências referentes ao **Domínio C – Gestão dos cuidados**, na medida em que explorei a criação de um guia orientador para a realização da consulta de enfermagem, por forma a otimizar o processo de tomada de decisão de qualquer dos elementos da equipa. A presença em reunião de preparação para a alta contribuiu para compreender de forma mais aprofundada a tomada de decisão da equipa, assim como reconhecer os momentos em que outros recursos devem ser disponibilizados de forma a promover a qualidade dos cuidados, nomeadamente através da referenciação para outros profissionais.

As atividades desenvolvidas permitiram, ainda, o desenvolvimento das competências destacadas no **Domínio D – Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**. Neste âmbito, o EE assume o papel de facilitador dos processos de aprendizagem da equipa que integra, diagnosticando as suas necessidades formativas, favorecendo a aprendizagem dos seus elementos e atuando como formador (Regulamento nº 140/2019). Por conseguinte, tanto no SUP como em UCIN, procurei atuar como elemento dinamizador e sensibilizar os enfermeiros para a importância da adoção de um modelo de atuação que os suporte na prestação de cuidados e assegure a abordagem dos stressores decorrentes da hospitalização; exemplos são as duas sessões de sensibilização realizadas nestes contextos. Conforme é visível ao longo deste relatório, o desenvolvimento desta competência cumpre-se largamente na medida em que suportei a minha prática em evidência científica atualizada, contribuindo para a implementação de procedimentos que propiciem o desenvolvimento de uma prática especializada (Regulamento nº 140/2019).

Há que abordar, ainda, o desenvolvimento de competências enquanto mestre em enfermagem. Ao longo dos estágios foi possível aprofundar o conhecimento previamente adquirido, desenvolvendo-se uma maior capacidade para integrar questões complexas e encontrar novas soluções para a resolução de problemas com que não estava familiarizada (Decreto-Lei n.º 74/2006). O detentor de grau de mestre deve, igualmente, ser capaz de comunicar as suas conclusões e conhecimentos adquiridos (Decreto-Lei n.º 74/2006), sendo disso exemplo a elaboração deste relatório. Devendo o conhecimento adquirido ser difundido, procurei partilhar uma das atividades desenvolvidas na UCIN sob a forma de poster, intitulado 'Superar desafios na UCIN: A intervenção do enfermeiro na redução do *stress* parental' (Apêndice XIV); o mesmo foi apresentado nas II Jornadas de Pediatria da Unidade Local de Saúde Póvoa do Varzim/Vila do Conde, que teve lugar em fevereiro do presente ano (Anexo IV). Finalmente, é fundamental salientar a importância da investigação: realizar investigação pertinente e relevante permite avançar e promover a melhoria da prática de enfermagem especializada, sendo essencial para uma tomada de decisão informada e baseada na evidência (Regulamento nº 140/2019). Neste sentido, elaborei um protocolo de revisão *scoping* com vista com vista à publicação de um artigo, no futuro (Apêndice XV). Destas competências prevê-se uma aprendizagem que perdure ao longo da vida, de forma autónoma (Decreto-Lei n.º 74/2006).

4. Considerações Finais e Perspetivas Futuras

A complexidade inerente aos cuidados de enfermagem aliada à exigente resposta numa fase tão crucial do ciclo vital, como a que se prolonga desde o nascimento à entrada na vida adulta, veio exigir que os profissionais de enfermagem sejam capazes de oferecer cuidados que respondam às necessidades e exigências apresentadas em cada etapa do crescimento e desenvolvimento da criança.

Após uma jornada de aprendizagens de grande complexidade, particularmente desafiador na conciliação da vida académica, profissional, pessoal e familiar, este relatório tornou visível a construção e aprofundamento do saber profissional, através da aplicação dos conhecimentos adquiridos na etapa curricular deste mestrado e da reflexão da ação (Alarcão & Rua, 2005). Ao implementar as atividades previstas, em crescente grau de complexidade, foi possível colocar em prática o preconizado nos domínios das competências comuns e específicas do EEESIP, tendo, sempre, presente o quadro regulador da profissão, assim como os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

O conhecimento foi ancorado em modelos e referenciais, o que permitiu renascer um olhar novo sobre a enfermagem, mais global e integrado, e assente no conhecimento científico próprio da disciplina. Integrar o MSBN na prática de enfermagem pediátrica implicou associar ao sistema não só a criança, mas também a família, e intervir de forma abrangente, incluindo a promoção da saúde e prevenção da doença, através da orientação antecipatória das famílias e preservação da unidade familiar, tendo como foco as reações reais e/ou potenciais aos stressores (McDowell, 2011). A minha intervenção teve sempre em conta a família enquanto parceiro no cuidado à criança e pautou-se por uma abordagem não traumática das experiências vivenciadas, em qualquer contexto de saúde.

O trabalho desenvolvido deu atenção especial à gestão do bem-estar da criança e do jovem, tendo como focos a maximização do potencial de saúde e do desenvolvimento infantil; a deteção precoce e encaminhamento das situações que possam afetar negativamente a vida e a qualidade de vida das famílias; a promoção da parentalidade, fomentando sistematicamente a vinculação e favorecendo o relacionamento positivo de

todos os elementos que integram a família; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva autonomia e responsabilização (Regulamento nº 422/2018).

Dou especial destaque à resposta do EEESIP nas situações de especial complexidade, como é o caso das crianças com CC, tendo revelado empenho em aprofundar habilidades para responder às necessidades da família, nomeadamente no âmbito da adaptação à situação de saúde/doença. Desta forma, respondi ao compromisso de capacitar os pais para o cuidado à criança, especialmente numa fase tão crucial como é o primeiro ano de vida, implementando estratégias redutoras do *stress* parental que possibilitaram a gestão das emoções da família e a transformação positiva das vivências experienciadas com a hospitalização. De futuro será profícua a implementação e consolidação de algumas das atividades iniciadas nos estágios, nomeadamente a utilização dos cartões para celebração de conquistas com vista à promoção da esperança, propostos no estágio em UCIN, ou a integração de um modelo de cuidado informado no trauma, dirigido à experiência traumática da família desde a admissão até à alta. Simultaneamente, após implementação da proposta de consulta de enfermagem de *follow-up* após cirurgia cardíaca e respetiva avaliação, seria interessante transversalizar a mesma às diferentes faixas etárias, com o intuito de melhorar a assistência prestada às crianças com CC e suas famílias.

Finalmente, o percurso dos estágios permitiu-me ir aplicando, pontualmente, os pilares estruturantes do modelo de cuidado integrativo da família no cuidado à criança. Apesar deste modelo emergir da prática em UCIN, o mesmo pode ser utilizado noutros contextos, com especial interesse na aplicação no cuidado à criança em situação crítica (Griffith et al., 2022), como é o caso das crianças submetidas a cirurgia cardíaca. Neste sentido, tendo em vista a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, seria interessante desenvolver um projeto que vise a aplicação total deste modelo no meu contexto de trabalho.

Espelha-se, assim, a passagem de enfermeira generalista, perita no seu contexto de trabalho, a futura EEESIP, enfrentando o desafio de cuidar dos mais vulneráveis, com segurança, competência técnica, sensibilidade e empatia, moldando um futuro mais saudável e promissor para as gerações futuras.

Referências Bibliográficas

Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, *14*(3), 373–382. https://doi.org/https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008

Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2002). Introdução à teoria de enfermagem: História, terminologia e análise. In A. M. Tomey & M. R. Alligood (Eds.). *Teóricas de enfermagem e a sua obra (Modelos e teorias de enfermagem)* (5.ª ed., pp. 3-14). Lusociência.

Altimier, L. & White, R. D. (2014). The neonatal intensive care unit environment. In C. Kenner & J. W. Lott (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing care* (5th ed., pp. 722–738). Springer Publishing Company.

Altimier, L., & Phillips, R. M. (2013). The neonatal integrative developmental care model: Seven neuroprotective core measures for family-centered developmental care. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, *13*(1), 9–22. https://doi.org/10.1053/j.nainr.2012.12.002

Amendolia, B. (2010). Hope and parents of the critically ill newborn: A concept analysis. *Advances in Neonatal Care*, *10*(3), 140–144. https://doi.org/10.1097/ANC.0b013e3181dee83b

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito. Excelência e poder na prática clínica de enfermagem.* (2.ª ed.). Quarteto.

Braz, P., Machado, A., Roquette, R. & Matias Dias, C. (2021). *Registo nacional de anomalias congénitas: Relatório 2018-2019*. INSA.

Carvalho, M. S., Duarte, T., & Charepe, Z. (2022). Promover a esperança perante um diagnóstico de cardiopatia congénita: Reflexão sobre as vivências dos pais. *Cadernos de Saúde*, *14*(1), 51–57. https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2022.10195

Carvalho, M., Dias, C., & Cardoso, M. (2021). Enfermeiro, gestor de esperança – intervenção em mutualidade em pais de crianças com cardiopatia congénita. In ESEL (Ed.), *1.º congresso internacional de enfermagem da criança e do adolescente. Acesso à saúde de qualidade e promoção do bem-estar* (pp. 179-182). ESEL.

Center for Pediatric Traumatic Stress. (2021). *Basics of trauma-informed care*. https://www.healthcaretoolbox.org/

Centers for Disease Control and Prevention. (2023, fevereiro 2). *What are congenital heart defects?* https://www.cdc.gov/ncbddd/heartdefects/facts.html

Cerebral Palsy Foundation (2023). *Understanding your brain & body*. Cerebral Palsy Resource. https://cpresource.org/how-use-cerebral-palsy-resource/icf/understanding-your-brain-body

Cheng, C., Franck, L. S., Ye, X. Y., Hutchinson, S. A., Lee, S. K., & O'Brien, K. (2021). Evaluating the effect of family integrated care on maternal stress and anxiety in neonatal intensive care units. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *39*(2), 166–179. https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1659940

Chifa, M., Hadar, T., Politimou, N., Reynolds, G., & Franco, F. (2021). The soundscape of neonatal intensive care: A mixed-methods study of the parents' experience. *Children*, *8*(644), 1–24. https://doi.org/10.3390/children8080644

Collière, M.F. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem* (3.ª ed.). Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Coughlin, M. (2017). Trauma informed, neuroprotective care for hospitalised newborns and infants. *Infant Journal*, *13*(5), 176–179. https://www.infantjournal.co.uk/pdf/inf_077_eur.pdf

Coyne, I., Holmström, I., & Söderbäck, M. (2018). Centeredness in healthcare: A concept synthesis of family-centered care, person-centered care and child-centered care. *Journal of Pediatric Nursing, 42,* 45–56. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.001

Crnic, K. & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. In M. H. Bornstein (Ed.). *Handbook of parenting: Practical issues in parenting* (2nd ed., pp. 243-267). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

Decreto-lei n.º 161/96 (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Assembleia da República. *Diário da República: I Série-A* (N.º 205 de 4-9-1996), 2959-2962. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640

Decreto-lei n.º 74/2006 (2006). Aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, em desenvolvimento do disposto nos artigos 13.º a 15.º da Lei N.º 46/86, de 14 de outubro (Lei de bases do sistema educativo), bem como o disposto no N.º 4 do artigo 16.º da Lei N.º 37/2003, de 22 de agosto (estabelece as bases do financiamento do ensino superior). Assembleia da República. *Diário da República: I Série-A* (N.º 60 de 24-03-2006), 2242-2256. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/74-2006-671387

Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica - Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2.ª ed.). Lusodidacta.

Diogo, P. (2023). *Modelo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica*. LisbonPress.

Direção-Geral da Saúde (2011). *Maus tratos em crianças e jovens – Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. DGS. https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf

Direção-Geral da Saúde (2012). *Norma 022/2012 de 18-12-2012. Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. DGS. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012.aspx

Direção-Geral da Saúde (2013). *Norma 010/2013 de 31-05-2013. Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. DSG. https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx

Duffy, E. A. (2024). Health promotion of the toddler and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 396-424). Elsevier.

Ernst, M. M., Marino, B. S., Cassedy, A., Piazza-Waggoner, C., Franklin, R. C., Brown, K., & Wray, J. (2018). Biopsychosocial predictors of quality of life outcomes in pediatric congenital heart disease. *Pediatric Cardiology*, *39*(1), 79–88. https://doi.org/10.1007/s00246-017-1730-6

Farrell, M. (2017). Partnership in care: paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, *1*(4), 175–176. https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175

Filgueiras, J. C., & Hippert, M. I. S. (1999). A polêmica em torno do conceito de estresse. *Psicologia Ciência e Profissão*, *19*(3), 40–51. https://doi.org/10.1590/S1414-98931999000300005

Folkman, S. (2010). Stress, coping, and hope. *Psycho-Oncology*, *19*(9), 901–908. https://doi.org/10.1002/pon.1836

Fox, J. L. (2024). Family-centered care of the child during illness and hospitalization. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 648-667). Elsevier.

Franco, V. (2019). Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipa em intervenção precoce. In V. Franco (Ed.). *Psicopatologia do desenvolvimento e percursos inclusivos: da intervenção precoce à inclusão social* (pp.71-84). CIEP | UE.

Garthus-Niegel, S., Ayers, S., Martini, J., von Soest, T., & Eberhard-Gran, M. (2017). The impact of postpartum post-traumatic stress disorder symptoms on child development: A population-based, 2-year follow-up study. *Psychological Medicine*, *47*(1), 161–170. https://doi.org/10.1017/S003329171600235X

George, J. B. (2000). Betty Neuman. In J. B. George (Ed.). *Teorias de enfermagem: Os fundamentos à prática profissional*. (4ª ed., pp. 225-240). Artmed Editora.

Griffith, T., Singh, A., Naber, M., Hummel, P., Bartholomew, C., Amin, S., White-Traut, R., & Garfield, L. (2022). Scoping review of interventions to support families with preterm infants post-NICU discharge. *Journal of Pediatric Nursing, 67*, e135–e149. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.08.014

Heidarzadeh, M., Heidari, H., Ahmadi, A., Solati, K., & Sadeghi, N. (2023). Evaluation of parental stress in neonatal intensive care unit in Iran: A national study. *BMC Nursing*, *22*(1), 1-9. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01200-4

Hellsten, M. B. (2024). Pain assessment in children. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 131-166). Elsevier.

Hesselgrave, J. & Santucci, G. (2024). Impact of complex chronic illness, disability, or end-of-life care on the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 574-620). Elsevier.

Hockenberry, M. J. (2024a). Family, social, cultural, and religious influences on child health promotion. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 14-35). Elsevier.

Hockenberry, M. J. (2024b). Perspectives of pediatric nursing. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 1-13). Elsevier.

Institute for Patient and Family-Centered Care. (s.d.). *Patient and family-centered care*. https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html

Kegler, J. J., Neves, E. T., Silva, A. M., Jantsch, L. B., Bertoldo, C. da S., & Silva, J. H. (2019). Stress in parents of newborns in a neonatal intensive care unit. *Escola Anna Nery*, *23*(1), 1-6. https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2018-0178

Kolb, D. A. (1984). The process of experiential learning. In D. A. Kolb (Ed.). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development* (pp. 20-38). Prentice-Hall.

Lakhani, J., Mack, C., Kunyk, D., Kung, J., & van Manen, M. (2024). Considerations for practice in supporting parental bereavement in the neonatal intensive care unit - A systematic review. *Journal of Palliative Care, 39*(2), 138–160. https://doi.org/10.1177/08258597231158328

Lisanti, A. J. (2018). Parental stress and resilience in CHD: A new frontier for health disparities research. *Cardiology in the Young, 28*(9), 1142–1150. https://doi.org/10.1017/S1047951118000963

Lisanti, A. J., Allen, L. R., Kelly, L., & Medoff-Cooper, B. (2017). Maternal stress and anxiety in the pediatric cardiac intensive care unit. *American Journal of Critical Care*, *26*(2), 118–125. https://doi.org/10.4037/ajcc2017266

Lisanti, A. J., Golfenshtein, N., & Medoff-Cooper, B. (2017). The pediatric cardiac intensive care unit parental stress model: Refinement using directed content analysis. *Advances in Nursing Science*, *40*(4), 319–336. https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000184

Marcus, E., Latos-Bielenska, A., Jamry-Dziurla, A., Barišić, I., Cavero-Carbonell, C., den Hond, E., Garne, E., Genard, L., Santos, A. J., Lutke, Lr. R., Matias Dias, C., Neergaard Pedersen, C., Neville, A. J., Niemann, A., Odak, L., Pierini, A., Rico, J., Rissmann, A., Rankin, J., & Morris, J. K. (2022). Information needs of parents of children with congenital anomalies across Europe: a EUROlinkCAT survey. *BMC Pediatrics*, *22*(1), 1-13. https://doi.org/10.1186/s12887-022-03734-z

Marsac, M. L., Kassam-Adams, N., Hildenbrand, A. K., Nicholls, E., Winston, F. K., Leff, S. S., & Fein, J. (2016). Implementing a trauma-informed approach in pediatric health care networks. *JAMA Pediatrics,* *170*(1), 70–77. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.2206

McDowell, B. M. (2011). Using the Neuman systems model to guide pediatric nursing practice. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th ed., pp. 223-236). Pearson.

McGrath, J. M. (2014). Family: Essential partner in care. In C. Kenner & J. W. Lott (Eds.). *Comprehensive neonatal nursing care* (5th ed., pp. 739–765). Springer Publishing Company.

Medina, I. M. F., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., Camacho Ávila, M., & López Rodríguez, M. del M. (2018). Bonding in neonatal intensive care units: Experiences of extremely preterm infants' mothers. *Women and Birth*, *31*(4), 325–330. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.11.008

Melnyk, B. M., Alpert-Gillis, L., Fischbeck Feinstein, N., Fairbanks, E., Schultz-Czarniak, J., Hust, D., Sherman, L., LeMoine, C., Moldenhauer, Z., Small, L., Bender, N., & Sinkin, R. A. (2001). Improving cognitive development of low-birth-weight premature infants with the COPE program: A pilot study of the benefict of early NICU intervention with mothers. *Research in Nursing & Health*, *24*(5), 373–389. https://doi.org/10.1002/nur.1038

Mendes, L. A. M., & Guareschi, A. P. D. F. (2019). Presença da família da criança nas situações de emergência e procedimentos invasivos: revisão integrativa. *Revista Da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, *18*(2), 96–102. https://doi.org/10.31508/1676-3793201800015

Mixão, M. L., Leal, I. & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.). *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Legis Editora.

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

National Scientific Council on the Developing Child. (2010). *Early experiences can alter gene expression and affect long-term development: Working paper N.º10*. https://developingchild.harvard.edu/resources/early-experiences-can-alter-gene-expression-and-affect-long-term-development/

Neuman, B. (2011). The Neuman systems model. In B. Neuman & J. Fawcett (Eds.). *The Neuman Systems Model* (5th ed., pp. 3-33). Pearson.

Nordheim, T., Rustøen, T., Solevåg, A. L., Småstuen, M. C., & Nakstad, B. (2018). Hope in parents of very-low birth weight infants and its association with parenting stress and quality of life. *Journal of Pediatric Nursing*, *38*, E53–E58. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.10.006

O'Brien, K., Robson, K., Bracht, M., Cruz, M., Lui, K., Alvaro, R., da Silva, O., Monterrosa, L., Narvey, M., Ng, E., Soraisham, A., Ye, X. Y., Mirea, L., Tarnow-Mordi, W., & Lee, S. K. (2018). Effectiveness of family integrated care in neonatal intensive care units on infant and parent outcomes: A multicentre, multinational, cluster-randomised controlled trial. *The Lancet Child and Adolescent Health*, *2*(4), 245–254. https://doi.org/10.1016/s2352-4642(18)30039-7

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* – Volume III. OE.

Ordem dos Enfermeiros (2012). *Parecer CJ 115/2012: Reiki e drenagem linfática*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_115_2012_Reiki_e_Drenagem_Linfatica.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Parecer CJ 97/2018: Pedido de parecer sobre incompatibilidade do exercício cumulativo da profissão de enfermeiro e atividades de reflexologia*. OE. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8461/parecer_97-2018_cj_reflexologia.pdf

Organização Pan-Americana da Saúde (s.d.). Medicinas tradicionais, complementares e integrativas. https://www.paho.org/pt/topicos/medicinas-tradicionais-complementares-e-integrativas

Palma I., E., von Wussow K., F., Morales B., I., Cifuentes R., J., & Ambiado T., S. (2017). Stress in parents of newborns hospitalized in a neonatal intensive care unit. *Revista Chilena de Pediatria*, *88*(3), 332–339. https://doi.org/10.4067/S0370-41062017000300004

Pearson, A., & Vaughan, B. (1992). *Modelos para o exercício de enfermagem*. Grafilarte, Artes Gráficas, Lda.

Perkins, A. (2019). Toxic stress in children: Impact over a lifetime. *Nursing Made Incredibly Easy*, *17*(2), 42–49. https://doi.org/10.1097/01.nme.0000553087.55714.d4

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, *25*(6), 677–687. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v25i6.10694

Raffray, M., Semenic, S., Galeano, S. O., Catalina, S., & Marín, O. (2014). Barriers and facilitators to preparing families with premature infants for discharge home from the neonatal unit. Perceptions of health care providers. *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, *32*(3), 379–392. https://doi.org/10.17533/udea.iee.v32n3a03

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750. ELI: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 119 de 22-6-2015), 16660-16665. ELI: https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/351-2015-67552235

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia da República. *Diário da República. II Série* (N.º 133 de 12-07-2018), 19192-19194. ELI: https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/422-2018-115685379

Ribeiro, Ó., Almeida, R., Barbosa, C., Duarte, N., & Brandão, D. (2017). Grupos de ajuda mútua para cuidadores informais de pessoas com demência: no sentido de um helping ethos comunitário. *Physis*, *27*(3), 397–413. https://doi.org/10.1590/s0103-73312017000300002

Roque, A. T. F., Lasiuk, G. C., Radünz, V., & Hegadoren, K. (2017). Scoping review of the mental health of parents of infants in the NICU. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *46*(4), 576–587. https://doi.org/10.1016/j.jogn.2017.02.005

Rosa, M. B. (2020). *Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral Calouste Gulbenkian – 50 anos*. Santa Casa da Misericórdia.

Ruivo, M. A., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, *15*, 2–37. https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Schecter, R., Pham, T., Hua, A., Spinazzola, R., Sonnenklar, J., Li, D., Papaioannou, H., & Milanaik, R. (2019). Prevalence and longevity of PTSD symptoms among parents of NICU infants analyzed across gestational age categories. *Clinical Pediatrics*, *59*(2), 163–169. https://doi.org/10.1177/0009922819892046

Scott, K. L. (2024). Communication and physical assessment of the child and family. In M. J. Hockenberry, E. A. Duffy, & K. D. Gibbs (Eds.). *Wong's nursing care of infants and children* (12th ed., pp. 74-130). Elsevier.

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2017). *Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários*. https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/Pages/default.aspx

Shaw, R. J., Bernard, R. S., Deblois, T., Ikuta, L. M., Ginzburg, K., & Koopman, C. (2009). The relationship between acute stress disorder and posttraumatic stress disorder in the neonatal intensive care unit. *Psychosomatics*, *50*(2), 131–137. https://doi.org/10.1176/appi.psy.50.2.131

Skene, C., Franck, L., Curtis, P., & Gerrish, K. (2012). Parental involvement in neonatal comfort care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *41*(6), 786–797. https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2012.01393.x

Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2021). Parental stress scale in the neonatology unit: Statistical validation for the portuguese population. *Enfermeria Global*, *20*(64), 403–414. https://doi.org/10.6018/eglobal.459491

Sousa, F. P., & Curado, M. A. S. (2022). Parental stress in the neonatology unit - The influence of hospital stay length and neonatal unit differentiation. *Journal of Neonatal Nursing*, *29*(3), 506-510. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.08.009

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J., & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children and Young People*, *25*(2), 24–28. https://doi.org/10.7748/ncyp2013.03.25.2.24.e142

Stone, E., & Wolf, L. (2017). Triage qualifications and competency. *Journal of Emergency Nursing*, *43*(6), 571–574. https://doi.org/10.1016/j.jen.2017.08.008

Turpin, H., Urben, S., Ansermet, F., Borghini, A., Murray, M. M., & Müller-Nix, C. (2019). The interplay between prematurity, maternal stress and children's intelligence quotient at age 11: A longitudinal study. *Scientific Reports*, *9*(1), 1–9. https://doi.org/10.1038/s41598-018-36465-2

van der Perk, C. J., van de Riet, L., Alsem, M., van Goudoever, J. B., & Maaskant, J. (2022). Prognostic factors influencing parental empowerment after discharge of their hospitalized child: A cross-sectional study. *Journal of Pediatric Nursing*, *66*, e145–e151. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2022.04.010

Willinger, U., Diendorfer-Radner, G., Willnauer, R., Jörgl, G., & Hager, V. (2005). Parenting stress and parental bonding. *Behavioral Medicine*, *31*(2), 63–72. https://doi.org/10.3200/BMED.31.2.63-72