



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Perceção dos Enfermeiros Sobre a Presença dos Pais Durante a Prestação de Cuidados Invasivos à Criança

Rafaela Catarina Teixeira Leite

Agosto de 2025



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Perceção dos Enfermeiros Sobre a Presença dos Pais Durante a Prestação de Cuidados Invasivos à Criança

Rafaela Catarina Teixeira Leite

Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados

Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação de

Professora Doutora Isabel Bica

Agosto de 2025

“Todos os nossos sonhos podem-se realizar, se tivermos a coragem de persegui-los”

Walt Disney

Agradecimentos

A realização deste trabalho não teria sido possível sem o apoio, incentivo e orientação de várias pessoas, às quais expresso minha profunda gratidão:

... à minha professora orientadora, Prof. Dr^a Isabel Bica, pelo acompanhamento, pelas valiosas contribuições e pela empatia que tem com os seus alunos.

... às enfermeiras tutoras, que, com sua experiência e disponibilidade, proporcionaram aprendizagens enriquecedoras ao longo dos estágios.

... às Anabelas, a Mariana e a Inês, por tornarem este percurso mais fácil e pelas palavras de conforto nos momentos mais desafiantes. As ínfimas viagens entre Coimbra e Viseu convosco bastaram para fazer valer a pena.

... à minha família, especialmente aos meus pais e ao meu irmão, por todas as vezes que compreenderam que era mais um fim-de-semana sem ir a casa.

... aos meus amigos, pelo apoio e pelos jantares todos que não consegui estar presente.

... ao meu namorado Bernardo, o meu maior suporte, pelo amor, paciência e por apoiar todos os meus sonhos.

A todas essas pessoas, o meu mais sincero obrigada.

Resumo

Introdução: Este relatório integra a experiência prática e teórica desenvolvida ao longo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, contemplando três contextos clínicos diferenciados: neonatologia, internamento cirúrgico e cuidados intensivos pediátricos; e uma componente de investigação centrada na perceção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança.

Objetivos: Descrever os contextos da prática clínica e as atividades realizadas nos estágios, refletir criticamente sobre o contributo dessas experiências no desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, e identificar as perceções dos enfermeiros relativamente à presença parental em procedimentos invasivos.

Metodologia: Foi desenvolvido um estudo qualitativo, de carácter descritivo e exploratório, baseado na realização de um grupo focal com seis enfermeiros. A análise de conteúdo, segundo Bardin, permitiu identificar quatro categorias principais: a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos, os elementos condicionantes dessa presença, os benefícios percebidos e as estratégias de apoio que favorecem a sua inclusão no processo de cuidar.

Resultados: Embora existam condicionantes organizacionais e emocionais, a presença dos pais pode representar um benefício para a criança e para a própria prática de enfermagem, desde que acompanhada por estratégias adequadas de suporte.

Conclusão: A uniformização de práticas, a formação contínua dos profissionais, a adaptação estrutural e cultural dos contextos de cuidados e a adequação dos rácios de enfermeiros constituem recomendações fundamentais para promover um cuidado mais humanizado, colaborativo e centrado na família.

Palavras-chave: procedimentos invasivos, enfermagem pediátrica, pais, cuidados de enfermagem, cuidado da criança

Abstract

Introduction: This report integrates the theoretical and practical experience acquired throughout the Master's in Child and Pediatric Health Nursing, covering three different clinical contexts: neonatology, surgical inpatient care, and pediatric intensive care; and a research component focused on nurses' perceptions regarding the parents presence during the provision of invasive care to children.

Objectives: describe the context of the clinical practice and the activities carried out during the internships; critically reflect on the contribution of these experiences to the development of the common and specific competencies of the specialist nurse in Child and Pediatric Health; and identify nurses' perceptions regarding parental presence during invasive procedures.

Methodology: A qualitative, descriptive and exploratory study was developed, based on conducting a focus group with six nurses. The content analysis, as per Bardin's method, allowed the identification of four main categories: the parents presence during the provision of invasive care, the conditioning factors of their presence, the perceived benefits, and the support strategies that favor their inclusion in the care process.

Results: Although organizational and emotional constraints exist, the parents presence can represent a benefit for the child and also for nursing practice itself, as long as it is accompanied by adequate support strategies.

Conclusion: The standardization of practices, the continuous professional training, the structural and cultural adaptation of care settings, and the adequacy of nurse-to-patient ratios are fundamental recommendations for promoting more humanized, collaborative, and family-centered care

Keywords: invasive procedures, pediatric nursing, parents, nursing care, child care.

Sumário	Pág.
Lista de tabelas	
Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos	
Introdução	17
PARTE I – Curso Formativo em Estágio	
1 – Desenvolvimento do percurso formativo em estágio	21
1.1 – Estágio de neonatologia	22
1.2 – Estágio de cirurgia pediátrica	25
1.3 – Estágio de cuidados intensivos pediátricos	30
PARTE II – Estudo de Investigação	
2 – Enquadramento Teórico	39
3 – Metodologia	43
3.1 – Contexto e tipo de estudo	43
3.2 – Questão de investigação e objetivos	44
3.3 – Participantes	44
3.4 – Recolha de dados	45
3.5 – Análise de Dados	48
3.6 – Considerações Éticas	49
4 – Análise dos resultados	51
5 – Discussão	63
6 – Conclusão	67
Considerações Finais	69
Referências Bibliográficas	73
Apêndices	
Apêndice I - Objetivos específicos e atividades a desenvolver nos estágios	81
Apêndice II - Protocolo do acolhimento e planeamento da alta	85
Apêndice III - Panfleto do acolhimento	89
Apêndice IV - Consentimento informado para preenchimento dos participantes	91
Apêndice V - Questionário sociodemográfico	93
Apêndice VI - <i>Focus Group</i> – Guia orientador	95
Anexos	

Lista de tabelas

	Pág.
Tabela 1 Caracterização da amostra	48
Tabela 2 Caraterização sociodemográfica dos participantes (n=6)	51
Tabela 3 Unidades de registo segundo a categoria presença dos pais durante os cuidados invasivos	52
Tabela 4 Unidades de registo segundo a categoria elementos condicionantes da presença dos pais durante os cuidados invasivos	55
Tabela 5 Unidades de registo segundo a categoria benefícios da presença dos pais durante os cuidados invasivos	57
Tabela 6 Unidades de registo segundo a categoria estratégias para a gestão da presença dos pais durante os cuidados invasivos	59

Lista de abreviaturas, siglas e acrónimos

EDIN	<i>Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né</i>
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
FLACC	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability</i>
FLACC-R	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised</i>
MIESIP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
NIDCAP	Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
TIP	Transporte Inter-hospitalar Pediátrico
UCIN	Cuidados Intensivos Neonatais
UCIP	Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

Introdução

Segundo o Regulamento nº 422/2018 de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP), “o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre” prestando “cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Os cuidados centrados na família têm-se afirmado ao longo dos anos como um modelo amplamente implementado, promovendo inúmeros benefícios para a criança e sua família, ao enfatizar a importância do envolvimento dos familiares na prestação de cuidados (Committee On Hospital Care And Institute For Patient And Family Centered Care, 2012).

No entanto, apesar dos potenciais benefícios, esta prática poderá desencadear alguns desafios. Estudos sugerem que a presença dos pais pode, em algumas situações, aumentar os seus próprios níveis de stress e ansiedade transmitindo essa ansiedade para a criança e intensificando a percepção da dor e do medo. Além disso, a presença parental pode interferir na execução do procedimento, criando um ambiente de maior tensão durante a realização dos procedimentos invasivos (Ventura Expósito et al., 2024). Assim, torna-se essencial compreender a percepção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança, de forma a identificar vantagens, desafios, preocupações e estratégias que possam otimizar esta prática, com vista à melhoria da prática clínica e de um ambiente mais seguro e acolhedor para todos.

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório Final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Escola Superior de Saúde de Viseu.

Os estágios foram realizados em três unidades de saúde especializadas localizadas na região centro do país, nomeadamente, uma unidade de neonatologia, um internamento de cirurgia pediátrica e uma unidade de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

Este relatório apresenta como objetivos:

- Descrever os diferentes contextos da prática clínica e as atividades desenvolvidas nos campos de estágio;

- Refletir de forma crítica sobre a experiência adquirida e o contributo desta no desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica;
- Conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança.

O relatório está organizado em duas partes distintas. A primeira parte corresponde ao percurso formativo em estágio com a respetiva descrição e reflexão sobre as experiências vivenciadas no estágio de neonatologia, cirurgia pediátrica e cuidados intensivos pediátricos respetivamente. A segunda parte diz respeito ao estudo de investigação, um estudo qualitativo baseado na análise de um grupo focal com enfermeiros cujo propósito é identificar as suas perceções, atitudes e experiências relativamente à presença dos pais durante os cuidados invasivos prestados à criança, incluindo o enquadramento teórico, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

PARTE I – Percorso Formativo em Estágio

1 – Desenvolvimento do percurso formativo em estágio

Tal como referido no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, a procura incessante pela excelência profissional constitui um imperativo inerente ao exercício da enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Este princípio, aliado ao interesse particular pela Enfermagem de Saúde Infantil, fundamentou a opção pela realização do MESIP, visando o aprofundamento de competências comuns e específicas inerentes a este domínio de especialização.

De modo a dar resposta a uma das exigências da unidade curricular Estágio com Relatório em Cuidados Diferenciados, o presente capítulo visa a descrição e respetiva reflexão crítica dos contextos clínicos dos estágios, fundamentada na evidência científica e no pensamento teórico em enfermagem sobre as diversas atividades desenvolvidas e o contributo para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Esta unidade curricular apresenta a carga horária global de 840 horas.

Conforme preceituado, a realização dos estágios pressupõe três áreas diferenciadas obrigatórias, cabendo a seleção das áreas a cada estudante. Desta forma, os estágios decorreram nos seguintes contextos:

- Estágio de neonatologia – realizado numa unidade de cuidados intensivos neonatais na região centro do país;
- Estágio de internamento de medicina/cirurgia pediátrica – realizado num serviço de cirurgia pediátrica na região centro do país;
- Estágio de urgência pediátrica/cuidados intensivos pediátricos – realizado numa unidade de cuidados intensivos na região centro do país.

Deste modo, a realização dos estágios nestes contextos permitiu o desenvolvimento e a consolidação de competências alinhadas com o perfil do EESIP, conforme definido pela Ordem dos Enfermeiros. Este é chamado a intervir em contextos de elevada complexidade, detendo conhecimentos e habilidades que lhe permitem antecipar e responder a emergências, mas também avaliar a família e apoiar as suas necessidades, sobretudo no processo de adaptação às mudanças decorrentes da condição de saúde e da dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

1.1 – Estágio de neonatologia

A unidade de neonatologia escolhida destina-se à prestação de cuidados de saúde altamente especializados ao recém-nascido, isto é, todas as crianças com menos de 28 dias de vida, mas também a lactentes que nasceram prematuramente e encontram-se posteriormente a necessitar de cuidados diferenciados. Em Apêndice I segue-se os objetivos específicos e atividades a desenvolver durante este estágio de neonatologia.

A unidade abrange cuidados intensivos, intermédios e especiais, dependendo das necessidades de cada neonato. Além disso, foca-se também no acolhimento dos pais e no envolvimento destes nos cuidados, promovendo a ligação pais-filho e, posteriormente, a preparação do regresso a casa. Os pais podem estar sempre presentes junto da criança, com exceção das horas das passagens de turno, e cada recém-nascido poderá também receber visitas de outros familiares próximos com agendamento prévio.

Relativamente à equipa multidisciplinar, esta é constituída por uma enfermeira gestora, enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, enfermeiros especialistas em saúde materna e obstetria e enfermeiros generalistas, pediatras e neonatologistas que dão também apoio à sala de partos, técnicas auxiliares de saúde e assistentes técnicos.

A integração no serviço foi realizada pela enfermeira gestora que fez uma apresentação da unidade e da equipa multidisciplinar ali presente, clarificou alguns conceitos bem como a metodologia de trabalho utilizada, facilitando a adaptação ao novo campo de estágio. Fui capaz de desenvolver uma boa relação com a equipa, sendo esta fundamental para a partilha de conhecimentos, fortalecendo competências interpessoais e promovendo uma comunicação aberta e efetiva.

A adaptação à metodologia e à dinâmica de trabalho foi fundamental para a manutenção de cuidados de alta qualidade. Desta forma, consultei todos os variados protocolos que orientam as práticas clínicas e asseguram a proteção e bem-estar do neonato e dos seus pais. Dado o seu elevado número, foi necessário recorrer aos mesmos, à medida que eram desenvolvidos procedimentos para mim desconhecidos. A análise constante destes permitiu uma integração mais facilitadora para com os cuidados ao recém-nascido, representando uma fonte indispensável de aprendizagem.

Os recém-nascidos pré-termo, em particular os grandes prematuros, necessitam de estabilidade para promover a maturidade neurológica inalcançada devido ao nascimento precoce. Nas unidades de neonatologia decorrem diversas atividades sensoriais que apresentam

um impacto negativo no desenvolvimento cerebral, como a exposição à luz, ao ruído e intervenções dolorosas. O Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program (NIDCAP) é um programa que visa a prestação de cuidados com foco no neurodesenvolvimento do recém-nascido na sua individualidade (Guimarães, 2015). Para isso, é necessário a observação contínua dos sinais comportamentais e fisiológicos do neonato, conduzindo à correta adaptação dos cuidados aos sinais que este apresenta (Guimarães, 2015). Durante o estágio, tive o cuidado de promover um ambiente terapêutico propício, favorecendo o bem-estar e a tranquilidade dos recém-nascidos, regulando a exposição à luz, minimizando o ruído e implementando intervenções no alívio da dor durante procedimentos dolorosos.

No que concerne especificamente aos procedimentos dolorosos, estes são sempre realizados de forma cuidada, em sintonia com horas de manipulação do recém-nascido, respeitando a organização do seu ciclo sono-vigília e conseqüentemente promovendo o seu neurodesenvolvimento. Existe na literatura diversos estudos que comprovam a eficácia das intervenções não farmacológicas como a amamentação, o método canguru e a contenção no alívio da dor provocada por estímulos dolorosos nos neonatos (Avcin & Kucukoglu, 2021; Cignacco et al., 2007; Lima & Carmo, 2010).

Na unidade, há uma preocupação especial da equipa de enfermagem na aplicação de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor, como é o caso da sucção não nutritiva, a contenção e o método de canguru com os pais. Observei que em procedimentos como a colheita de sangue, na maioria das vezes, o neonato mantinha-se organizado e sem dor quando aplicada a contenção e a sucção não nutritiva simultaneamente.

O enfermeiro é considerado um profissional de referência em pediatria devido ao seu papel central na prestação de cuidados especializados e na promoção do bem-estar da criança. No contexto da neonatologia, denotei que a sua presença se torna ainda mais significativa, uma vez que os neonatos são particularmente vulneráveis e requerem cuidados contínuos e altamente especializados. A presença constante do enfermeiro junto do recém-nascido, aliada à sua capacidade de monitorizar e responder prontamente às necessidades do bebé, faz com que os pais demonstrem mais confiança e segurança. Esta proximidade permite não só a construção de uma relação de apoio e empatia com os pais, mas também o envolvimento ativo destes no cuidado ao recém-nascido, conforme defendido pela Teoria de Parceria de Cuidados, onde os pais são vistos como parceiros essenciais no processo de cuidados ao neonato (Casey, 1988).

A prática do método canguru é usada para promover a ligação pais-filho, que por sua vez reduz a ansiedade dos pais, aumenta a sua segurança e tranquilidade e promove a lactação

(Lopes et al., 2020). Relativamente ao recém-nascido, favorece o seu crescimento e desenvolvimento e promove a sua estabilidade (Sousa et al., 2023). Concebi que a concretização deste procedimento fortaleceu uma relação de ajuda e confiança dos pais para com o enfermeiro, mas também um aumento na segurança neles mesmos. Ao longo deste estágio, procurei sempre ouvir as preocupações e dúvidas dos pais, demonstrando disponibilidade e uma atitude aberta de modo a incentivá-los a participar ativamente na prestação de cuidados ao recém-nascido. Durante o acolhimento, o enfermeiro é responsável por fazer referência aos cuidados neurodesenvolvimentais, de modo que os pais evitem a realização de estímulos sensoriais desnecessários, mas ao mesmo tempo enfatiza o valor da interação precoce entre os pais e o recém-nascido, através da voz delicada, toque, método canguru e cuidados diretos, durante os momentos certos. Habitualmente, numa fase inicial de capacitação para os cuidados diretos, os pais são instruídos a monitorizar a temperatura axilar e a tensão arterial, fazendo uma progressão contínua para a troca da fralda, posicionamentos, alimentação e cuidados de higiene.

Ao longo deste processo, cabe ao enfermeiro responsável estar atento à atitude dos pais perante as responsabilidades do tomar conta e à sua vontade em desempenhá-lo, respeitando as suas decisões. Numa perspetiva ética e responsável, os direitos do neonato e da sua família constituíram um princípio central ao longo destas semanas. Foram praticados cuidados atraumáticos e humanizados continuamente, com respeito pela dignidade, crenças, valores e privacidade de cada família. Enquanto enfermeira e futura EESIP, toda a informação recolhida verbalmente ou através do processo clínico do recém-nascido permaneceu confidencial e apenas foi utilizada como alvo de reflexão entre a equipa integrante no plano terapêutico, respeitando assim o Regulamento do Aconselhamento Ético e Deontológico (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Após debatido com as enfermeiras tutoras o interesse em colaborar num projeto de melhoria contínua para o serviço, foi sugerido tendo por base os objetivos específicos delineados para este estágio, a revisão do protocolo de acolhimento e planeamento da alta (Apêndice II), que adicionado a este, eu e a minha colega tomamos a iniciativa de criar um panfleto dirigido aos pais sobre o acolhimento (Apêndice III). Foi um projeto desafiador e útil, uma vez que o protocolo carecia de atualização e os pais necessitavam de um documento de apoio que permitisse consolidar grande parte da informação adquirida durante o primeiro dia de internamento, dado que é um dia de várias emoções distintas vivenciadas e muitos aspetos a assimilar.

Tendo em conta que neonatologia é uma área muito específica da pediatria e o facto de este estágio me ter proporcionado o primeiro contacto com o recém-nascido não saudável, fez com que as primeiras duas semanas fossem mais observacionais. Contudo no decorrer do estágio, as inseguranças iniciais foram ultrapassadas tornando-me capaz de prestar cuidados especializados ao recém-nascido de alto risco e sua família.

Em suma, o estágio de neonatologia representou uma experiência enriquecedora que fortaleceu competências essenciais na prestação de cuidados especializados à criança de alto risco e à sua família. O contacto direto com a prática consolidou conhecimentos e reforçou a importância do papel do EESIP como figura central no apoio ao desenvolvimento do recém-nascido e no suporte emocional dos pais.

1.2 – Estágio de cirurgia pediátrica

O serviço cirúrgico pediátrico escolhido abrange cirurgias das mais diversas especialidades médicas até aos dezoito anos de idade. Em apêndice I segue-se os objetivos específicos e atividades a desenvolver durante este estágio de cirurgia pediátrica.

O serviço de cirurgia abrange uma área de internamento cirúrgico com uma ala particularmente destinada à cirurgia de ambulatório, uma unidade de referência à transplantação hepática e ainda uma unidade de referência a queimados. Ao longo deste estágio tive a oportunidade de passar por todas estas áreas, o que proporcionou uma experiência bastante enriquecedora e proporcionadora de grandes momentos de aprendizagem ao longo deste período.

Numa fase inicial, dirigi o meu foco na integração no serviço, estabelecendo contacto com a enfermeira gestora, cuja orientação foi essencial para compreender a organização do serviço e os seus objetivos. Esta aproximação facilitou não apenas a adaptação ao serviço, mas também a definição das minhas prioridades atendendo aos meus objetivos específicos para este estágio e às necessidades das crianças e das suas famílias.

Ao longo deste estágio, mas maioritariamente durante as primeiras semanas, dediquei parte do meu tempo à análise dos protocolos instituídos no serviço permitindo a prestação de cuidados à criança ou jovem e sua família com qualidade e evidência científica. Aliado a estes aspetos anteriormente supracitados, fui priorizando uma boa relação com a equipa multidisciplinar de modo a tirar o maior proveito possível com algumas partilhas de experiências fundamentais para enriquecer a minha aprendizagem enquanto futura EESIP.

Apesar de serem integrados alguns modelos conceituais no serviço, a instituição preconiza o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey destacando a importância de uma abordagem centrada na criança e na sua família. O objetivo é atender às necessidades de cada criança na sua individualidade, promover a segurança emocional e capacitar os familiares para uma participação efetiva durante esta transição saúde-doença, existindo uma negociação prévia com o objetivo de respeitar as suas vontades na participação dos cuidados (Casey, 1988).

A hospitalização, particularmente no período pré-operatório, desencadeia o aparecimento de receios e ansiedade na criança e sua família. A preparação para a cirurgia pediátrica pode ser stressante para a família da criança, sendo essencial diminuir os seus níveis de ansiedade e diminuir o impacto da hospitalização na dinâmica familiar. A literatura demonstra que a ansiedade dos familiares tem um papel significativo na ansiedade da criança submetida a cirurgia. Inconscientemente, a criança compreende as atitudes e comportamentos dos pais como promotores de estratégias de coping ou de regressão do seu comportamento (Millett & Gooding, 2018). Desta forma, é da competência do enfermeiro preparar a criança e família para a hospitalização e para a cirurgia, devendo, por isso, ser capaz de identificar os fatores geradores de stress e intervir ou propor estratégias de intervenção para diminuir os níveis de ansiedade da criança e família. Para tal, deve ter em conta o nível de desenvolvimento cognitivo, o estilo de confronto, as experiências hospitalares vivenciadas anteriormente, tipo de cirurgia e o período certo para as intervenções serem realizadas (Pena, 2016).

Desta forma, durante o estágio assisti e contribuí na implementação de algumas estratégias redutoras da ansiedade no período pré-operatório. Foram aplicadas estratégias de distração como o uso de dispositivos eletrónicos, o incentivo à presença na sala de atividades lúdicas do serviço com o acompanhamento da educadora, o uso do brinquedo terapêutico e o acompanhamento dos pais até ao momento da indução anestésica. No que toca às intervenções farmacológicas, habitualmente todas as crianças e jovens são pré-medicadas cerca de uma hora antes da cirurgia sob prescrição médica.

Para além destas estratégias, refleti que a criação de uma relação de confiança com a criança e jovem foi fundamental para a redução de medos e receios durante este período. Esta relação inicia-se logo no acolhimento da criança e jovem no serviço, demonstrando uma atitude de disponibilidade, empatia e tranquilidade esclarecendo possíveis dúvidas que estes apresentem.

Em enfermagem, a comunicação assume um papel central na relação enfermeiro-cliente. A informação transmitida deve privilegiar a relevância tendo sempre em consideração não

apenas o cliente, mas também a sua família. Deste modo, o enfermeiro deve demonstrar-se disponível, coerente e transparente, assumindo desta forma uma atitude que fortaleça o processo comunicativo. Deve-se ainda realçar, que cada indivíduo é único e, por este motivo, a transmissão de informação deverá ser ajustada a cada um, sempre de uma forma clara e orientada para a ação (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Tendo em conta a dualidade criança – família, é importante alcançar uma relação de confiança com os acompanhantes/familiares demonstrando-lhes segurança, apoio e competência (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). A transparência nas informações prestadas, a escuta ativa e a validação dos sentimentos dos familiares foram essenciais para que se sentissem parte do processo, facilitando a negociação para a participação dos cuidados à criança. Além disso, ao estabelecer uma comunicação aberta e respeitosa com os pais pode contribuir para que estes se sentissem capazes de tomar decisões, reduzindo a ansiedade e aumentando a confiança no cuidado prestado. Tudo isto acaba por se tornar um ciclo, uma vez que a segurança e tranquilidade dos pais torna as crianças menos ansiosas, promovendo assim uma melhor experiência durante o período perioperatório para ambos os lados.

Ao longo destas semanas tive a oportunidade de colaborar na realização de procedimentos invasivos como a colocação de cateteres venosos periféricos, cateteres epicutâneos, colheita de espécimes, entre outros. De forma a gerir a dor, nas punções que são programadas, é colocado um penso EMLA cerca de uma hora antes do procedimento sempre que possível. Para além disso, fui capaz de aplicar algumas intervenções não farmacológicas para a gestão da dor na criança tendo em consideração a sua idade e estágio de desenvolvimento em que se encontram. O uso da sacarose, o incentivo para a prestação de cuidados de conforto pelos pais e a contenção foram as técnicas mais utilizados nos recém-nascidos e nos lactentes, o uso do brinquedo terapêutico, o recurso às tecnologias como meio de distração e a presença dos pais para as restantes crianças e, por último, nos adolescentes, a técnica de distração e de respiração.

Para além disto, o período pós operatório é uma fase em que a criança se encontra mais suscetível à dor. É importante o enfermeiro manter uma vigilância contínua da mesma, utilizando escalas de avaliação da dor adequadas à faixa etária e ao desenvolvimento da criança para posteriormente adequar as intervenções implementadas. A escala *Échelle Douleur Inconfort Nouveau-Né* (EDIN) (Debillon et al., 2001), a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC) (Manworren & Hynan, 2003), a escala *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised* (FLACC-R) (Batalha & Mendes, 2013) e a Escala Numérica da Dor

são as mais utilizadas no serviço e as que estão incluídas no sistema de informação SClínico. A utilização das mesmas levou a uma implementação de intervenções farmacológicas e não farmacológicas adequadas, podendo elas serem utilizadas simultaneamente para obter um maior benefício para a criança e jovem.

A preparação do regresso a casa o iniciar da continuidade de cuidados no domicílio com mais autonomia parental, sendo da responsabilidade do enfermeiro orientar os pais para os cuidados futuros e importantes sinais de alerta a reter. Ao longo destas semanas senti que assegurei a transmissão de informação através de uma comunicação empática e assertiva sobre os cuidados a ter com a ferida cirúrgica, possíveis restrições de atividade e sinais de alarme como febre, alterações comportamentais ou sinais de infeção. Durante a transmissão de informação, preocupei-me com a recetividade da informação por parte das famílias, incentivando à colocação de dúvidas e possíveis preocupações fortalecendo a confiança dos cuidadores.

Tal como já referido, o internamento de cirurgia abrange crianças e jovens submetidas a transplante hepático. Tendo em conta o Regulamento de Competências Específicas do EESIP (Ordem dos Enfermeiros, 2018), uns dos principais focos do EESIP é cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, assumindo assim um papel fundamental na prestação de cuidados a crianças submetidas a transplante hepático. O enfermeiro deve apresentar conhecimentos abrangentes para que possa gerir situações complexas futuras e desenvolver habilidades como a avaliação clínica direcionada aos sinais e sintomas de rejeição e infeção, complicações associadas ao transplante, possíveis interações farmacológicas, comunicação com a criança e família, ensinos a realizar e gestão de prioridades (Negreiros, Pequeno, Garcia , Aguiar, Moreira, & Flor, 2016).

Estas crianças e jovens possuem um elevado risco de desenvolvimento de processos infecciosos dado o comprometimento do seu sistema autoimune e, por esse motivo, os cuidados a prestar a estas crianças e jovens apresentam uma preocupação maior com a adoção de medidas de prevenção de infeção, como o uso de equipamento de proteção individual como máscara e bata antes do contacto com o ambiente da criança e a alocação da criança e acompanhante em quartos individualizados.

Ao longo destas semanas, constatei que a comunicação com a família destas crianças exige uma maior proximidade e relação de confiança, principalmente quando as crianças já apresentam internamentos recorrentes, uma vez que a ansiedade e os medos dos pais são maiores dada a complexidade do problema e as situações já vivenciadas nos internamentos

anteriores. Desta forma, demonstrei-me sempre disponível para ouvir todos os seus receios e dúvidas, expliquei todos os procedimentos previamente à sua realização e negocieei os cuidados com os pais focando-me em incentivar o papel parental durante a hospitalização em situação de complexidade.

Neste contexto de estágio tive a possibilidade de colaborar na realização do tratamento à ferida da criança/jovem submetida queimadura complexa. No serviço existe uma sala adaptada a este tipo de procedimentos onde contém todo o material de pensos necessário e uma banheira de balneoterapia. Este espaço é utilizado não só para realização de tratamentos a queimaduras de crianças internadas, mas também em contexto de ambulatório.

A gravidade das queimaduras é determinada pela idade, extensão, profundidade e localização da lesão, bem como pela presença de lesões associadas, como inalação de fumo. Quanto mais nova a criança, maior a gravidade e o mesmo se passa no que concerne à extensão da queimadura. No que toca à profundidade e a localização da lesão, podem influenciar nas sequelas e na qualidade de vida a longo prazo da criança/jovem (Ferrero & González, 2022).

No decorrer destas semanas, participei na prestação de cuidados a crianças com queimaduras maioritariamente em contexto de ambulatório em lesões menos graves em processo de cicatrização. Colaborei nas sessões de balneoterapia, prestando cuidados de higiene e minimizando a dor e o desconforto durante a limpeza das feridas e auxiliiei na realização do tratamento adequado às feridas por queimadura.

A realização deste procedimento é bastante dolorosa para a criança e habitualmente traumático, sendo as crianças pré-medicadas antes da sua realização. Aliadas às intervenções farmacológicas cabe ao enfermeiro gerir a dor e os cuidados atraumáticos à criança/jovem com o uso de estratégias não farmacológicas para controlo da dor e ansiedade, como métodos de distração e relaxamento.

Todo este acontecimento traumático para a criança torna-se recíproco para os pais, uma vez que presenciam todo o sofrimento da criança e muitas das vezes culpabilizam-se pela ocorrência do acidente que gerou a queimadura. Desta forma, demonstrei uma atitude empática e compreensiva reconhecendo o sofrimento dos pais, apelei ao envolvimento destes nos cuidados de modo que constituíssem uma parte ativa no processo de recuperação da criança, alertando para cuidados a ter no domicílio e os quais os riscos de infeção das feridas.

Este estágio no internamento cirúrgico pediátrico permitiu-me consolidar competências técnico-científicas, relacionais e éticas essenciais para o meu futuro enquanto futura EESIP. Ao

longo destas seis semanas, colaborei na prestação de cuidados atraumáticos à criança submetida a cirurgia e à sua família com uma visão integrativa e de respeito pela dignidade e individualidade de cada criança e família. Valorizei a multiculturalidade e as crenças individuais com o objetivo de promover um ambiente inclusivo e acolhedor para todos, e além disso salvoguei sempre a confidencialidade e sigilo profissional tornando-se um fator crucial para obter uma relação de confiança com a família.

Assim, finalizo a reflexão com a certeza de que este estágio foi uma experiência enriquecedora e essencial para o meu percurso, onde senti que aproveitei todas as oportunidades que me foram proporcionadas sem grandes dificuldades, interagindo de forma empática com a criança e sua família, tentando com que os mesmos vivenciem o período perioperatório de forma mais calma e plena possível.

1.3 – Estágio de cuidados intensivos pediátricos

O estágio numa unidade de UCIP representa uma oportunidade crucial para o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Este contexto, caracterizado por elevada complexidade clínica, requer uma abordagem fundamentada no conhecimento especializado, exigindo dos profissionais uma preparação avançada e competências para responder às necessidades críticas da criança, promovendo a sua estabilidade e bem-estar. Em apêndice I segue-se os objetivos específicos e atividades a desenvolver durante este estágio de UCIP.

Esta unidade de UCIP tem como missão prestar cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação a todas as crianças admitidas no serviço. Este constitui um serviço de referência para recém-nascidos com necessidade de internamento na primeira semana de vida, recém-nascidos que necessitem de intervenção cirúrgica e terapêuticas diferenciadas, crianças/adolescentes criticamente doentes do foro médico, cirúrgico e traumatológico e crianças/adolescentes com insuficiência hepática aguda, crónica ou submetidas a transplantação hepática. Para além disto, a equipa é responsável pelo transporte inter-hospitalar pediátrico de recém-nascidos e crianças de risco ou criticamente doentes da região centro.

O serviço oferece um total de doze vagas, sendo oito destinadas a cuidados intensivos e quatro a cuidados intermédios. Na área de cuidados intensivos, há uma ala dedicada a neonatos, composta por três berços, além de duas adufas reservadas para crianças que necessitam de isolamento. Já os cuidados intermédios contam com mais duas adufas.

No primeiro dia, fui recebida pela enfermeira responsável de turno que me apresentou as duas enfermeiras tutoras que me iriam acompanhar ao longo das próximas semanas. A primeira semana de estágio foi oportuna para me integrar na equipa de enfermagem, mas também conhecer um pouco de toda a equipa multidisciplinar, desde médicos, secretariado clínico e técnicos auxiliares de saúde, que prestam cuidados personalizados, com o objetivo de tornar o período de internamento no mais confortável possível para a criança e sua família. Todos eles foram fundamentais na integração da dinâmica e na metodologia de trabalho da unidade, demonstrando que a complexidade e a exigência associadas a este contexto de cuidados requerem uma abordagem multidisciplinar e uma comunicação eficaz entre todos os profissionais da unidade com foco na segurança e no bem-estar das crianças e suas famílias.

Para uma melhor adaptação à dinâmica do serviço, senti necessidade em realizar alguma pesquisa bibliográfica acerca dos procedimentos mais realizados e, em especial os que me eram desconhecidos, e consultei os protocolos e normas implementadas na unidade de modo a garantir a qualidade dos cuidados prestados. Tendo em conta o contexto de UCIP, dirigi parte da minha atenção à consulta de protocolos de preparação/administração de medicação em contexto de emergência, dado que a administração destes fármacos em situações críticas exige precisão, rigor e rapidez, ainda mais com a vertente específica de pediatria, em que existe um maior cuidado no que toca a cálculo de dosagens e diluições.

No que diz respeito ao sistema de informação adotado na unidade, o *B-ICU Care* foi uma novidade e uma boa experiência a relatar neste estágio. Até à data, apenas estava familiarizada com o *SCLínico*, o que inicialmente se tornou um desafio para mim, mas facilmente superado dada a simplicidade e eficácia característica da plataforma. Esta plataforma foi criada especialmente para abordar métodos e rotinas das unidades de cuidados intensivos. Permite obter uma visão mais abrangente acerca do processo clínico da criança com um formato acessível para a visualização de todas as vigilâncias, incluindo a introdução de forma automática e centralizada dos sinais vitais e uma referência ao modo de preparação de cada fármaco prescrito.

Tal como em qualquer serviço, a prestação de cuidados na UCIP exige um elevado compromisso com a ética profissional, sendo fulcral o respeito pelos direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Durante o estágio, garanti que a informação clínica de cada criança e sua família fosse preservada, sendo apenas partilhada com a equipa envolvida no processo, respeitando a privacidade destes, confidencialidade e sigilo profissional de acordo com as normas institucionais e as diretrizes éticas da profissão. Além disso, é importante

reconhecer que a criança e sua família têm direito à tomada de decisão e enquanto futura EESIP assegurei a promoção de uma comunicação empática e transparente, adaptada à idade e desenvolvimento da criança, com o objetivo de proporcionar à criança e sua família uma decisão informada sobre os riscos e benefícios para estes. Adicionando a isto, reconheci que cada criança tem o seu ritmo de adaptação, compreensão e resposta aos cuidados, contudo, tendo em conta o contexto de UCIP, nem sempre é possível respeitar o mesmo em situação de doente crítico, havendo uma necessidade de gestão de prioridades procurando sempre o maior benefício para a criança.

A hospitalização representa uma experiência profundamente disruptiva e desafiadora para uma criança, uma vez que provoca uma interrupção da sua rotina habitual e exige recursos psicológicos específicos para lidar com situações adversas. Os profissionais de saúde assumem por isso um papel fundamental no apoio à criança e à família, devendo capacitá-las com ferramentas sociais e emocionais que lhes permitam navegar pela crise de forma adaptativa e encontrar aspetos positivos na experiência (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Durante estas seis semanas, foi essencial desenvolver competências que facilitassem a adaptação da criança/jovem e da sua família ao processo de doença aguda e à hospitalização. O internamento em cuidados intensivos pode desencadear um conjunto de emoções com impacto negativo e assustador tanto para a criança como para a sua família, começando na própria expressão de “cuidados intensivos” até ao ambiente intenso marcado pela presença dos alarmes dos monitores e da elevada quantidade de dispositivos presentes no meio da criança. Dado isto, é fundamental a criação de um ambiente terapêutico e seguro para a criança e sua família, procurando harmonizar o espaço com iluminação adequada e uma diminuição do ruído e criar uma relação de confiança com a criança e a família.

No que concerne ao desenvolvimento de uma relação de confiança com a criança, procurei adequar a minha comunicação de acordo com a sua idade e estágio de desenvolvimento, expliquei os procedimentos antes de os realizar de forma sucinta e adaptada tentando minimizar o medo do desconhecido. Empenhei-me em manter uma postura aberta e transmitir segurança e empatia para com a criança e, no caso dos adolescentes, obtive uma abordagem mais participativa valorizando a sua opinião e procurando dar um reforço positivo após cada pequena conquista. Denotei que o sucesso da obtenção de uma relação de confiança contribui para uma hospitalização mais tranquila e menos preocupante tanto para a criança como para os pais. Contudo senti que no contexto de cuidados intensivos é necessário haver um maior investimento e principalmente mais tempo para o estabelecimento desse vínculo, dado a

existência de maiores fatores de *stress* comparativamente aos internamentos decorrentes nas enfermarias.

Adicionando ao desenvolvimento de uma relação de confiança, fui capaz de adaptar outras estratégias não farmacológicas que minimizassem os momentos de stress e de ansiedade na criança, como o recurso à técnica da distração através de vídeos no telemóvel, desenhos animados e outras brincadeiras, aplicando-se a mesma como uma estratégia não farmacológica para o alívio da dor quando a criança é submetida a procedimentos invasivos. Nos adolescentes, a utilização de técnicas de relaxamento como a respiração profunda foi eficaz na redução da ansiedade durante o internamento.

De acordo com o Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança, a dor vivenciada pela criança, desde o nascimento ou mesmo nas fases precoces do seu desenvolvimento, pode manifestar-se através de respostas fisiológicas, emocionais e motoras. As estratégias não farmacológicas constituem um recurso valioso no alívio da dor, podendo ou não ser associadas às intervenções farmacológicas (Ordem dos Enfermeiros, 2013).

A utilização de técnicas como a contenção, a sucção não nutritiva, o recurso a brinquedos terapêuticos e a presença dos pais foram medidas fundamentais para minimizar o sofrimento da criança durante a prestação de cuidados invasivos, demonstrando assim a importância dos cuidados humanizados em contexto de UCIP.

Outro fator essencial na adaptação da criança ao contexto da hospitalização em UCIP é a presença dos pais ou de outro familiar durante o internamento. O papel do enfermeiro passa por procurar negociar o envolvimento dos pais nos cuidados, tornando estes parceiros ativos na prestação de cuidados à criança, fortalecendo o vínculo e a segurança da própria criança (Casey, 1988). Ao longo deste estágio, capacitei as famílias para a prestação de cuidados, garantindo que as mesmas se sintam preparadas e confiantes, dado que neste contexto surgem bastantes receios devido à quantidade de dispositivos médicos a que as crianças estão sujeitas. Apesar de os pais não serem tão ativos na participação nos cuidados à criança submetida a ventilação invasiva pelo risco de remoção dos dispositivos, são incentivados a prestarem cuidados de conforto à criança, como o toque e a presença da voz.

Um dos grandes pontos que difere este estágio dos restantes é a oportunidade de prestar cuidados a crianças/jovens em situação crítica, o que exigiu de mim um maior conhecimento técnico científico e uma observação atenta e incisiva. No decorrer das seis semanas de estágio

e à medida que foi introduzida nova informação tive necessidade de realizar pesquisa bibliográfica sobre conceitos especializados de enfermagem em saúde infantil e pediátrica, mas também conceitos médicos desconhecidos que foram essenciais para a qualidade e segurança da prestação de cuidados à criança/jovem em situação crítica. Patologias específicas como algumas cardiopatias congénitas e procedimentos específicos como ventilação mecânica invasiva, diálise peritoneal, hemofiltração e plasmaferese, exigiu um trabalho de pesquisa em casa e a consulta de normas existentes no serviço.

Um importante foco para o enfermeiro de uma unidade de cuidados intensivos é a identificação precoce de sinais de instabilidade na criança/jovem de modo a anteceder situações de agravamento do estado clínico da criança, promovendo uma resposta rápida, adequada e articulada com a equipa multidisciplinar caso seja necessário. Neste estágio colaborei na identificação de alguns sinais de instabilidade como é o caso do aparecimento de sinais de dificuldade respiratória e de alterações do estado de consciência.

Paralelamente, colaborei na prestação de cuidados a crianças submetidas a ventilação invasiva, compreendendo a importância da monitorização contínua e da atuação precoce perante alterações do padrão respiratório, fazendo uma gestão de prioridades nos cuidados. Este ponto numa fase inicial foi algo que me deixou apreensiva tendo em conta o meu nível de experiência neste contexto, nomeadamente a aspiração de secreções a crianças entubadas com uma forte instabilidade respiratória, contudo consegui superar os meus receios e colaborar nos cuidados após a realização de observação direta e atenta.

A existência do Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP) é um recurso que distingue esta unidade. O TIP é um serviço especializado no encaminhamento de recém-nascidos, crianças e adolescentes em estado crítico entre diferentes unidades de saúde, este em particular na região centro do país. As ambulâncias destinadas a este serviço contam com uma equipa composta por um médico, um enfermeiro e um técnico de emergência pré-hospitalar, garantindo uma assistência qualificada durante o percurso. Estas ambulâncias estão equipadas com material adequado à estabilização e monitorização de doentes desde o nascimento até aos 18 anos, permitindo o seu transporte para hospitais com unidades especializadas capazes de prestar os cuidados necessários (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2017).

Apesar de não ter sido possível realizar o acompanhamento do transporte em concreto, tive a oportunidade enriquecedora de acompanhar uma enfermeira durante um turno na TIP e perceber a dinâmica, organização e preparação para o transporte da criança, quais os materiais e dispositivos utilizados de acordo com a idade da criança, a forma como se realiza a chamada

e ainda colaborei na verificação diária da operacionalidade dos dispositivos utilizados. Refleti ainda sobre a importância da formação contínua e da preparação técnica para atuar em situações de emergência, reconhecendo o papel crucial do enfermeiro na segurança e no bem-estar da criança/jovem crítica durante o transporte.

Em suma, o estágio numa unidade de cuidados intensivos pediátricos foi uma experiência enriquecedora e desafiante. Com ela adquiri e consolidei competências na prestação de cuidados a crianças e jovens em situação crítica e de complexidade e percebi o papel do EESIP na gestão desses cuidados à criança, sempre com foco no seu bem-estar e da sua família.

PARTE II – Estudo de Investigação

2 – Enquadramento Teórico

A prática baseada na evidência representa uma abordagem fundamental no campo da saúde, promovendo uma tomada de decisão segura e fundamentada na melhor evidência científica disponível. Essa metodologia assenta em três pressupostos: a integração da melhor evidência científica, a competência e expertise do profissional de saúde, e a consideração das preferências e necessidades da pessoa em cuidados. A conjugação harmoniosa entre o conhecimento proveniente da investigação científica e aquele adquirido através da experiência prática é um elemento central para o sucesso desta abordagem. Os enfermeiros, em particular, reconhecem os benefícios de adequar a sua prática clínica com as evidências científicas, contribuindo para a melhoria contínua dos cuidados prestados e para o seu próprio desenvolvimento profissional (Pinto & Mota, 2023). Desta forma, considera-se relevante conhecer as perspetivas de alguns enfermeiros no que toca à presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança.

Em pediatria, o modelo de cuidados centrados na família tem como base a ideia de que a família é o principal pilar da criança, e que a sua perspetiva é fundamental na tomada de decisão. As experiências positivas nos cuidados de saúde, construídas através de uma colaboração entre os profissionais e a família, podem fortalecer a confiança dos pais nas suas funções e, progressivamente, ajudar as crianças e jovens a tornarem-se mais autónomos (Committee on hospital care and institute for patient and family centered care, 2012).

De acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados, o enfermeiro deve envolver os pais/pessoa de referência na prestação de cuidados à criança, tornando esta parte integrante do processo de cuidado, promovendo a colaboração, a partilha de decisões e o fortalecimento da relação de confiança com a criança e sua família. Embora deva-se incentivar os pais a envolver-se nos cuidados, é importante ocorrer uma negociação com os mesmos para que possam participar na prestação de cuidados de acordo com o seu nível de conforto e disponibilidade (Casey, 1988).

Em 1988, a Carta Europeia dos Direitos da Criança Hospitalizada reforçou a importância deste modelo, estabelecendo princípios fundamentais que garantem a presença e participação da família durante a hospitalização, promovendo o bem-estar da criança e respeitando a sua individualidade e necessidades emocionais (Instituto de Apoio à Criança, 1988).

O Regulamento nº 422/2018 das Competências Específicas do EESIP refere como primeira competência: o EESIP “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”, especificando a ideia ao referir: “Considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A competência dos enfermeiros em estabelecer uma parceria eficaz com os pais é fundamental para elevar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Os pais devem ser reconhecidos pelos enfermeiros como parceiros ativos no processo de cuidar da criança, ajustando a sua participação de acordo com os objetivos terapêuticos definidos. Neste sentido, a parceria entre enfermeiros e pais deve ser sempre alinhada com as metas terapêuticas e focada na concretização dos resultados desejados de acordo com o planeamento dos cuidados de enfermagem (Sousa et al., 2023).

Para que tal aconteça, o EESIP deve estabelecer uma comunicação eficiente com a criança e sua família, atuando em múltiplas dimensões: envolvimento, participação e colaboração nos cuidados, capacitação e negociação (Torres, 2019). Para que essa parceria seja efetiva, é fundamental que os enfermeiros desenvolvam uma comunicação clara e empática, procurando criar uma relação de confiança mútua que permita que os pais se sintam confortáveis para expressar suas preocupações, dúvidas e expectativas. Além disso os pais precisam de sentir que a sua opinião é valorizada e útil e que são incluídos no processo de tomada de decisão.

A Enfermagem de Saúde Infantil deve alinhar-se com a filosofia dos cuidados atraumáticos, direcionados para a criança e sua família. Isso significa que as intervenções realizadas devem ser planeadas e executadas respeitando três princípios: evitar a separação da criança da sua família; promover um sentimento de controlo e autonomia na criança; e prevenir ou reduzir ao máximo possível o seu sofrimento físico e dor, proporcionando uma experiência de cuidados mais positiva e menos stressante para todos os envolvidos (Carvalhais et al., 2022).

A implementação dos princípios dos cuidados atraumáticos exige, portanto, uma abordagem que priorize não apenas o bem-estar físico da criança, mas também o seu equilíbrio emocional e psicológico. A presença dos pais proporciona conforto emocional e segurança à criança, apaziguando o stress causado pelo ambiente hospitalar e a ansiedade prévia à realização de procedimentos invasivos, contribuindo para uma experiência menos traumática e

globalmente mais positiva (Simpson-Collins et al., 2024). O envolvimento dos mesmos durante a realização de procedimentos invasivos à criança pode facilitar a colaboração da criança e também contribuir para a diminuição da intensidade da dor associada a essas intervenções, evitando também o sentimento de abandono (Azak et al., 2022).

Os procedimentos pediátricos invasivos podem ser experiências dolorosas e assustadoras para a criança e sua família. De acordo com Cousins et al. (2019), um procedimento invasivo é uma intervenção em que se acede de forma intencional ao interior do corpo, seja através de uma incisão, de uma punção na pele ou pela introdução de dispositivos por um orifício natural. González et al. (2023) diferencia procedimentos com maior grau de invasividade dos procedimentos com menor grau de invasividade, sendo os procedimentos mais invasivos: a punção lombar, a colocação de cateteres centrais, trações esqueléticas, intubação endotraqueal e manobras de reanimação. Já os menos invasivos são definidos pelos autores por: lavagem nasal, punção venosa, colocação de cateteres venosos periféricos, colocação de sondas nasogástricas/orogástricas, punção vesical e tratamento de feridas.

Tal como referido previamente, a presença da família durante a realização de procedimentos invasivos à criança pode trazer diversas vantagens para todos os intervenientes no processo, desde a própria criança, aos pais e até mesmo ao enfermeiro responsável. No entanto, alguns dos profissionais de saúde reconhecem alguns pontos negativos, referindo uma menor disposição para a presença dos pais nestes procedimentos. Os prestadores de cuidados destacam principalmente dois motivos que justificam esta ideia: a ansiedade dos pais e o aumento do nervosismo da criança. Outras causas envolvem também o tempo adicional necessário para esclarecer o procedimento aos pais, que em situações mais emergentes ou de maior azafama nem sempre apresentam disponibilidade. O facto de existir uma preocupação dos próprios profissionais perante a presença dos familiares durante a realização da intervenção constitui outra questão pela qual alguns deles não se sentem confortáveis (González et al., 2023).

Neste contexto, torna-se pertinente explorar as perspetivas dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos em crianças, de modo a compreender as barreiras e as vantagens associadas a esta prática. Este estudo visa contribuir para a reflexão e melhoria contínua dos cuidados de enfermagem pediátricos, alinhando a prática clínica com os princípios dos cuidados centrados na família e os cuidados atraumáticos, promovendo desta forma uma experiência mais positiva para a criança, sua família e para os profissionais de saúde.

Com base neste enquadramento teórico, a presente investigação adotará uma abordagem metodológica que permita aprofundar estas questões, com o objetivo de identificar estratégias que potenciem a colaboração entre enfermeiros e pais, garantindo cuidados mais humanizados e eficazes.

Em síntese, a prática baseada na evidência e o modelo de cuidados centrados na família constituem pilares essenciais para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade em pediatria. A parceria entre enfermeiros e pais, alicerçada numa comunicação eficaz e numa relação de confiança, revela-se essencial para promover o bem-estar da criança e da sua família, especialmente durante a realização de procedimentos invasivos. Apesar dos benefícios amplamente reconhecidos da presença dos pais, persistem desafios relacionados com a ansiedade dos familiares, o nervosismo da criança e as preocupações dos profissionais de saúde, que podem influenciar a dinâmica dos cuidados.

3 – Metodologia

A investigação científica pressupõe um processo sistemático, rigoroso e organizado que visa produzir conhecimento válido e fiável, capaz de responder a problemas concretos e de sustentar a evolução das diferentes áreas disciplinares. Segundo Fortin (2003), este processo envolve etapas essenciais que vão desde a formulação da questão de investigação até à análise e disseminação dos resultados, assegurando a credibilidade do conhecimento gerado e a sua utilidade prática no desenvolvimento das ciências da saúde.

A investigação sustenta todas as disciplinas científicas, sendo o conhecimento plenamente significativo quando complementado com a partilha do mesmo. A investigação em enfermagem é fundamental para garantir que as decisões clínicas sejam baseadas nas melhores evidências científicas, permitindo identificar as necessidades das pessoas e prescrever intervenções adequadas. Além de consolidar o conhecimento da disciplina, a investigação promove a reflexão sobre as práticas, avalia a eficácia e a qualidade dos cuidados, e contribui para a melhoria da prática clínica, da gestão dos serviços e do desenvolvimento profissional, com o objetivo primordial de gerar ganhos em saúde para a população global enfatizando a promoção da sua qualidade de vida (Néné & Sequeira, 2022).

Ao longo deste capítulo, apresenta-se o desenho metodológico do estudo, detalhando o contexto de investigação, o tipo de estudo, a abordagem metodológica, os critérios de seleção dos participantes, os procedimentos de recolha e análise de dados, bem como os princípios éticos considerados, pretendendo assim reforçar o rigor e a coerência científica do trabalho.

A investigação em enfermagem destaca-se na sua forma quantitativa e qualitativa. Segundo Sparkes e Smith (2014), a investigação qualitativa explora os significados e experiências num determinado contexto onde o indivíduo se insere, valorizando a forma como este interpreta o mundo e o significado das suas vivências.

3.1 – Contexto e tipo de estudo

Ao longo dos últimos anos, a participação parental nos cuidados de saúde pediátricos tem registado uma progressiva valorização, nomeadamente durante a realização de procedimentos invasivos à criança, indo ao encontro do paradigma atual de um modelo de cuidados centrados na família. Contudo, nem sempre a concretização desta prática é exequível de forma dinâmica, uma vez que estão subjacentes múltiplas condicionantes, sobretudo no

contexto de procedimentos invasivos, os quais apresentam distintos níveis de complexidade como já referido previamente.

Neste enquadramento, surge a necessidade de compreender a perceção dos enfermeiros relativamente à presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança, de modo a assegurar uma gestão equilibrada entre a segurança, a humanização dos cuidados, o bem-estar da criança, a eficácia dos procedimentos e o envolvimento dos pais/família, possibilitando a identificação de barreiras e de estratégias facilitadoras à prática clínica.

Assim, para a atual investigação, privilegiou-se a investigação qualitativa de carácter exploratório e descritivo, atendendo à adequação desta no estudo de experiências subjetivas dos enfermeiros, bem como das suas interpretações e perceções em relação ao fenómeno em estudo. Adotou-se a técnica de grupo focal como método de recolha de dados e a análise de conteúdo realizou-se de acordo com Bardin (2020).

3.2 – Questão de investigação e objetivos

Tendo como ponto de partida a questão de investigação “Qual a perceção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança?”, foi definido como objetivo geral: conhecer a perceção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança, delineando à posteriori os seguintes objetivos específicos: explorar as experiências e perceções dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos à criança; identificar os elementos facilitadores e as dificuldades percecionadas pelos enfermeiros neste contexto; refletir sobre o impacto da presença parental na relação terapêutica entre enfermeiros, criança e família durante a realização de procedimentos invasivos; identificar estratégias propostas pelos enfermeiros para equilibrar a participação parental com a segurança dos procedimentos.

3.3 – Participantes

A seleção dos participantes na investigação qualitativa tem como finalidade garantir a relevância e a profundidade da informação recolhida para assim alcançar uma compreensão aprofundada do fenómeno no seio de um grupo específico. Deste modo, a amostra ideal é aquela que possibilita compreender a complexidade da realidade em estudo, abrangendo as suas múltiplas dimensões subjetivas, não tendo como objetivo a representatividade estatística dos participantes (Polit & Beck, 2018).

Para a presente investigação recorreu-se a uma amostra teórica, selecionando-se assim sujeitos considerados peritos na temática em estudo, de acordo com os critérios de homogeneidade estabelecidos (Néné & Sequeira, 2022).

Face a isto, para participar no estudo, os participantes teriam de cumprir os seguintes critérios de inclusão, tornando a amostra homogénea: aceitar participar no estudo de forma voluntária e deliberada; estar disponível no momento agendado para a reunião do grupo focal; ser fluente em português, tanto escrito quanto falado, e exercer funções como enfermeiro/a há pelo menos cinco anos em contexto hospitalar de internamento pediátrico, urgência pediátrica ou cuidados intensivos pediátricos.

A escolha de enfermeiros com mais de cinco anos de experiência em contexto hospitalar pediátrico como participantes deste estudo fundamenta-se no Modelo de Aquisição de Competências proposto por Benner (2001). Segundo este modelo, a evolução profissional dos enfermeiros ocorre por estágios, desde o nível de iniciante até ao de perito, sendo que este último é alcançado após cinco anos, pelo menos, de prática clínica num contexto específico.

O enfermeiro perito desenvolve uma compreensão holística capaz de identificar padrões, antecipar necessidades e tomar decisões clínicas assertivas com base na sua experiência. Essa expertise é construída ao longo do tempo, através da exposição repetida a situações complexas e da reflexão crítica sobre a prática. No contexto deste estudo, a experiência clínica dos participantes é fundamental, dado que os enfermeiros com uma experiência considerável em contexto de saúde infantil têm maior probabilidade de ter vivenciado uma variedade de situações envolvendo a participação dos pais, o que lhes permite refletir de forma mais profunda e crítica sobre o tema (Benner, 2001).

Foi definido como critério de exclusão, enfermeiros a exercer funções em contexto de bloco operatório ou unidade de cuidados pós-anestésicos, uma vez que a presença da figura parental nestes serviços é maioritariamente inexistente ou bastante reduzida durante a prestação de cuidados invasivos à criança. Além disso foram excluídos enfermeiros a exercer funções em contexto de cuidados de saúde primários, dado que a família se encontra sempre presente durante as consultas.

Para esta investigação foi selecionada uma amostra de seis enfermeiros.

3.4 – Recolha de dados

Este estudo adotou a técnica de grupo focal para explorar as perceções dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança. O grupo focal é

uma técnica qualitativa de recolha de dados que visa explorar perceções, opiniões e experiências de um grupo de participantes sobre um tema em específico. Frequentemente utilizada em estudos que exploram sentimentos e experiências dos indivíduos, esta abordagem beneficia da interação entre os membros do grupo, a qual potencia a troca de ideias e a construção de novas reflexões (Galego & Gomes, 2005; Néné & Sequeira, 2022).

Um grupo focal deve ser composto por um mínimo de seis participantes e um máximo de 12 ou 15 participantes (dependendo dos autores), sendo conduzido por um moderador que orienta a discussão de forma estruturada. A representatividade estatística não constitui uma prioridade, sendo valorizada antes a representatividade tipológica (Galego & Gomes, 2005; Néné & Sequeira, 2022).

Na presente investigação, a estratégia de amostra não tem como objetivo alcançar a saturação no sentido tradicional da abordagem qualitativa, mas sim atingir um nível adequado de poder informativo (*informational power*), conforme defendido por Malterud et al. (2016). Estes autores defendem que a dimensão da amostra necessária para produzir conhecimento relevante não é fixa, mas sim contingente a vários fatores metodológicos. Uma questão de investigação bem delimitada, um diálogo de alta qualidade com os participantes e um enquadramento teórico sólido conferem um elevado poder informativo ao estudo, permitindo que um número mais reduzido de participantes seja suficiente.

Com base nestes pressupostos, este estudo será constituído por um único grupo focal dada a diversidade contextual clínica dos participantes e a sua significativa experiência profissional que potencia uma densidade informativa excecional por individuo. Estes alicerces garantem que os dados coletados são mais que suficientes para obter uma análise interpretativa sólida e assim responder aos objetivos definidos.

O moderador de um grupo focal é uma peça chave para o sucesso do diálogo. Este deve dominar a parte introdutória da sessão e as questões orientadoras, para além de apresentar um conjunto de habilidades comunicacionais fundamentais nesta dinâmica. Este deverá proporcionar um ambiente confortável, respeitando as diferentes opiniões dos intervenientes e incentivando a que estes se respeitem mutuamente. O moderador não deve limitar ou impor temas, discutir ideias, justificar ou invalidar opiniões, fazer quebras entre os temas ou desviar o assunto para temas distintos. A sessão termina com o não surgimento de novas temáticas ou ideias, elaborando então uma síntese dos assuntos debatidos e um agradecimento a todos os intervenientes. A moderação deste grupo focal será realizada pelo investigador (Néné & Sequeira, 2022).

Os participantes foram recrutados por via email, por onde seguiu o convite junto com a descrição e objetivo do estudo e o link da reunião via *Microsoft Teams*. Em anexo seguiu-se o Consentimento Informado (Apêndice IV) e um questionário sociodemográfico (Apêndice V) para preenchimento prévio à participação no estudo.

Dada a dispersão geográfica dos participantes, a sessão do grupo focal foi conduzida de forma virtual através da plataforma *Microsoft Teams* proporcionando um maior conforto, acessibilidade e uma melhor gestão de recursos para cada interveniente.

O grupo focal durou cerca de 80 minutos, sendo gravada após a obtenção da autorização dos participantes, para posterior transcrição e análise do conteúdo. Segundo vários autores, a duração média de cada discussão pode ir de 45 a 120 minutos. Todavia, a literatura salienta que este tempo deve ser ajustado em função dos objetivos do estudo e da dimensão do grupo (Leal & Henriques, 2021; Néné & Sequeira, 2022; Soares et al., 2017).

A sessão iniciou com uma breve exposição por parte do moderador, na qual foram elucidados os objetivos e a questão de investigação do estudo. Foi igualmente garantido o estrito cumprimento de todos os protocolos éticos, com especial ênfase para a confidencialidade e o anonimato dos participantes e das suas contribuições.

De seguida, procedeu-se a uma ronda de apresentações individuais, na qual cada participante se identificou com recurso ao nome, idade, serviço onde presta funções e anos de experiência profissional em enfermagem pediátrica.

A discussão principal foi conduzida com base num guião orientador predefinido (Apêndice VI), concebido para abranger todos os tópicos necessários ao cumprimento dos objetivos da investigação. Para minimizar a influência do moderador e evitar vieses nas respostas, a moderação pautou-se pela utilização de questões abertas e neutras, incentivando a livre partilha de experiências e perspetivas por parte do grupo.

A sessão terminou após ter-se verificado que não emergiam novos temas ou contributos, sinalizando o alcance da exaustão da discussão. O encerramento foi efetuado com uma breve síntese dos pontos-chave debatidos e com um agradecimento formal a todos os intervenientes pela sua participação e contributo valioso à investigação.

Aos participantes foram atribuídos códigos de identificação (P1 a P6), de acordo com a ordem da sua primeira intervenção no grupo focal. Os dados caracterizadores correspondentes a cada código encontram-se descritos na tabela abaixo.

Tabela 1- Caracterização da amostra

Participantes	Idade	Serviço onde exercem funções	Experiência (anos)	Grau Acadêmico
P1	39	Internamento médico-cirúrgico pediátrico	8	Licenciatura em enfermagem
P2	32	Internamento cirúrgico pediátrico	9	Especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica
P3	38	Cuidados intensivos pediátricos	14	Licenciatura em enfermagem
P4	42	Cuidados intensivos neonatais	15	Especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediátrica
P5	37	Urgência pediátrica	8	Licenciatura em enfermagem
P6	41	Urgência pediátrica	5	Licenciatura em enfermagem

3.5 – Análise de Dados

A análise estatística dos dados sociodemográficos foi realizada através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão-24.0, IBM Corporation Somers, Nova York, Estados Unidos da América. Para os dados descritivos, foram adotadas medidas de tendência central e suas respectivas medidas de dispersão. No caso das variáveis quantitativas, utilizou-se a média (M), os valores mínimo (Min.) e máximo (Máx.), bem como o desvio padrão (Dp). Para as variáveis nominais e ordinais, optou-se por apresentar as frequências absolutas (n) e percentuais (%).

A análises de dados qualitativos foi realizada tendo por base as etapas propostas pelo método de Análise de Conteúdo de Bardin (2020). De acordo com esta, o método consiste em três etapas fundamentais:

1. Pré-análise, que consiste na organização e leitura flutuante do material transcrito;
2. Exploração do material, que pretende codificar e categorizar os dados, agrupando-os em unidades e categorias;
3. Tratamento dos resultados, inferência e interpretação, onde é realizada a análise crítica das categorias identificadas que visa compreender os significados subjacentes e relacioná-los ao contexto do estudo.

Posteriormente, procedeu-se à utilização do *software* de apoio à análise qualitativa *Nvivo* versão 15 para auxiliar na construção e consequente codificação do material.

A análise foi realizada com rigor e de forma sistemática com o objetivo de garantir a validade e confiabilidade dos resultados. As categorias temáticas foram validadas por dois revisores para, desta forma, assegurar a consistência e a credibilidade dos achados.

3.6 – Considerações Éticas

Para a realização deste estudo de investigação obteve-se o parecer favorável da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Viseu, com o número 12/SUB/2025 (Anexo I).

As entrevistas foram realizadas via Microsoft Teams, utilizando uma conta institucional segura. A gravação e a transcrição dos dados foram armazenadas num ambiente protegido, acessível apenas pelos investigadores responsáveis e eliminadas permanentemente após a transcrição e validação dos dados. Os nomes dos participantes foram codificados, eliminando qualquer identificação pessoal dos mesmos.

Por risco da existência de algum constrangimento nos participantes ao responder às questões, foi garantido aos mesmos que não há respostas certas ou erradas e que o objetivo é partilhar as diferentes perspetivas que visem a melhoria contínua de cuidados.

Não existiu qualquer conflito de interesse em relação aos resultados obtidos na investigação.

4 – Análise dos resultados

No que concerne à análise da caracterização sociodemográfica dos participantes, é possível observar que a idade média foi de aproximadamente 38 anos (\bar{x} = 38,17; Dp =3,544) tendo como mínimo apresentado 32 anos e máximo de 42, sendo o sexo predominante o feminino ($n=5$; 83,30%).

Relativamente aos anos de experiência profissional o mínimo observado foi de 5 anos e o máximo de 15, detendo uma média de aproximadamente 10 anos (\bar{x} = 9,83; Dp =3,869).

O nível de escolaridade mais observado foi a Licenciatura em Enfermagem ($n=4$; 66,70) e apenas dois participantes (33,40%) detinham a Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica.

É importante realçar que os participantes integram tipologia de serviços diferentes, o que poderá conduzir a perspetivas diferentes: internamento pediátrico (P1), internamento pediátrico cirúrgico (P2), UCIP (P3), cuidados intensivos neonatais (UCIN) (P4) e urgência pediátrica (P5 e P6). Na tabela 2 é possível verificar a caracterização sociodemográfica dos participantes que integraram a amostra do grupo focal.

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica dos participantes (n=6)

		<i>N</i>	<i>%</i>	\bar{x}	<i>Dp</i>	<i>Min. - Máx</i>
Idade (anos)		6		38,17	3,544	32,00-42,00
Anos de exercício profissional		6		9,83	3,869	5,00-15,00
Sexo	Feminino	5	83,30			
	Masculino	1	16,70			
Nível de escolaridade	Licenciatura	4	66,70			
	Mestrado	1	16,70			
	Doutoramento					
	Outro	1	16,70			
Especialidade em saúde infantil e pediátrica	Sim	2	33,40			
	Não	4	66,70			

Nota: \bar{x} : Média; DP : Desvio Padrão; *Min*: mínimo; *Máx*: Máximo

Após a análise dos resultados obtidos pela transcrição da sessão do grupo focal, foram identificadas quatro categorias com base na perspetiva dos enfermeiros sobre a presença dos

pais durante a prestação de cuidados invasivos: presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos, elementos condicionantes, benefícios da presença dos pais e estratégias de apoio à sua presença.

Categoria 1 – Presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança

Esta categoria contempla as perceções dos participantes relativamente à frequência com que os pais estão presentes durante a realização de procedimentos invasivos à criança, de acordo com as práticas instituídas e experiências vivenciadas nos diferentes contextos de prestação de cuidados.

Pode-se constatar que todos os profissionais referem dar a opção aos pais para permanecerem junto dos seus filhos durante a prestação destes cuidados. Segundo estes, a maioria dos pais pretende manter-se presente, contudo alguns pais “não têm coragem” e “não querem estar presentes” (P1) nomeadamente em “questões de reanimação” (P2) ou outros procedimentos mais invasivos.

Enfermeiros que exercem funções em contexto de cuidados intensivos (P3, P4) referem que em procedimentos que visam condições de maior assepsia ou mesmo uma maior “agressividade visual” convidam a figura parental a ausentar-se como é o caso de colocação de acessos centrais, procedimentos que pressupõe intubação endotraqueal ou situações de reanimação

Tabela 3 - Unidades de registo segundo a categoria presença dos pais durante os cuidados invasivos

Categoria	Presença dos pais durante os cuidados invasivos
Subcategoria	Pais presentes
Unidades de registo	<p>P1: “No meu serviço os pais estão presentes sempre que que quiserem. (...) é uma opção deles.”</p> <p>P2: “... costumamos perguntar aos pais, explicar [o procedimento], por norma e regra geral, eles querem participar”;</p> <p>P3: “...se os pais fizerem questão e afirmarem que querem estar, nós permitimos sempre. (...) [Em procedimentos como] punções, colocar sondas vesicais e esse tipo de coisas, nós permitimos que os pais estejam se quiserem...”</p> <p>P4: “..., eu pergunto aos pais qual é a vontade deles. Alguns aceitam e querem ficar, há outros que preferem não estar presentes...”</p>

	<p>P5: “... os pais estão sempre [presentes]... um dos pais, ou um acompanhante”</p> <p>P6: “...temos presentes os pais em todas as situações, (...) só deve estar um dos pais até por causa de toda a logística...”</p>
Subcategoria	Pais não presentes
Unidades de registo	<p>P1: “Alguns automaticamente dizem logo que não têm coragem, que não querem estar presentes.”</p> <p>P2: “... nalgum procedimento mais invasivo às vezes não eles não ficam presentes ... muitos deles optam por sair.”</p> <p>P3: “Não há exclusão dos pais, mas ainda há cuidados que nós por vezes convidamos, mesmo pela agressividade visual e dos cuidados que são, que convidamos a sair ... normalmente também a maioria dos pais aceita logo, prefere não ficar. (...) [Em procedimentos como a colocação de] cateteres centrais, intubações a ponto de cuidados intensivos, nós aí pedimos sempre para sair de forma geral. (...) Se nos casos de reanimação os pais ficam presentes ou não. Isso também é uma discussão que já surgiu no nosso serviço várias vezes, só que a grande questão é se temos alguém disponível para acompanhar estes pais durante um processo de reanimação...”</p> <p>P4: “...contexto de reanimação não estão [presentes] mesmo que seja intubação eletiva (...) em punções venosas para colheitas, para colocação de cateteres centrais aí depende um bocadinho do enfermeiro que está com a criança e dos pais, que também às vezes os pais escolhem não ficar.”</p> <p>P5: “... são poucas as exceções em que nós nos apercebemos, que talvez o pai ou acompanhante queira sair...”</p>

Categoria 2 – Elementos condicionantes da presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança

Esta categoria integra as perceções dos participantes relativamente às circunstâncias que condicionam a presença dos pais durante a realização de procedimentos invasivos. Foram referidos aspetos relacionados com a idade da criança, o tipo de procedimento invasivo, o perfil dos pais, o tempo disponibilizado, as condições dos contextos clínicos e a própria influência da equipa de enfermagem.

Quanto à idade da criança, os enfermeiros referem que crianças em idade escolar apresentam grandes benefícios durante a presença parental proporcionando-lhes um “suporte emocional” (P6). Já os recém-nascidos “não têm perceção” (P6) da ausência dos pais, não se verificando o mesmo impacto direto da sua presença. Nos adolescentes, P2 e P5 referem a

importância de respeitar a sua vontade, dando-lhes autonomia para a tomada de decisão relativamente à presença ou não dos pais.

No que diz respeito à influência do tipo de procedimento invasivo, P3 consta que em procedimentos como punções venosas e introdução de sondas vesicais, os pais permanecem em contacto com a criança. Porém consta que em procedimentos mais invasivos como a implantação de cateteres centrais, tubos endotraqueais e, por vezes, em situações de reanimação os pais permanecem ausentes. P2 e P4 corroboram a informação referida por P3, dizendo que a presença parental não é verificada nos procedimentos de reanimação.

Outro dos aspetos salientados pelos participantes (P1, P2, P3, P5 e P6) é a ansiedade dos pais durante a realização de procedimentos invasivos, que em alguns casos pode comprometer o próprio procedimento e afetar “o bem-estar da criança” (P3). Contudo, P1 refere que “pais assertivos, que depois de uma explicação, consigam perceber qual a necessidade do procedimento em si...” torna-se vantajosa a sua presença para a criança.

O tempo disponibilizado para a realização do procedimento constitui um elemento condicionante na medida em que a presença dos pais pode implicar um prolongamento do procedimento, tornando-se “mais traumático” (P2) para a criança. Além disso, os enfermeiros referem pouca disponibilidade para fornecer explicações detalhadas (P1, P6), principalmente quando se trata de situações de emergência. P5 consta que o ideal seria existir uma maior disponibilidade para negociar os cuidados com os pais.

P2, P3, P5 e P6 salientam a falta de condições estruturais e logísticas dos contextos clínicos para a presença dos dois pais em simultâneo durante a prestação de cuidados invasivos, referindo assim que estas limitações constituem um elemento condicionante relevante para a presença parental.

Os participantes desta investigação identificaram que a postura de cada enfermeiro e da própria equipa de enfermagem pode condicionar a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança. P2, P3, P5 e P6 abordam que stress sentido pela presença dos pais pode influenciar a concretização do procedimento. Porém, P4 refere que a experiência profissional tende a atenuar estas emoções, permitindo lidar com maior tranquilidade e normalidade com a presença parental.

Tabela 4 - Unidades de registo segundo a categoria elementos condicionantes da presença dos pais durante os cuidados invasivos

Categoria	Elementos condicionantes da presença dos pais durante os cuidados invasivos
Subcategoria	Influência da idade da criança
Unidades de registo	<p>P6: "...com as crianças mais pequenas, eles até aceitam [a saída dos pais], porque elas não têm a perceção que eles [pais] vão embora."</p> <p>P3: " ... se falamos de um bebé recém-nascido que nós conseguimos controlar muito bem sem os pais (...) mas se for uma criança em idade escolar não tem qualquer benefício os pais saírem..."</p> <p>P6: "Os mais crescidos já não é tão bem assim e depois torna se calhar mais difícil para nós trabalharmos com eles, porque não estão lá os pais para falar e para terem o suporte emocional que queriam ter (...) É a primeira vez que nos estão a ver. (...) Os jovens (...) podem decidir se querem fazer sozinhos ou com os pais."</p> <p>P2: "... a questão dos adolescentes e na nessa faixa etária já costumamos perguntar se eles querem ou não a presença dos pais, se sentem confortáveis, e a maior parte quer a presença dos pais."</p> <p>P5: "... eu sinceramente só vejo vantagens em os pais estarem presentes, independentemente da faixa etária, (...) se falarmos em adolescentes e eles próprios decidem, (...) se dermos essa hipótese, (...) eles optam sempre por ficar."</p>
Subcategoria	Influência do tipo de procedimento invasivo
Unidades de registo	<p>P3: "... punções, colocar sondas vesicais e esse tipo de coisas, nós permitimos que os pais estejam se quiserem..."</p> <p>P2: "...não ficam presentes, nomeadamente nas questões de reanimação "</p> <p>P3: "... [colocação de] cateteres centrais, entubações a ponto de cuidados intensivos, nós aí pedimos sempre para sair de forma geral, (...) se nos casos de reanimação os pais ficam presentes ou não: isso também é uma discussão que já surgiu no nosso serviço várias vezes".</p> <p>P4: "...contexto de reanimação não estão [presentes] mesmo que seja intubação eletiva, (...) em punções venosas para colheitas, para colocação de cateteres centrais aí depende um bocadinho do enfermeiro que está com a criança e dos pais, que também às vezes os pais escolhem não ficar."</p>
Subcategoria	Influência do perfil dos pais
Unidades de registo	<p>P1: "...alguns [pais] automaticamente dizem logo que não têm coragem, (...)há pais que são mais stressados por natureza, que às vezes ainda ficam mais aflitos que os próprios filhos.</p>

	<p>(...) Pais assertivos que depois de uma explicação, consigam perceber qual a necessidade do procedimento em si, eu acho que é sempre vantajoso.”</p> <p>P2: “... quando os pais são realmente muito ansiosos é que acho que dificulta um bocadinho o tranquilizar a criança e o processo todo em si...”</p> <p>P6: “... por vezes se forem pais stressados não nos vão trazer vantagem nenhuma, e então é melhor nós conseguirmos fazer aqui o procedimento sem os mesmos.”</p> <p>P5: “... nessas situações em que um dos pais está mais nervoso, mais ansioso e aí que nós convidamos a querer se ausentar...”</p> <p>P3: “... temos que dizer se calhar é melhor sair, porque já está a pôr em causa o próprio procedimento e o próprio bem-estar da criança com a ansiedade e com as questões, (...) o facto de só ser internamento em cuidados intensivos, há uma ansiedade muito grande. (...) Os pais estarem presentes, não é isso que me incomoda, mas depois como é que são os pais (...) é que vai influenciar um bocadinho o procedimento em si.”</p>
Subcategoria	Influencia do tempo
Unidades de registo	<p>P2: “... é prolongar o tempo do procedimento em si e acaba por ser um bocadinho mais traumático ...”</p> <p>P4: “... relativamente ao tempo que se demora, isso é certo com a presença dos pais.”</p> <p>P1: “Nem sempre temos o tempo todo mundo para conseguir explicar as coisas da forma mais calma...”</p> <p>P5: “Se nós realmente conseguíssemos ter o tempo desejado (...) em que até podemos ter aqui algum tempo [para] (...) negociar, falar ou explicar “</p> <p>P6: “ mas às vezes entram situações em que nós temos que atuar, não vamos estar a perder ali [tempo] a explicar ao pai para fazer porque senão estamos a perder tempo com aquela situação e não resolvemos a situação”.</p>
Subcategoria	Influencia das condições dos contextos clínicos
Unidades de registo	<p>P3: “...por logística do serviço e não temos condições para ter os dois pais de todas as crianças dos cuidados intensivos toda a noite”</p> <p>P5: “...Têm que ser criadas condições porque lá está, a lei diz que é devem estar e que podem estar os dois [pais] e não temos condições”</p> <p>P2: “... enquanto instituições que não temos condições para que estejam os dois pais presentes...”</p> <p>P6: “... no hospital é que temos um protocolo e uma lei interna que diz que só deve estar um dos pais até por causa de toda a logística, não temos espaço para toda a gente estar...”</p>
Subcategoria	Influência dos enfermeiros/equipa de enfermagem

Unidades de registo	<p>P5: “Mais uma pessoa que está a olhar para nós, a olhar para o que nós estamos a fazer, (...) se eu pudesse fazer tudo à criança sem ter os pais, claro que sim, mas lá está, a vantagem que as crianças têm de os ter ao lado supera claro a nossa preferência”</p> <p>P2: “na maior parte dos procedimentos realmente invasivos pudésemos não ter os pais para nós é era menos um fator de stress”</p> <p>P3: “...se estamos no início de carreira, nos primeiros contactos com crianças e procedimentos invasivos que fazemos, acho que os pais são um fator de stress (...) na execução, (...) ao longo dos anos vamos ganhando experiência e que passa a ser o normal”</p> <p>P4: “...É a experiência que temos, porque eu acho que isso também nos dá mais alguma calma e alguma tranquilidade para lidar com a presença dos pais”</p> <p>P6: “...um dos grandes medos que nós temos é a interferência dos pais naquele procedimento”</p>
---------------------	--

Categoria 3 - Benefícios da presença dos pais durante os cuidados invasivos

Esta categoria reúne as percepções dos enfermeiros relativamente às vantagens associadas à presença parental durante procedimentos invasivos realizados à criança.

Foram destacados contributos positivos para a criança, proporcionando-lhe uma maior segurança emocional com a presença dos pais ao ter “o conforto de alguém conhecido” (P1) proporcionando “tranquilidade e segurança” (P3) à criança.

Para além disso, nos lactentes, “o facto de colocar a criança à mama para aliviar a dor durante a realização de procedimentos” (P4) traz benefícios para a criança e para os pais, que ficam menos ansiosos por não ver o seu “filho [a] sofrer” (P4).

A presença dos pais pode desencadear benefícios também para o enfermeiro uma vez que permite “criar uma boa relação entre a equipa e a própria família” (P3), estabelecendo mais facilmente “uma relação empática e de colaboração” (P3).

Tabela 5 - Unidades de registo segundo a categoria benefícios da presença dos pais durante os cuidados invasivos

Categoria	Benefícios da presença dos pais durante os cuidados invasivos
Subcategoria	Segurança emocional para a criança

Unidades de Registo	<p>P1: “alguns que só ficam a agarrar a mão do filho para tentar dar o apoio, mas acho que é essencial para os miúdos, até para os adolescentes, porque acabam por ter ali o conforto de alguém conhecido”</p> <p>P3: “... a grande vantagem da presença dos pais é a figura de segurança. Têm alguém conhecido em que eles sentem a segurança que não sentem connosco (...) transmite tranquilidade e segurança”</p> <p>P4: “Vai ter sempre alguém ao lado a dar a mão e para quem possa olhar”</p> <p>P6: “que é vantajoso estarem os pais, (...) o suporte emocional da criança”</p> <p>P5: “...é a segurança que o pai ou a mãe ou quem seja, que lhe possa dar.”</p>
Subcategoria	Controlo da dor
Unidades de Registo	<p>P4: “O facto de colocar a criança à mama para aliviar a dor durante a realização de procedimentos, (...) colheitas que sejam feitas a quatro mãos, ou seja, um enfermeiro para fazer as colheitas e outra pessoa para consolar o bebé: para lhe fazer contenção, para lhe colocar a chupeta, para lhe dar sucrose. (...) o alívio da dor, que eu acho que o pior medo do pai é ver o filho sofrer, (...) dar o espaço deles para desempenharem o papel de pais, que é confortar o bebé ou já a criança...”</p> <p>P3: “...as estratégias de controle da dor são uma parte muito importante (...)se usarmos estratégias e funcionam e [para] os pais há uma diminuição da ansiedade por parte tanto da criança como dos pais e isso para uma situação futura já é um avanço...”</p>
Subcategoria	Relação de confiança
Unidades de Registo	<p>P3: “... criar uma boa relação entre a equipa e a própria família quando os pais estão presentes em determinados procedimentos, (...) mais fácil é a criação de uma relação empática e de colaboração. (...) o facto de estarem presentes às vezes tem vantagens nesse aspeto...”</p> <p>P3: “Eu pergunto sempre, como é que fazem em casa que é para criar logo ali alguma empatia inicial...”</p>

Categoria 4 – Estratégias para a gestão da presença dos pais durante os cuidados invasivos

Esta categoria contempla as práticas e abordagens referidas pelos participantes com o objetivo de integrar, apoiar e orientar os pais durante a realização de procedimentos invasivos à criança. Entre as estratégias destacam-se a importância da negociação com os pais, o desenvolvimento de protocolos, o estabelecimento de rácios adequados na equipa e a formação da própria equipa de enfermagem aliado à mudança de paradigma.

A negociação foi apontada pelos enfermeiros como uma estratégia fundamental, envolvendo a explicação prévia do procedimento para assim “evitar...conflitos” (P3) futuros. Segundo P2 e P4, a explicação da importância do procedimento “vai melhorar a experiência de todos” (P2), proporcionando tranquilidade aos pais.

A existência de protocolos institucionais que uniformizem a prática clínica, promove segurança e diminui a desconfiança dos pais em relação à realização de procedimentos de formas distintas por parte dos profissionais. P6 refere “tem que haver essa preparação da equipa, tem que haver esses protocolos institucionais, tem que haver essas estratégias todas a ser implementadas”. P3 aborda as dificuldades sentidas na criação de uma relação com os pais quando existem desconfianças: “já são pais difíceis ou com uma relação difícil, tudo funciona para complicar ainda mais”.

No que toca aos rácios adequados, os participantes destacam esta estratégia como determinante, garantindo desta forma disponibilidade para “conseguir explicar [aos pais os procedimentos] de forma mais calma” (P1) e, assim, “ter o tempo desejado [para] negociar, falar ou explicar”(P5) o que será realizado.

Por último, salientou-se a importância da preparação das “equipas no momento de integração” (P3) para a integração da família nos cuidados, tornando isto “um trabalho de cooperação e dualidade” (P3). Além disso, a mudança de mentalidade das equipas de enfermagem foi outra estratégia sugerida. P5 refere “...devemos começar por nós (...) dar o exemplo para os pais lá estarem presentes e mostrar que realmente só há vantagens para os pais estarem [presentes]”. P2 acrescenta “ pessoalmente também penso que a nível de equipas temos ainda um longo caminho a percorrer”.

Tabela 6 - Unidades de registo segundo a categoria estratégias para a gestão da presença dos pais durante os cuidados invasivos

Categoria	Estratégias para a gestão da presença dos pais durante os cuidados invasivos
Subcategoria	Negociação com os pais

Unidades de Registo	<p>P3: "...fazer com esses pais é negociar bem antes de começar a fazer, (...) tentar essa negociação para evitar depois conflitos"</p> <p>P2: "... acho que se negociarmos e explicarmos aos pais realmente o procedimento, importância do procedimento e de que forma que eles podem ou não colaborar connosco também vai melhorar a experiência de todos"</p> <p>P5: "se nós conseguíssemos (...) negociar, falar ou explicar porque é que eu vou fazer assim..."</p> <p>P6: "a parte da negociação, isso é essencial (...) Muitas vezes é uma estratégia muito boa..."</p> <p>P4: "...é também a antecipação daquilo que vai acontecer, se nós anteciparmos, explicarmos, negociarmos, eu acho que eles vão se vão estar mais tranquilos e vão conseguir ajudar-nos mais na realização destes procedimentos invasivos"</p>
Subcategoria	Desenvolvimento de protocolos
Unidades de Registo	<p>P6: "... no nosso hospital também temos alguns protocolos, e já toda a gente funciona da mesma forma, toda a gente segue aquele protocolo, (...) tem que haver essa preparação da equipa, tem que haver esses protocolos institucionais, tem que haver essas estratégias todas a ser implementadas"</p> <p>P3: "...a protocolização dos procedimentos (...) desde que isso foi feito no serviço, que se nota que as pessoas trabalham mais de forma uniforme, (...) porque o facto de vir um e faz de uma maneira e vem outro e faz de outra, cria desconfiança (...) Às vezes isso já são pais difíceis ou com uma relação difícil, tudo funciona para complicar ainda mais..."</p>
Subcategoria	Rácios adequados
Unidades de Registo	<p>P1: "... claro que o rácio enfermeiro-utente também era importante que fosse adequado. Nem sempre temos o tempo todo mundo para conseguir explicar as coisas da forma mais calma..."</p> <p>P5: "foi de facto aumentar os rácios, (...) Se nós realmente conseguíssemos ter o tempo desejado [para] negociar, falar ou explicar porque é que eu vou fazer assim, embora haja colegas que até possam fazer outra forma..."</p> <p>P6: "O aumento dos rácios (...) claro que somos poucos pouquíssimos para tudo..."</p> <p>P4: "... acho que os rácios sim, é uma questão importante, deve sempre haver mais gente e acaba por facilitar uma série de situações relativamente ao psicológico"</p>
Subcategoria	Formação da equipa de enfermagem
Unidades de Registo	<p>P3: "... se nós prepararmos as equipas no momento da integração logo: este é um trabalho de cooperação e de dualidade, portanto, é sempre a criança e os pais, nunca a criança sozinha. Isso depois surge, naturalmente". (...) Falamos também da mentalidade da própria equipa de enfermagem, é o primeiro passo que somos só nós que temos que mudar nós próprios, (...)</p>

devemos começar por nós, principalmente, portanto, começar com a nossa própria mentalidade e acho que é uma questão de hábito”

P5: “...devemos começar por nós (...) dar o exemplo para os pais lá estarem presentes e mostrar que realmente só há vantagens para os pais estarem [presentes]”

P2: “ pessoalmente também penso que a nível de equipas temos ainda um longo caminho a percorrer.”

5 – Discussão

O presente estudo teve como objetivo conhecer a perspectiva dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança, analisando a frequência da presença dos mesmos, os elementos que influenciam essa presença, os benefícios e as estratégias para melhorar a experiência de todos os envolvidos.

No que concerne à frequência da presença dos pais durante os cuidados invasivos à criança, os participantes referiram que os acompanhantes habitualmente permanecem junto da criança durante a realização dos procedimentos desde que assim o desejem. Nos contextos mais críticos, como UCIP e UCIN, a presença é mais limitada em situações de alta complexidade, como nos casos de intubação, reanimação ou procedimentos mais complexos que exijam questões de assepsia especiais. Já no internamento e na urgência pediátrica, a presença é encorajada e os pais até solicitam a permanência de ambos, apesar dos fatores organizacionais das unidades não o permitirem, contudo convidam os pais a sair em caso de reanimação.

Desta forma pode-se refletir que o tipo de procedimento invasivo é um elemento que condiciona a presença dos pais, sendo que quanto mais invasivo e emergente for o procedimento, menor é a tendência para a sua permanência. Um estudo realizado em contexto de hospitalização pediátrica refere que a permissão para a presença parental durante os cuidados mais invasivos é apenas concedida em ocasiões raras (Ventura Expósito et al., 2024). De acordo com Ponthier et al. (2020), em neonatologia, a maioria dos profissionais de saúde não permite a presença parental durante os procedimentos mais complexos como colocação de cateter venoso central, punção lombar, extubação ou intubação, contudo incentivam a permanência dos mesmos em procedimentos mais comuns como colocação de sonda nasogástrica, colheita de sangue capilar ou punção venosa, com vista às vantagens decorrentes da sua presença para a criança.

Este estudo evidencia que a idade da criança constitui igualmente um elemento condicionante, uma vez que os recém-nascidos demonstram maior facilidade de consolo comparativamente a crianças mais velhas. Estas últimas, devido ao seu desenvolvimento, apresentam uma perceção mais acentuada da presença ou ausência dos pais ou figuras de referência. Refere-se ainda que, conforme relatado pelos participantes, os adolescentes são frequentemente envolvidos na decisão, optando na maioria dos casos pela permanência dos pais durante os procedimentos invasivos.

O perfil dos pais pode ser uma característica que facilite ou impeça a presença dos mesmos durante os cuidados. Segundo o abordado pelos enfermeiros neste grupo focal, pais ansiosos e stressados podem influenciar negativamente todo este processo, transmitindo o próprio estado de espírito à criança e por vezes para o próprio profissional, aumentando o tempo de duração do procedimento e prolongando o momento traumático para a criança, fazendo com que os profissionais de saúde fiquem renitentes à presença dos familiares.

Vários estudos reforçam a ideia de que a ansiedade dos pais pode ser considerada um obstáculo para a permanência destes durante os cuidados invasivos à criança (Abukari & Schmollgruber, 2024; Ponthier et al., 2020; Ventura Expósito et al., 2024). Contudo, de acordo com os participantes, os pais assertivos e colaborativos representam um papel crucial na estabilização emocional da criança, na otimização da prestação de cuidados e na diminuição da dor provocada pelo procedimento. Investigações corroboram esta ideia afirmando que as crianças lidam melhor com a hospitalização quando os seus pais participam nos cuidados, representando uma figura de segurança para os mesmos, levando a uma menor resistência e um maior conforto durante os procedimentos (Handayani et al., 2020; Shdaifat et al., 2022; Ventura Expósito et al., 2024). Além disso, a própria presença reduz significativamente o nível de dor da criança sentida no decorrer dos cuidados invasivos (Azak et al., 2022; Ponthier et al., 2020).

Os relatos dos enfermeiros sugerem que a exclusão dos pais dos contextos de cuidados invasivos pode desencadear respostas emocionais adversas, caracterizadas por elevada angústia psicológica e uma profunda sensação de desamparo, comprometendo o seu papel como figuras de suporte para a criança e criando barreiras no desenvolvimento de uma relação de confiança com a equipa. A literatura evidencia que os pais que acompanham os procedimentos desenvolvem uma relação mais transparente e de confiança com os profissionais, compreendendo melhor os cuidados prestados e facilitando a transição saúde-doença (Ventura Expósito et al., 2024).

Esta dicotomia comportamental parental entre a ansiedade incapacitante e a colaboração assertiva, revela a importância da realização de uma avaliação individualizada pelo enfermeiro. Como observado neste estudo, os participantes referem que os pais se constituem parceiros ativos no processo, quando o procedimento é devidamente explicado e há uma negociação prévia dos cuidados, contribuindo para uma gestão de expectativas parentais. Tudo isto pode conduzir a uma redução da resistência da criança ao procedimento, à criação de um ambiente terapêutico mais seguro e à humanização dos cuidados de saúde pediátricos.

Participantes deste estudo indicam que, particularmente em contextos de emergência, a escassez de tempo para a realização de procedimentos agrava quando é necessário incluir a preparação e explicação do mesmo aos pais. Face a esta constatação, os participantes sugerem um aumento dos rácios, permitindo um acompanhamento parental mais adequado e, além disso, a presença sistemática de psicólogos para assegurar o apoio emocional necessário aos pais em momentos de elevada vulnerabilidade como é o caso das reanimações, tal como é sugerido por Ventura Expósito et al. (2024).

Os resultados do estudo reconhecem que a presença dos pais durante os procedimentos invasivos pode, inicialmente, gerar uma sensação de maior pressão no exercício profissional. Contudo, salientam que esta perceção se vai dissipando à medida que adquirem maior segurança na concretização dos cuidados centrados na família, transformando a ansiedade inicial em confiança profissional. Opinião essa que vai de encontro ao conceito defendido por Benner (2001), onde menciona que a progressão de enfermeiro principiante para perito caracteriza-se precisamente por uma maior capacidade de integrar múltiplas variáveis, neste caso a presença dos pais, no processo assistencial.

Paralelamente a isto, outros enfermeiros participantes destacam que a resistência à presença parental durante os procedimentos invasivos persiste em alguns profissionais, fenómeno amplamente documentado na literatura (Abukari & Schmollgruber, 2024; McAlvin & Carew-Lyons, 2014; Ponthier et al., 2020; Shdaifat et al., 2022; Ventura Expósito et al., 2024). Estudos comparativos revelam que esta postura pode variar consoante fatores como a idade e a formação académica dos enfermeiros, sugerindo a importância do investimento em formação para ajudar os profissionais a desenvolverem as competências comunicacionais necessárias para a gestão dos cuidados centrados na família.

A amostra defende a uniformização de práticas através da implementação de protocolos clínicos padronizados, alinhados com os princípios dos cuidados centrados na família, que visem estabelecer diretrizes claras sobre a participação parental e promover equidade nos cuidados invasivos prestados, de modo que todos os profissionais o façam de forma semelhante, evitando também conflitos gerados pela disparidade na realização de procedimentos.

A realização deste estudo constata que os enfermeiros permitem a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança, reconhecendo todas as vantagens que esta proporciona para a criança e sua família, no entanto, consideram que existem algumas dificuldades com potencial de ser superadas para a permissão da permanência constante dos pais.

6 – Conclusão

No decurso desta investigação identificou-se que a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança é cada vez mais frequente e apresenta benefícios para a criança, pais e enfermeiro. Contudo, este estudo também refere alguns desafios decorrentes desta prática que com as estratégias certas a implementar serão facilmente superados tendo sempre em conta a maximização do bem-estar e saúde da criança e sua família.

A análise dos resultados obtidos foi corroborada com a evidência científica atual que aferiu que a decisão de incluir os pais não é uniforme, mas sim adaptada a cada situação clínica e dinâmica familiar, porém quando esta é negociada e quando o procedimento é previamente explicado apresenta um maior número de vantagens para a criança. Assim, a frequência da permanência dos pais varia conforme o contexto, sendo influenciada por fatores como a idade da criança, o tipo de procedimento invasivo e o perfil dos pais. Quanto aos benefícios, a presença parental mostrou-se crucial para a segurança emocional da criança, o controlo da dor e o fortalecimento da relação de confiança com a equipa, reforçando o valor humanizador dessa prática.

Contudo, as barreiras identificadas – como a ansiedade dos pais, condições físicas inadequadas, a carga emocional vivenciada pelos enfermeiros e a mentalidade tradicional de algumas equipas – demonstram ter algum peso na decisão dos profissionais. Esses obstáculos apontam para a necessidade de mudanças estruturais e culturais nos ambientes de saúde. Nesse sentido, as estratégias propostas pelos enfermeiros, como a negociação com as famílias, a criação de protocolos claros, o ajuste de rácios profissionais e a formação contínua das equipas, emergem como soluções práticas para equilibrar benefícios e desafios.

Como limitação, este estudo constitui a primeira investigação qualitativa realizada pelo investigador de acordo com a metodologia *focus group* e segundo a análise de conteúdo de Bardin (2020). Esta inexperiência inicial poderá ter condicionado, em alguma medida, a profundidade da moderação do grupo e a exploração de certos tópicos durante a discussão, contudo foi sempre procurado o rigor máximo na análise e utilização dos métodos do estudo.

Como recomendações futuras, sugere-se o desenvolvimento de estudos mistos que aprofundem esta temática implementando as estratégias supracitadas, abrangendo diferentes contextos assistenciais e perspetivas, de modo a fortalecer a base científica que orienta a tomada

de decisão dos profissionais de saúde. Assim, será possível promover um cuidado mais humanizado e alinhado às necessidades das crianças e suas famílias.

Considerações Finais

A trajetória formativa realizada no decorrer do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, apresentada neste relatório, representou não apenas um compromisso com a excelência profissional, mas também uma aprendizagem contínua sobre o cuidar centrado na criança/jovem e na família. Durante este percurso, o foco esteve em integrar evidência científica, sensibilidade clínica e valores éticos para garantir que cada intervenção de enfermagem implementada respeitasse a dignidade, os direitos e as necessidades emocionais da criança/jovem e sua família.

Os objetivos propostos na introdução deste relatório foram cumpridos, nomeadamente a descrição das atividades desenvolvidas nos três diferentes campos de estágio (Neonatologia, Internamento cirúrgico e Cuidados Intensivos Pediátricos), a reflexão crítica sobre a experiência adquirida e o contributo desta no desenvolvimento de competências comuns e específicas do EESIP e a identificação da perceção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança.

Esta jornada reforçou a convicção de que a enfermagem pediátrica é uma prática que exige escuta ativa, adaptabilidade e parceria com as famílias, princípios que orientaram o meu caminho durante o período de estágio e também durante o processo de investigação do estudo concretizado.

Pretendo ainda destacar a diversidade e profundidade dos contextos clínicos, bem como o compromisso, orientação especializada e suporte excepcional demonstrado pelas Enfermeiras Tutoras, que criaram oportunidades para experiências práticas variadas e transformadoras. Essas vivências não apenas ampliaram o repertório técnico, mas também fomentaram reflexões profundas e uma dinâmica de aprendizagem, fazendo uma ponte entre a componente teórica e a prática clínica.

Ao longo deste percurso formativo, foi possível desenvolver e consolidar competências profissionais essenciais para o exercício da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Apesar de não exercer funções atualmente em contexto pediátrico, empenhei-me ativamente em aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem, participando com dedicação nas diversas experiências clínicas proporcionadas pelos estágios. Este compromisso refletiu-se no desejo de absorver conhecimentos e habilidades que possam fundamentar a minha futura prática como EESIP, assegurando um cuidado de excelência.

Entre as competências adquiridas, destaco a capacidade de adaptação aos diferentes contextos clínicos, bem como a construção de relações empáticas com as crianças e suas famílias. Estas habilidades não só enriqueceram o meu desenvolvimento profissional, como reforçaram a importância de um cuidado centrado na família, adaptado às necessidades específicas de cada criança e contexto. Esta experiência permitiu-me compreender, na prática, os desafios e as recompensas inerentes à enfermagem pediátrica, consolidando o meu compromisso com uma formação contínua e uma prática baseada em evidências, sempre com foco no bem-estar integral da criança e no apoio à família.

A componente de investigação veio dar resposta ao meu interesse em perceber melhor a perceção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos reforçando as observações práticas identificadas durante os estágios. A análise identificou quatro eixos centrais a frequência da presença parental, os elementos condicionantes, os benefícios e as estratégias a implementar de forma a melhorar a perceção de todos os envolvidos.

Os resultados do estudo também apontaram desafios estruturantes, como a ansiedade parental que interfere no procedimento, as resistências de algumas equipas, o défice de profissionais no exercício de funções e as políticas organizacionais que nem sempre permitem a presença dos dois pais em simultâneo. Com o objetivo de superar as adversidades, estratégias como a negociação prévia com as famílias, a formação contínua em comunicação terapêutica e o ajuste de rácios profissionais foram propostas, alinhadas às observações práticas realizadas. A experiência em estágio demonstrou que a participação ativa de pais em procedimentos invasivos como punções venosas e tratamentos de feridas reduz a ansiedade infantil e facilita a adesão ao tratamento, reforçando a importância de incluí-los como parceiros na nossa prática.

Em suma, finalizo o meu percurso enquanto estudante do MESIP orgulhosa do caminho percorrido e grata por todas as oportunidades proporcionadas e pelo contributo valioso da Professora Orientadora que foi fundamental no acompanhamento ao longo desta trajetória formativa. Este relatório não só consolida aprendizagens fundamentais para a enfermagem pediátrica, mas também reforça a interdependência entre evidência científica e prática clínica. A presença dos pais durante cuidados invasivos, quando bem gerida, transcende o cumprimento de um direito legal – torna-se um pilar para um cuidado verdadeiramente centrado na família, onde segurança clínica e empatia coexistem.

Com a finalização deste trabalho espera-se que o mesmo contribuía na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e sua família, promovendo a

humanização dos cuidados, identificando boas práticas e possíveis áreas de intervenção, indo de encontro a uma das competências comuns do enfermeiro especialista: desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Referências Bibliográficas

- Abukari, A. S., & Schmollgruber, S. (2024). Perceived barriers of family-centred care in neonatal intensive care units: A qualitative study. *Nursing in Critical Care*, 29(5), 905–915. <https://doi.org/10.1111/nicc.13031>
- Azak, M., Aksucu, G., & Çağlar, S. (2022). The Effect of Parental Presence on Pain Levels of Children During Invasive Procedures: A Systematic Review. *Pain Management Nursing*, 23(5), 682–688. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2022.03.011>
- Bardin, L. (2020). *Análise de Conteúdo* (4.^a ed.). Almedina.
- Batalha, L., & Mendes, V. (2013). Adaptação cultural e validação da versão portuguesa da Escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R). *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(11), 7–17. <https://doi.org/10.12707/RIII12101>
- Benner, P. (2001). *De Iniciado A Perito*. Quarteto Editora. <https://pt.scribd.com/document/374182193/De-Iniciado-a-Perito>
- Committee On Hospital Care And Institute For Patient And Family Centered Care. (2012). Patient and family centered care and the pediatrician's role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>
- Cousins, S., Blencowe, N. S., & Blazeby, J. M. (2019). What is an invasive procedure? A definition to inform study design, evidence synthesis and research tracking. *BMJ Open*, 9(7), e028576. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-028576>
- Debillon, T., Zupan, V., Ravault, N., Magny, J. F., & Dehan, M. (2001). Development and initial validation of the EDIN scale, a new tool for assessing prolonged pain in preterm infants. *Archives of Disease in Childhood. Fetal and Neonatal Edition*, 85(1), F36-41. <https://doi.org/10.1136/fn.85.1.f36>

- Fortin, M.-F. (2003). *O processo de investigação: Da concepção à realização* (3ª edição). Lusociência.
- Galego, C., & Gomes, A. (2005). Emancipação, ruptura e inovação: O “focus group” como instrumento de investigação. *Revista Lusófona de Educação*, 5(5), Artigo 5. <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/1012>
- González, L., Caravaca, I., García, C., & Querol, M. (2023). A presença dos pais durante procedimentos pediátricos invasivos: Depende de quê? *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 31, e3828. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6101.3829>
- Handayani, A., Helena, N., & Daulima, C. (2020). Parental presence in the implementation of atraumatic care during children’s hospitalization. *Pediatric Reports*, 12, 11–14.
- Instituto de Apoio à Criança. (1988). *Carta da Criança Hospitalizada*.
- Leal, L. A., & Henriques, S. H. (2021). Guia norteador para condução de grupo focal na identificação de competências gerenciais: Relato de experiência. Em L. Fornari, E. S. Fernandes De Oliveira, C. Oliveira, B. M. Faria, J. Ribeiro, & E. D. F. R. Higa, *New Trends in Qualitative Research* (1.ª ed., Vol. 8, pp. 890–897). Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.890-897>
- Lopes, L., Vaccari, A., Rodrigues, F., & Herber, S. (2020). Vivências paternas na realização da posição canguru com recém-nascidos de baixo peso. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série(Nº 3), e20033. <https://doi.org/10.12707/RV20033>
- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies: Guided by Information Power. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. <https://doi.org/10.1177/1049732315617444>
- Manworren, R. C. B., & Hynan, L. S. (2003). Clinical validation of FLACC: Preverbal patient pain scale. *Pediatric Nursing*, 29(2), 140–146.

- McAlvin, S. S., & Carew-Lyons, A. (2014). Family Presence During Resuscitation and Invasive Procedures in Pediatric Critical Care: A Systematic Review. *American Journal of Critical Care*, 23(6), 477–485. <https://doi.org/10.4037/ajcc2014922>
- Millett, C. R., & Gooding, L. F. (2018). Comparing Active and Passive Distraction-Based Music Therapy Interventions on Preoperative Anxiety in Pediatric Patients and Their Caregivers. *Journal of Music Therapy*, 54(4), 460–478. <https://doi.org/10.1093/jmt/thx014>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem—Teoria e Prática* (1ª edição). Lidel.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança* (Vol. 6).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133, pp. 19192–19194. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/422-2018-115685379>
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista* [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 26, pp. 4744–4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento n.º 165/2011: Regulamento do Aconselhamento Ético e Deontológico no âmbito do Dever de Sigilo* [Regulamento]. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 47, pp. 11112–11113. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/165-2011-1979439>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Diário da República, 2.^a série — N.º 122 — 26 de junho de 2015.
- Pena, I. (2016). *Preparação Pré-Operatória da Criança em Idade Escolar para Cirurgia de Ambulatório*. Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. da. (2023). Instrumentos de prática baseada na evidência para enfermeiros validados para Portugal: Protocolo de scoping review. *Revista Científica Internacional da Rede Académica das Ciências da Saúde da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Polit, D., & Beck, C. (2018). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de evidências para a prática da enfermagem* (9.^a ed.). Artmed Editora. <https://lusodidacta.pt/saude/504-fundamentos-de-pesquisa-em-enfermagem-avaliacao-de-evidencias-para-a-pratica-da-enfermagem-9-ed>
- Ponthier, L., Ensuque, P., Guignonis, V., Bedu, A., Bahans, C., Teynie, F., & Medrel-Lacorre, S. (2020). Parental presence during painful or invasive procedures in neonatology: A survey of healthcare professionals. *Archives de Pédiatrie*, 27(7), 362–367. <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2020.06.011>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e do Jovem* (1.^a ed.). Lidel.
- Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, Ordem dos Enfermeiros, Diário da República, 2.^a série—N.º 26 (2019). <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

- Shdaifat, E., Sudqi, A. M., Abusneineh, F. T., & Al-Ansari, N. M. (2022). Assessment of Parent and Nurse Perceptions of Parental Participation in Hospital Paediatric Care. *The Open Nursing Journal*, 12. <https://doi.org/10.2174/18744346-v16-e2208160>
- Simpson-Collins, M., Fry, M., Sheppard-Law, S., & Harris, C. (2024). Parents' and nurses' perceptions and behaviours of family-centred care during periods of busyness. *Journal of Clinical Nursing*, 33(2), 691–701. <https://doi.org/10.1111/jocn.16921>
- Soares, M. I., Camelo, S. H. H., & Resck, Z. M. R. (2017). A técnica de grupo focal na coleta de dados qualitativos: Relato de experiência: relato de experiência. *REME-Revista Mineira de Enfermagem*, 20(1). <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20160012>
- Sousa, D. A. D., Gomes, G. L. D. S., Torres, I. L., & Araújo, R. V. (2023). Benefícios do método canguru ao recém-nascido de baixo peso. *Research, Society and Development*, 12(3), e28012340853. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i3.40853>
- Sousa, P. C. M. M. de, Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2023). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), Artigo 1. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Sparkes, A., & Smith, B. (2014). *Qualitative Research Methods in Sport, Exercise and Health: From Process to Product* (1.^a ed.). Routledge.
- Torres, C. P. M. (2019). *Enfermagem Baseada na Evidência nos Cuidados Prestados à Criança e Família: Atitudes e Barreiras – Estudo realizado num serviço de Pediatria do Norte de Portugal* [Escola Superior de Saúde do Porto - Instituto Politécnico do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.22/15591>
- Ventura Expósito, L., Arreciado Marañón, A., Gomà Tous, M., Ferrerons Sánchez, M., & Zuriguel-Pérez, E. (2024). Nurses' views on the presence of family members during

invasive procedures in hospitalised children: A questionnaire survey. *Journal of Clinical Nursing*, 33(10), 3979–3990. <https://doi.org/10.1111/jocn.17062>

Apêndices

Apêndice I

Objetivos específicos e atividades a desenvolver nos estágios

1. Estágio de neonatologia

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver
Conhecer a estrutura física e organização da Unidade;	<p>Integração no serviço com a enfermeira gestora;</p> <p>Estabelecimento de uma boa relação com equipa multidisciplinar;</p> <p>Integração na dinâmica e metodologia de trabalho da Unidade;</p> <p>Consulta de protocolos e informação disponibilizada na Unidade</p>
Desenvolver competências relacionadas com a adaptação da criança/jovem e sua família ao processo de doença aguda e ao contexto de hospitalização;	<p>Promoção de um ambiente acolhedor e humanizado, que facilite a adaptação da criança/jovem e família ao internamento.</p> <p>Adequação da comunicação à criança e jovem de acordo com a sua faixa etária e o seu desenvolvimento, promovendo uma relação de confiança;</p> <p>Identificação das principais preocupações e medos da criança/jovem e dos familiares, utilizando estratégias de comunicação adequadas para abordá-los.</p> <p>Incentivo à participação ativa da família no cuidado da criança/jovem, respeitando as suas capacidades e necessidades emocionais.</p> <p>Aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da ansiedade e da dor;</p> <p>Respeito pelos valores, crenças e culturas da família, assegurando uma abordagem individualizada e sensível às diferenças.</p> <p>Estímulo à expressão emocional da criança/jovem e família, promovendo o diálogo como ferramenta para enfrentar o processo de hospitalização.</p>
Demonstrar uma tomada de decisão ética e responsável, suportada em princípios, valores e normas deontológicas, integrando uma	Promoção dos direitos da criança e família, respeitando a sua privacidade e dignidade com a prática de cuidados humanizados;

prática de cuidados respeitosos pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais;	Respeito pela multiculturalidade, valores, costumes e crenças da criança e sua família; Manutenção da privacidade e proteção dos dados da informação escrita e oral.
---	---

1- Estágio de internamento cirúrgico

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver
Conhecer a estrutura física, funcional e organizacional da Cirurgia e Queimados e Transplantes Hepáticos;	Integração no serviço com a enfermeira gestora; Estabelecimento de uma boa relação com equipa multidisciplinar; Integração na dinâmica e metodologia de trabalho do serviço, consultando normas/protocolos e informação clínica referente aos sistemas de informação.
Evidenciar uma tomada de decisão ética e responsável, suportada em princípios, valores e normas deontológicas, integrando uma prática de cuidados respeitosos pelos direitos humanos e responsabilidades profissionais;	Respeito pela dignidade e individualidade das crianças e das suas famílias, promovendo o bem-estar emocional e físico. Respeito pela multiculturalidade, valores, costumes e crenças da criança e sua família; Manutenção da confidencialidade e proteção dos dados da informação sobre a criança e sua família.
Acompanhar a criança/jovem e sua família durante o período pré e pós-operatório;	Colaboração no acolhimento individualizado a cada criança/jovem e família; Promoção da verbalização de dúvidas e medos pela criança/jovem e sua família; Aplicação de estratégias para a redução da ansiedade da criança no período pré-operatório; Avaliação da dor através das escalas padronizadas nos sistemas de informação utilizados no serviço; Aplicação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas no alívio da dor da criança/jovem no período pós-operatório;

	Preparação da alta fornecendo toda a informação sobre os cuidados a ter pós alta e os respetivos sinais de alarme.
Cuidar da criança/jovem e família em situações de complexidade.	<p>Adaptação da comunicação verbal à faixa etária e estágio de desenvolvimento da criança;</p> <p>Avaliação da dor através das escalas padronizadas nos sistemas de informação utilizados no serviço;</p> <p>Aplicação de estratégias não farmacológicas e farmacológicas no alívio da dor da criança;</p> <p>Acompanhamento da criança/jovem submetida a transplante hepático e da respetiva família;</p> <p>Promoção de uma relação de confiança com a criança/jovem e sua família.</p> <p>Colaboração na realização do tratamento à ferida da criança/jovem submetida queimadura complexa.</p>

2- Estágio de cuidados intensivos

Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver
Conhecer a estrutura física e organização da Unidade;	<p>Integração no serviço com a enfermeira gestora;</p> <p>Estabelecimento de uma boa relação com equipa multidisciplinar;</p> <p>Integração na dinâmica e metodologia de trabalho da Unidade;</p> <p>Consulta de protocolos adotados, nomeadamente os protocolos de medicação em contexto de emergência;</p> <p>Integração ao Sistema de Informação adotado no serviço, B-ICU Care.</p>
Garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;	<p>Prestação de cuidados tendo em conta o direito à privacidade, confidencialidade e ao sigilo profissional, o direito à autodeterminação e às escolhas individuais;</p> <p>Gestão dos cuidados de enfermagem prestados, respeitando o ritmo individualizado de cada criança e família;</p>

<p>Desenvolver competências relacionadas com a adaptação da criança/jovem e sua família ao processo de doença aguda e ao contexto de hospitalização;</p>	<p>Promoção de um ambiente terapêutico e seguro que facilite a adaptação da criança/jovem e família ao internamento;</p> <p>Adaptação da comunicação à criança e jovem de acordo com a sua faixa etária e estágio de desenvolvimento, contribuindo para a criação de uma relação de confiança;</p> <p>Identificação dos medos e dúvidas da criança/jovem e sua família;</p> <p>Incentivo à participação da família nos cuidados à criança/jovem, de acordo com o Modelo da Parceria de Cuidados;</p> <p>Aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da ansiedade;</p> <p>Respeito pela multiculturalidade, dignidade e individualidade da criança e sua família, promovendo o bem-estar emocional e físico.</p>
<p>Cuidar da criança e jovem em situação de complexidade;</p>	<p>Pesquisa bibliográfica sobre alguns conceitos especializados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica da criança/jovem em situação crítica;</p> <p>Identificação das principais causas/patologia que contribuem para a necessidade de internamento numa Unidade de Cuidados Intensivos;</p> <p>Identificação de situações de instabilidade na criança/jovem e sinais e sintomas de agravamento do seu estado de saúde;</p> <p>Colaboração na prestação de cuidados à criança/jovem em situação de complexidade submetida a ventilação invasiva;</p> <p>Estabelecimento de prioridades de cuidados à criança em situação crítica;</p> <p>Promoção do papel parental perante a criança em situação de complexidade;</p> <p>Gestão da dor da criança/jovem com a implementação de estratégias farmacológicas e não farmacológicas no alívio da mesma.</p>
<p>Conhecer a dinâmica e o funcionamento do Transporte Inter-Hospital Pediátrico;</p>	<p>Observação e acompanhamento durante um turno das funções do enfermeiro responsável pelo Transporte Inter Hospitalar;</p>

Apêndice II

Protocolo do acolhimento e planejamento da alta

OBJETIVO GERAL

Apoiar os pais na adaptação ao novo papel parental em cuidados intensivos neonatais, promovendo vínculos afetivos e autonomia, de forma a garantir uma transição segura para o domicílio e a reorganização familiar.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Acolher os pais na Neonatologia, estabelecendo com estes uma relação de confiança, contribuindo assim para uma boa integração no internamento;
- Envolver os pais nos cuidados ao recém-nascido promovendo a vinculação e o papel parental para atingir a sua autonomia e, desta forma, preparar o regresso a casa.

POPULAÇÃO ALVO

Enfermeiros da Neonatologia

SIGLAS

RN: Recém-nascido

DEFINIÇÕES:

Acolhimento: “Ato de receber e atender os diferentes integrantes da família do bebé internado na unidade neonatal, procurando facilitar a sua inserção nesse ambiente. O acolhimento envolve uma ação não somente física, mas também de cunho afetivo” (Costa et al., 2012).

Ensinar: “Dar informação sistematizada a alguém sobre temas relacionados com a saúde” (ICN, 2011).

Informar: “Comunicar alguma coisa a alguém” (ICN, 2011).

Papel Parental: “Papel de membro da família: interagir de acordo com as responsabilidades de ser mãe/pai; internalizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade relativamente aos comportamentos apropriados ou inapropriados do papel de mãe/pai, expressar estas expectativas sob a forma de comportamentos, valores; sobretudo em relação à promoção do crescimento e desenvolvimento ótimos de um filho dependente” (ICN, 2011).

Planeamento da alta: “Conjunto de atividades realizadas por uma equipa multidisciplinar de cuidados durante o período de internamento, que promove a transferência adequada e atempada do doente entre instituições ou para a comunidade, garantindo a continuidade dos cuidados prestados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Preparação do Regresso a Casa: “Conjunto de ações desenvolvidas por uma equipa multidisciplinar de cuidados ao longo do internamento, que assegura uma transferência eficiente e no momento certo do doente entre diferentes instituições ou para a comunidade, garantindo a continuidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Treinar: “Desenvolver as capacidades de alguém ou o funcionamento de alguma coisa” (ICN, 2011).

Ligação: vínculo ou laço de afeição (ICN, 2011).

DESCRIÇÃO:

O enfermeiro acolhe os pais pela primeira vez na entrada do serviço:

- Identifica-se aos pais pelo nome;
- Refere-se aos pais pelo nome;
- Utiliza uma linguagem clara, precisa e adequada ao nível de compreensão dos pais;
- Informa os pais da importância da lavagem/desinfecção das mãos à entrada da unidade e antes da interação com o RN (referir os cinco momentos da higienização das mãos);
- Informa que devem sempre vestir uma bata descartável antes de entrar na unidade;
- Os pais devem retirar todos os acessórios localizados entre as mãos e os cotovelos e não devem usar unhas de gel;
- Breve descrição do ambiente físico do serviço.

O enfermeiro acompanha os pais à unidade do RN:

- Refere o aspeto geral do RN;
- Identifica os equipamentos/dispositivos existentes na unidade do RN (incubadora, ventilador, cateteres, interfaces, etc.) e minimiza a ansiedade dos pais relativamente a estes;

- Faz referência aos cuidados neurodesenvolvimentais: evitar estímulos sensoriais desnecessários fora das horas dos cuidados (ruído, luz, toque);
- Evita criar falsas expectativas no diálogo com os pais;
- Inteira-se da informação fornecida por outros profissionais de saúde relativa aos aspetos clínicos do RN;
- Estabelece uma relação de confiança com os pais através de uma comunicação empática e clara, demonstrando disponibilidade para ouvir as suas preocupações e apoiar no que for necessário;
- Envolve os pais como parceiros de cuidados respeitando as suas decisões;
- Fornece o contacto do serviço e confirma o contacto dos pais;
- Destaca a importância da permanência da mãe/pais, não desvalorizando o seu descanso adequado;
- Enfatiza o valor da interação precoce entre os pais e o RN, através da voz delicada, toque, método canguru e cuidados diretos, com o objetivo de fortalecer a ligação afetiva, a lactação e o desenvolvimento saudável do RN;
- Informa acerca do horário e regras das visitas dos avós e irmãos;
- Fornece o panfleto acerca do acolhimento;

O planeamento da alta deve ter início na admissão do RN. O enfermeiro deve facilitar e incentivar o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN, promovendo este relacionamento, de modo que os pais se sintam parte integrante na recuperação e no cuidar do seu filho.

- Promove a relação com os pais e incentiva o papel parental durante a hospitalização;
- Fornece, aos pais, orientações concisas, claras e simples de entender;
- Colhe a informação necessária ao conhecimento da criança e ao contexto familiar;
- Incentiva e integra os pais a colaborar nos cuidados ao bebé, nomeadamente em procedimento como avaliar a temperatura axilar, mudar a fralda, etc;
- O enfermeiro avalia a ligação pais/filho, a situação do RN e as suas necessidades no domicílio;
- Promove o desenvolvimento das competências parentais;
- Promove a autoconfiança dos pais através do reforço positivo;
- Ensina, instrui e treina os pais nos cuidados que irão prestar em casa:

- Mudar a fralda, fazer massagem abdominal, fazer estimulação anal;
- Dar banho;
- Amamentar/alimentar o bebê;
- Administrar terapêutica;
- Prevenir acidentes;
- Identificar sinais de alarme;
- Realizar a vigilância de saúde infantil e promover comportamentos de procura de saúde;
- Transportar corretamente o RN;
- Ensina, instrui e treina os pais, para possíveis medidas de emergência (engasgamento);
 - Reforça ensinamentos feitos ao longo do internamento, tendo em atenção a perceção da informação por parte dos pais, a necessidade e a devida utilização dessa informação;
 - Elabora a carta de alta do RN (para os pais e para o enfermeiro de família) com as informações relativas ao internamento do RN e as recomendações para continuidade de cuidados;
 - Entrega de louvor, cartão de identificação do bebê e boletim individual de saúde/vacinação aos pais.

Apêndice III

Panfleto do acolhimento

Bem vindos Mamã e Papá,

Apresento-vos a neonatologia, a casa onde eu vou estar até ficar bom e crescido, pronto para estar junto de vocês na nossa verdadeira casa. Prometo que darei o meu melhor para ser uma curta estadia!

A Neonatologia está dividida em 4 unidades:

A antecâmara de entrada na unidade

2 salas com 4 incubadoras cada e outra sala com incubadoras e berços

A sala de extração de leite materno

Para a minha segurança e dos outros meninos, preciso que respeitem algumas regras:

- ✓ É mesmo importante que lavem bem as vossas mãos e coloquem uma bata de proteção antes de entrarem na unidade. Não se esqueçam que sempre que saírem, têm que tirar a bata e lavar as mãos.



Sentem-se doentes? Por favor coloquem uma máscara à entrada para minha proteção e dos outros meninos!

- ✓ Guardem os vossos pertences no armário à entrada da unidade.
- ✓ Coloquem o telemóvel em silêncio e evitem utilizá-lo junto de mim;

- ✓ Quando estão a fazer canguru comigo, não podem utilizar o telemóvel porque eu requero toda a vossa atenção.
- ✓ Lavem ou desinfetem sempre as mãos antes de me tocarem;
- ✓ Evitar a transmissão de infeções entre os bebés internados é muito importante! Permaneçam-se apenas junto de mim.

Pai, tu não és visita!
Podes sempre permanecer junto a mim com a mãe! Só durante as passagens de turno (8h-8h30; 14h30 - 15h; 22h30-23h) é que têm que se ausentar.



Podem sempre esclarecer as vossas dúvidas sobre a minha situação de saúde com o pediatra de serviço



Informem o enfermeiro responsável por mim quando se ausentarem do serviço.



As visitas

As visitas são muito importantes para mim, no entanto, para poder ficar bom mais rápido só os manos e os avós é que me podem visitar.

As visitas só podem ocorrer após 72h de internamento, não podendo existir contacto físico comigo.



As visitas devem ser sempre agendadas!

Posso ter 2 visitas por dia, com intervalo de 15 min entre elas;

Os irmãos (>2 anos): podem visitar-me, acompanhados por vocês, entre as 15h30 e as 20h

Os avós: podem visitar-me com uma regularidade semanal (7/7 dias), acompanhados por vocês, no máximo de 30 minutos cada entre as 15h30 e as 20h.

Quarto das mães

Mamã, se quiseres, existe um local na maternidade, onde podes ficar para estares mais perto de mim, se a nossa casa for muito longe.

O quarto é partilhado com outras mães com camas individuais, casas de banho, uma sala de estar onde podem relaxar, extrair leite e ainda um frigorífico.



- ✓ Também tens direito a todas as refeições (pequeno-almoço, almoço, lanche, jantar e ceia) gratuitamente. Para isso, é necessário pedir diariamente as senhas das refeições na secretária clínica, qualquer dúvida informa-te com o enfermeiro que está comigo!

Papá, também podes comer no refeitório se pedires uma senha (facultada pela secretária clínica), que tens que pagar.
Existe um bar caso prefiras uma refeição rápida.

Eu preciso muito de vocês por perto!
A vossa voz, o vosso toque e os momentos em que me seguram bem juntinho fazem-me sentir seguro e amado.

Os enfermeiros e os médicos que cuidam de mim vão partilhar muitas coisas importantes convosco. Eles vão ensinar-vos tudo o que precisam saber para cuidar de mim, tanto aqui como quando formos para casa.

Eu sei que às vezes vai ser muita informação, mas não se preocupem – vocês estão a fazer um ótimo trabalho, e eu confio em vocês!



A equipa está aqui para ajudar sempre que precisarem. Podem fazer todas as perguntas que tiverem.

JUNTOS, vamos passar por esta fase e, quando for o momento certo, vamos para casa como uma família, prontos para novas aventuras!

Quando estiverem em casa a descansar, podem ligar para estes números para saber como é que eu estou!
(Contacto telefónico)

Elaborado pelos _____ do serviço de neonatologia
Aprovado em: _____ Rever em:

Guia de Acolhimento da Neonatologia



Logotipo da instituição

(Cidade), outubro de 2024

Apêndice IV

Consentimento informado para preenchimento dos participantes

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Percepção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança

Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante no estudo)

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da participação na investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos e os métodos. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal.

Foi-me ainda assegurado que os registos em suporte papel e/ou digital (sonoro e de imagem) serão confidenciais e utilizados única e exclusivamente para o estudo em causa, sendo guardados em local seguro durante a pesquisa e destruídos após a sua conclusão.

Por isso, consinto em participar no estudo em causa.

Data: ____/____/20__

Assinatura do participante no projeto: _____

Os Investigadores responsáveis:

Rafaela Catarina Teixeira Leite

Maria Isabel Bica Carvalho Costa

Assinaturas

Apêndice V
Questionário sociodemográfico

Questionário Sociodemográfico:

1. Idade:
2. Sexo:
 - a) Feminino:
 - b) Masculino: __
3. Habilitações literárias:
 - a) Licenciatura:
 - b) Mestrado:
 - c) Doutoramento:
 - d) Outro? Qual?
4. Tempo de experiência em contexto de pediatria (em anos):
5. Serviço em que exerce funções:

Apêndice VI

Focus Group – Guia Orientador

A entrevista será realizada no formato de *Focus Group* com a enfermeiros que prestam cuidados em contexto de pediatria com cinco anos de experiência no mínimo. Seguem-se as questões a realizar durante a sessão:

1. Com que frequência os pais estão presentes durante a prestação de cuidados invasivos à criança nos vossos serviços?
2. Quais as vantagens para a criança da presença dos pais na prestação desses cuidados?
3. A presença dos pais influencia a forma como prestam os cuidados invasivos à criança? De que forma?
4. A idade da criança/estádio de desenvolvimento pode diferenciar a vossa perceção acerca da presença dos pais?
5. O que poderia ser concretizado para melhorar a experiência tanto para os pais e para a criança como para os enfermeiros?

Anexos

Anexo I

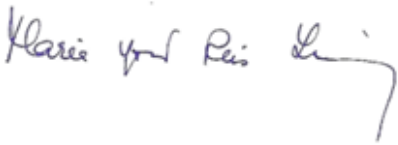
Parecer favorável da comissão de ética



(parecer_versão004.19.02.21)

**COMISSÃO DE ÉTICA DO INSTITUTO POLITÉCNICO DE VISEU (IPV)
FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO ÉTICA DE ESTUDOS**

Formulário para Avaliação Ética de Estudos de Investigação

Título do projeto	Perceção dos enfermeiros sobre a presença dos pais durante a prestação de cuidados invasivos à criança
Proponentes do projeto	Rafaela Catarina Teixeira Leite
Investigador responsável	Prof.ª Doutora Isabel Bica
Data de submissão	17/02/2025
Data da aprovação do parecer	27/02/2025
A presidente da CE do IPV	 Maria João Reis Lima

PARECER N.º 12/SUB/2025

<input checked="" type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL (a proposta é eticamente aceitável)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO FAVORÁVEL COM RECOMENDAÇÕES (sujeito ao cumprimento de requisitos éticos e recomendações)	Motivos
<input type="checkbox"/> PARECER ÉTICO NÃO FAVORÁVEL	Motivos Com possibilidade de resubmissão após consideração das recomendações