



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em Saúde  
Infantil e Pediátrica

## O Enfermeiro Especialista na promoção da parentalidade em pais de crianças internadas

The Specialist Nurse in relation to the promotion of parenting in  
parents of hospitalized children

Por

Catarina Tavares Carvalho Meira

Lisboa, 2023



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Relatório de estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para a  
obtenção do grau de mestre em Enfermagem com especialização em Saúde  
Infantil e Pediátrica

## O Enfermeiro Especialista na promoção da parentalidade em pais de crianças internadas

The role of the Specialist Nurse in relation to the promotion of  
parenting in parents of hospitalized children

Por

Catarina Tavares Carvalho Meira

Sob orientação

Professora Doutora Sílvia Ramos

Lisboa, 2023

*Tu tornas-te eternamente responsável por aquilo que cativas.*

Antoine de Saint-Exupéry

## **Agradecimentos**

Em primeiro lugar quero agradecer à minha família, especialmente à minha mãe, pai e avó, por serem o meu maior suporte, por me apoiarem sempre, por me darem forças e por todo o amor incondicional.

Ao meu marido, por ser um apoio incansável nesta minha caminhada e por estar sempre do meu lado e a motivar-me para me superar todos os dias.

À professora Doutora Sílvia Ramos pela partilha do seu conhecimento, disponibilidade, paciência, apoio e motivação constantes ao longo destes meses, não esquecendo as professoras Doutoradas Margarida Lourenço, Zaida Charepe, Sílvia Caldeira e Elisabete Nunes.

A todos os enfermeiros que me acompanharam neste percurso e me orientaram, dispondo do seu tempo e da sua vontade para me transmitirem novos saberes e pensamentos.

Aos meus colegas de trabalho pela paciência, compreensão e ajuda nos momentos mais complicados, pelos momentos de reflexão que me permitiram pensar mais além.

Às minhas amigas pela compreensão, pela ajuda e tolerância para com as minhas ausências. A todos os meus amigos que me acompanharam nesta viagem, por me motivarem a dar o meu melhor e não me permitirem desistir. Pelas novas amizades criadas durante este curso de mestrado, onde caminhámos juntos, rumo a uma conquista.

Por último, quero agradecer a todas as famílias e crianças de quem tive o privilégio de cuidar durante este percurso, onde tentei transmitir conhecimentos, tendo eles sido responsáveis por esta etapa fundamental de crescimento profissional, mas acima de tudo pessoal.

## Resumo

O internamento de um filho é um momento *stressante* para os pais, podendo levar à rutura de papéis, ou interrompendo a construção da parentalidade que se iniciou com o início da gravidez. Isto vem demonstrar uma dificuldade experienciada e vivida por muitos pais, que subitamente são levados pelo seu filho a um internamento prolongado, num ambiente frio e agressivo para a família. O papel do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica é garantir o bem-estar da criança e família, promovendo o desempenho dos papéis parentais, nunca esquecendo que os pais são os principais e melhores cuidadores daquela criança. Desta forma deve-se manter sempre a filosofia dos Cuidados Centrados na Família, centralizando os cuidados de enfermagem na família e não somente na criança, mas tendo em vista o bem-estar de todos e a melhoria de estado de doença da criança/jovem.

O relatório apresentado é o resultado do trabalho realizado no Curso de Mestrado em Enfermagem, com especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Com a realização deste relatório pretende-se analisar de forma crítica os objetivos de aprendizagem, quanto à sua concretização, avaliar de forma global e crítica o processo de desenvolvimento de competências e fundamentar as atividades com base na evidência científica disponível.

Este trabalho é a reflexão de dezassete meses de trabalho académico, tendo sido desenvolvido em torno da temática escolhida inicialmente, promoção da parentalidade de pais de crianças internadas em contexto hospitalar.

As atividades desenvolvidas contribuíram para o alargamento do meu conhecimento e a sua transposição para a prática, promovendo o desenvolvimento de competências e a mobilização de recursos para o contexto de trabalho através da capacidade para analisar, tomar decisões e agir em prol do bem-estar daqueles de quem cuido.

**Palavras-chave:** Parentalidade; Papel Parental; Enfermagem Pediátrica; Internamento; Hospitalização.

## **Abstract**

The hospitalization of a child is a stressful moment for the parents, which can lead to the rupture of roles, or interrupting the construction of parenthood that began with the beginning of the pregnancy. This demonstrates a difficulty experienced by many parents, who are suddenly taken by their child to a prolonged hospital stay, in a cold and aggressive environment for the family. The role of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health is to ensure the well-being of the child and family, promoting the performance of parental roles, never forgetting that parents are the main and best caregivers of that child. In this way, the philosophy of Family-Centered Care should always be maintained, centralizing nursing care in the family and not only in the child, but with a view to the well-being of all and the improvement of the child/young person's disease state.

The report presented is the result of work carried out in the Master's Course in Nursing, specializing in Child and Pediatric Health Nursing at the Institute of Health Sciences of the Catholic University of Portugal.

This work is the reflection of seventeen months of academic work, having been developed around the initially chosen theme, promotion of parenting of parents of hospitalized children. Developing skills around specialization of child and youth health defined by the Order of Nurses, having expanded the ability to assess skills acquired over time and according to the internship context.

The activities carried out contributed to broaden my knowledge and its transposition into practice, promoting the development of skills and the mobilization of resources for the work context through the ability to analyse, make decisions and act in favor of the well-being of those who I care for.

**Keywords:** parenting; Parental Role; Pediatric Nursing; Internment; Hospitalization.

## Lista de Acrónimos e Siglas

CCF – Cuidados Centrados na Família

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CHL – Centro Hospitalar de Lisboa

ECMO – Oxigenação por membrana extracorpórea

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

EEESIP – Enfermeiro Estudante na Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

EHI – Encefalopatia Hipóxico-Isquémica

FIV – Fertilização *in vitro*

HI – Hipotermia Induzida

ICS – Instituto Ciências da Saúde

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MEESIP – Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Saúde Infantil e  
Pediátrica

OE – Ordem dos Enfermeiros

ONU – Organização das Nações Unidas

RMN – Ressonância Magnética

RN – Recém-Nascido

SARS-CoV-2 (Doença do coronavírus – COVID-19)

SWOT – *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TAC – Tomografia Automática Computadorizada

UCIN – Unidade de cuidados intensivos neonatais

UCIPed – Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos

UCP – Universidade Católica Portuguesa

## ÍNDICE

<b>0. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>9</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL.....</b>	<b>12</b>
<b>1.1. Cuidados Centrados na Família e a Teoria de sistemas de Betty Neuman .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2. Promoção da Parentalidade em Pais de Recém-nascidos Internados numa UCIN</b>	<b>21</b>
<b>2. REFLEXÃO CRÍTICA DE ESTÁGIO: OBJETIVOS E ATIVIDADES</b>	
<b>DESENVOLVIDAS.....</b>	<b>34</b>
<b>2.1. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos .....</b>	<b>36</b>
<b>2.2. Internamento Pediatria.....</b>	<b>44</b>
<b>2.3. Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais .....</b>	<b>53</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>61</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>63</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>68</b>
<b>Apêndice I – Poster “O Impacto do Internamento Neonatal do Recém Nascido nos Pais”.....</b>	<b>69</b>
<b>Apêndice II - Seleção e descrição dos estudos (n=10).....</b>	<b>70</b>
<b>Apêndice III – Análise SWOT UCIPed.....</b>	<b>74</b>
<b>Apêndice IV – Planeamento das atividades e Seleção de Estratégias - UCIPed.....</b>	<b>75</b>
<b>Apêndice V – História de Saúde “Uma família internada numa Unidade de Cuidados Intensivos</b>	
<b>Pediátricos” .....</b>	<b>76</b>
<b>Apêndice VI – Análise SWOT Internamento Pediatria .....</b>	<b>93</b>
<b>Apêndice VII – Planeamento de Atividades e Seleção de Estratégias – Internamento Pediátrico ..</b>	<b>94</b>
<b>Apêndice VIII – Guias Orientadores de Boas Práticas .....</b>	<b>96</b>
<b>Apêndice IX – Instrução de Trabalho sobre Diagnóstico de Enfermagem .....</b>	<b>100</b>
<b>Apêndice X – Apresentação sobre o Diagnóstico de Enfermagem.....</b>	<b>102</b>
<b>Apêndice XI – Aplicação e Utilização do Diagnóstico de Enfermagem .....</b>	<b>107</b>
<b>Apêndice XII – Dossier Temático.....</b>	<b>111</b>
<b>Apêndice XIII – Planeamento de Atividades e Seleção de Estratégias - UCIN.....</b>	<b>353</b>
<b>Apêndice XIV – Norma de diagnóstico sobre Parentalidade.....</b>	<b>354</b>
<b>Apêndice XV– Plano da Sessão de Formação.....</b>	<b>358</b>
<b>Apêndice XVI – Sessão de formação à equipa de Enfermagem .....</b>	<b>371</b>

## ÍNDICE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Representação esquemática do foco parentalidade .....	14
<b>Figura 2.</b> Modelo de Sistemas de Betty Neuman .....	17
<b>Figura 3.</b> Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos .....	27

## 0. INTRODUÇÃO

O relatório de Estágio insere-se no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências da Saúde (ICS) de Lisboa, da Universidade Católica Portuguesa (UCP). Pretende-se com este relatório demonstrar de forma reflexiva o percurso académico e as competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) desenvolvidas ao longo deste caminho. Esta reflexão teve em conta a finalidade do curso, o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, humanas e éticas, e a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à criança e a sua família com o intuito de alcançar a excelência do cuidar. O desenvolvimento académico que surgiu deste percurso é fulcro deste trabalho que foi desenvolvido de forma constante, a vários níveis, nomeadamente como resultado da pesquisa científica e do conhecimento produzido, da frequência de aulas e orientações tutoriais, da realização de uma *scoping review*, da participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem: “Enfermagem Especializada: Uma voz para o Humanismo” com a apresentação de um poster (Apêndice I), da observação, interação e prestação de cuidados nos estágios e da sua consequente reflexão. Estes diferentes níveis, potenciaram-se entre si e confluíram na aquisição e consolidação de competências.

A problemática desde relatório assenta no tema da parentalidade face ao internamento de uma criança, sendo o título escolhido para este relatório: O Enfermeiro Especialista na promoção da parentalidade em pais de crianças internadas. A escolha desta temática surgiu a partir de uma troca de ideias com uma colega, com a qual foi executada a *scoping review* sobre o tema da parentalidade, assim como de uma reflexão contínua de experiências profissionais ao longo do meu percurso como enfermeira nos cuidados neonatais. O impacto do internamento de um filho sobre os pais, traz consigo uma carga negativa e stressante, muitas vezes bloqueando vínculos e/ou processos adaptativos a novos papéis parentais. Durante os internamentos das crianças a equipa de saúde centra-se no bem-estar da criança, acabando por descurar os processos que foram interrompidos com a hospitalização. Como futura EESIP procurei com este trabalho, desenvolver um olhar especializado e alargado à criança e família, com base nos Cuidados Centrados na Família (CCF) e segundo a teórica de enfermagem Betty Neuman. Durante

a minha prática e na minha reflexão diária, procurei manter fixa a premissa que assenta nas teorias que abordei, em que os pais são os melhores e principais cuidadores da criança.

Este relatório tem como principal foco os CCF na área da pediatria, completando-se com a teoria de sistemas de Betty Neuman, mais centralizado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), local onde exerço a minha atividade profissional. A escolha desta temática deveu-se ao meu interesse pessoal e ao reconhecimento da sua pertinência pela equipa de enfermagem com que lido diariamente, existindo uma necessidade de aumentar a satisfação da família quanto aos cuidados prestados, tendo em conta a distância física que ocorre entre os pais e o RN com o seu internamento, existindo potencial para colmatar essa distância, através de intervenções de enfermagem adequadas e especializadas. Assim, como futura EESIP pretendi compreender e estudar essas intervenções, de forma a poder dar resposta às necessidades da família durante a hospitalização da criança, intervindo acertadamente com intervenções personalizadas. Os CCF são reconhecidos na área de enfermagem de saúde infantil e pediatria, no entanto, a sua aplicação não é ainda uma realidade na prática. Desta forma, pretendeu-se com o estágio e com o presente relatório **sensibilizar, refletir e contribuir para uma aplicação na prática dos CCF, de forma a promover a parentalidade de pais de crianças hospitalizadas.**

Profissionalmente, iniciei o meu percurso em pediatria há quatro anos, tendo exercido anteriormente cerca de um ano e meio em adultos, mas cedo compreendi que não era aquele o meu percurso. Na neonatologia encontrei-me como enfermeira e concretizei-me a nível pessoal, senti que poder cuidar de seres tão frágeis e puros era o meu lugar. Durante estes quatro anos procurei desenvolver as minhas competências de forma a conseguir compreender mais sobre a pediatria e a neonatologia, mais especificamente. Comecei por frequentar os cursos do Centro Hospitalar onde exerço funções, tendo depois realizado uma Pós-Graduação em Medicina Neonatal. Apesar de ter conseguido aumentar o meu conhecimento e ser capaz de colocar em prática o que aprendi, sabia que queria ir mais longe e desenvolver um olhar especializado sobre uma temática com a qual me identificasse, tendo sido no Mestrado e Especialidade onde encontrei essa oportunidade. Aqui foi-me permitido adquirir competências a nível profissional, ético e legal, assentes numa prática reflexiva e pensamento crítico sustentado na melhor evidência científica disponível, desenvolvendo competências como “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; “cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”; “prestar cuidados específicos em

resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), todos os Enfermeiros Especialistas (EE) partilham um conjunto de domínios, definidos como competências comuns, nomeadamente competências sobre a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019) e, em particular, o EESIP presta cuidados “específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (OE, 2018, p.19192). É ainda acrescentado que o EESIP presta cuidados de nível avançado à criança/jovem saudável ou doente, com segurança e competência, proporcionando educação para a saúde e ajudando a família a mobilizar recursos (OE, 2015).

O relatório que é apresentado, inicia-se pela presente introdução, fazendo uma sumária apresentação ao tema e contextualização do projeto e problemática, de seguida divide-se em dois grandes capítulos, sendo eles: o enquadramento teórico conceptual, onde são abordados os referenciais teóricos utilizados para fundamentação da problemática, assim como definições pertinentes ao tema. Ainda incluído nesta secção surge a *scoping review* desenvolvida durante este percurso, com o título “Promoção da Parentalidade em Pais de RN internados numa UCIN”. O segundo capítulo é composto pela reflexão dos objetivos e atividades decorridas durante os estágios, encontrando-se dividido por cada contexto, abordando as competências de EESIP desenvolvidas em cada um deles. Seguem-se as considerações finais com a conclusão e possibilidade de projetos futuros. Por fim, encontram-se em apêndice os trabalhos elaborados ao longo do Mestrado em Enfermagem e ESIP e os anexos necessários para a elaboração deste Relatório.

Ao longo deste relatório é utilizada a metodologia de reflexão crítica da prática de cuidados, fundamentada através de artigos científicos e pesquisa bibliográfica pertinente e adequada à temática elegida. Foram também articulados conhecimentos através da revisão sistemática de literatura e dos referenciais teóricos em que é sustentada esta reflexão, encontrando-se no fim do relatório as referências bibliográficas utilizadas.

A elaboração deste documento encontra-se de acordo com o novo acordo ortográfico e as referências bibliográficas estão segundo norma APA *7th edition*.

## **1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO CONCEPTUAL**

A utilização de referenciais teóricos é indispensável, tendo o intuito de orientar a reflexão e a compreensão para uma assimilação dos novos conhecimentos baseados em evidência científica, levando a uma atribuição de significado às intervenções e aos cuidados prestados. Neste capítulo são apresentados os referenciais teóricos de enfermagem que sustentaram o percurso formativo. Posteriormente será abordado o tema de promoção da parentalidade em contexto hospitalar, com base na evidência científica mais recente.

Os modelos conceptuais e teóricos, quando adaptados pelos enfermeiros, proporcionam uma estrutura de pensamento que permite compreender as suas intervenções, sendo por isso capazes de as fundamentar e explicar. A teoria em enfermagem orienta a prática de ensino, formação e investigação dentro da profissão, conduzindo à autonomia profissional (Allgood, 2018).

Os referenciais teóricos elegidos para fundamentar o percurso de aprendizagem e orientar o desenvolvimento de competências comuns e específicas como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) foram os CCF e o Modelo de Sistemas de Betty Neuman.

### **1.1.Cuidados Centrados na Família e a Teoria de sistemas de Betty Neuman**

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994), o conceito família não pode ser limitado a laços de sangue, casamento, parceria sexual ou adoção, é definida família como o contexto de promoção da saúde e redução da doença, onde desde que nascem, os indivíduos desenvolvem crenças e comportamentos de saúde. A família representa a união entre pessoas que possuem laços sanguíneos, de convivência e baseados no afeto. Importa pensar que o conceito de família pode variar de indivíduo para indivíduo, dependendo da história individual como familiar, de vínculos biológicos, estatuto legal e/ou religioso, entre outros. De todos os tipos de famílias existentes, todas se organizam através de uma estrutura de relações onde se definem papéis e funções conforme à expectativa social (Relvas, 2004).

Criança, de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Criança (1959), é definida como todo o ser humano com idade inferior a 18 anos, exceto se a lei nacional

conferir a maioria mais cedo. A declaração foi adotada a 21 de setembro de 1990 em Portugal, tendo sido aprovada pela Organização das Nações Unidas em 1989. A convenção dos Direitos da Criança foi um dos momentos mais importantes para a definição do conceito de criança, dos direitos e da saúde da criança, assim como dos deveres dos pais, contemplando o respeito pela vulnerabilidade, fragilidade e autonomia da criança, que apresenta uma maior necessidade de proteção e cuidados especiais, devido à sua falta de maturidade física e intelectual (UNICEF, 1990). O Instituto de Apoio à Criança (IAC), através da Carta da Criança Hospitalizada (1988), salienta os direitos das crianças durante a hospitalização, com o intuito de alcançar a humanização nos cuidados e diminuir o impacto negativo do internamento. Salienta-se o artigo 2.º desta Carta que refere o direito da criança em permanecer acompanhada pelos seus pais ou pessoas significativas durante o internamento, a qualquer hora do dia, independentemente da sua idade ou estado clínico.

Várias fontes são unânimes em considerarem que a hospitalização representa uma situação de *stress*, não apenas para a criança, mas também para a sua família. As consequências do internamento para os pais e para a criança, podem variar da forma como os enfermeiros são capazes de compreender e avaliar a situação de doença, bem como, as experiências de sofrimento e limitação física que dela ocorrem. Na abordagem à família da criança doente, os pais são elementos importantes, por serem não só os portadores das informações sobre a situação da criança, tratando-se de uma doença crónica ou aguda, como ainda são os melhores e principais cuidadores da criança, independentemente da idade que esta apresenta. A presença dos pais durante o internamento da criança traz benefícios para a criança/jovem, para a família e para os profissionais de saúde (Meyers & Eicchom, 2000).

A preparação para a parentalidade inicia-se antes ou durante a gravidez, continuando o seu percurso e desenvolvimento ao longo da vida da criança. É considerado um processo de vida dinâmico, onde os adultos aprendem e desenvolvem-se juntamente com os seus filhos (McDermott, 2006). A parentalidade é entendida como a “ação de tomar conta”, evidenciando-se as responsabilidades de ser pai ou mãe, com comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um RN na família e a otimizar o seu crescimento e desenvolvimento, através da interiorização das expectativas dos indivíduos, família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos

adequados ou inadequados (International Council of Nurses, 2018). Uma avaliação minuciosa da parentalidade significa identificar informação, validar capacidades parentais, de forma a conceptualizar, seleccionar e implementar processos de cuidados construídos em parceria com os pais, com o objetivo de os ajudar a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se confrontam (OE, 2015). Os pais devem apoiar a criança através do exercício da sua autoridade natural, enquanto figuras de referência, demonstrando um comportamento consciente, empático, apropriado e em consonância com as necessidades do filho (Regufe, 2015).

*The International Council of Nurses (ICN)*, elaborou a figura que se segue (Figura 1), que pretende representar as características que definem parentalidade enquanto processo e comportamento intencional, evidenciado por atividades executadas pelos próprios indivíduos que integram um conjunto de ações ou funções de forma a alcançar um resultado. São providenciados os cuidados necessários e são demonstrados comportamentos com papel adequados, constituindo-se área de atenção relevante para a prática de enfermagem (Sousa, 2012).

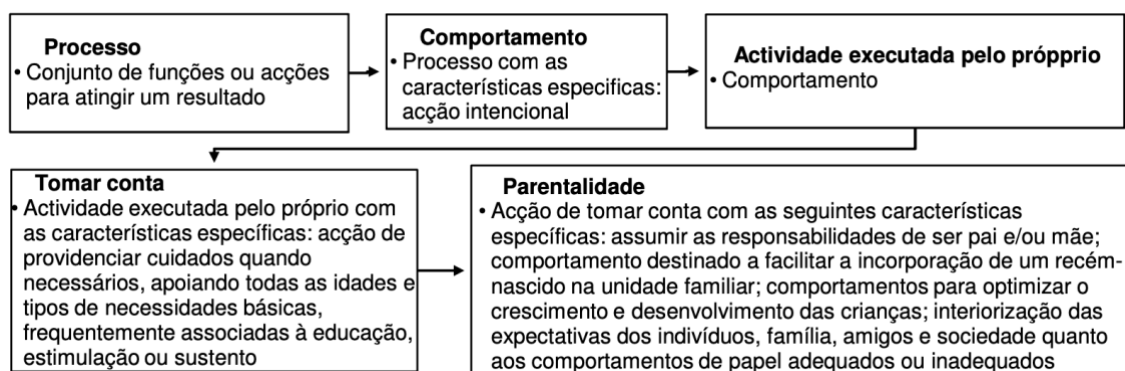


Figura 1. Representação esquemática do foco parentalidade (ICN, 2006; Sousa, 2012)

Os pais necessitam de apoio em todas as etapas de desenvolvimento da criança, nomeadamente em situações de particular vulnerabilidade e mesmo no sistema de aperfeiçoamento parental. A filosofia dos cuidados pediátricos compreende o modelo de parceria de cuidados, assim como os CCF, envolvendo os pais neste processo, tendo em conta os mesmos como principais cuidadores da criança (OE, 2015). Para isso deverá ser desenvolvida uma parceria de cuidados entre os enfermeiros e os pais, como caminho para se conseguirem os melhores resultados no cuidar. A capacidade dos enfermeiros em trabalhar em parceria de cuidados com os pais, é uma competência essencial para um EESIP, de forma a alcançar os melhores padrões de

qualidade dos cuidados de enfermagem pediátrica. Os pais devem ser vistos pelos enfermeiros como parceiros no cuidar, devendo ser orientados de acordo com os objetivos terapêuticos e gerido o nível e o tipo de participação dos pais (Sousa, 2012). Os enfermeiros devem recorrer à parceria de cuidados, como uma ação terapêutica, ajudando os pais a dar resposta às vivências do seu exercício parental face à hospitalização do seu filho.

Anne Casey desenvolveu, em 1988, o Modelo de Parceria de Cuidados, onde os pais assumem papel como parceiros no cuidar e são considerados os melhores cuidadores dos seus filhos, devendo participar ativamente na prestação de cuidados, estabelecendo e/ou reforçando a sua relação, contribuindo para um ambiente promotor do bem-estar e desenvolvimento (Casey, 1995). Os ganhos em saúde são claros para a família, uma vez que se verifica redução do nível de ansiedade dos pais e promoção da capacitação para as suas competências parentais (*empowerment*), com a transição para a parentalidade a realizar-se de forma mais eficiente (Casey, 1995).

A parceria de cuidados assenta em dois pilares: os cuidados de enfermagem nos hospitais podem ser prestados pelos pais com apoio e educação dos enfermeiros e os cuidados familiares podem ser prestados pelos enfermeiros quando os pais não estão presentes. Assim, torna-se evidente que o papel dos pais é prestar cuidados básicos enquanto o dos enfermeiros é reforçar os ensinamentos, transmitindo conhecimentos e técnicas (e se necessário, encaminhar a família para outros profissionais). Na ausência da família o enfermeiro tenta manter os cuidados da mesma. O processo de negociação inicia-se quando a família está presente e deseja iniciá-lo, devendo o enfermeiro fornecer continuamente apoio e informação para tornar a família capaz de tomar decisões e participar nos cuidados familiares e/ou de enfermagem (Casey, 1995; Sousa, 2012).

Um dos principais pilares da enfermagem pediátrica é a filosofia dos CCF, na qual a família é reconhecida como parte integrante e uma constante na vida da criança. Esta filosofia de cuidados assenta em quatro pilares, sendo eles: o **respeito e a dignidade**, onde os enfermeiros respeitam os conhecimentos, crenças, valores e cultura do seu alvo de cuidados; a **partilha de informação** clara e concreta; a **participação nos cuidados** e na tomada de decisão; e a **colaboração na prestação de cuidados** em todo o seu processo (Conway et al, 2006; Cruz & Ângelo, 2011).

O enfermeiro ao colocar em prática os CCF, é responsável por envolver e acompanhar o binómio criança-família de forma constante na prestação de cuidados, permanecendo consciente de que a sua intervenção deve assentar nos conceitos fundamentais da capacitação e *empowerment* dos pais (Hockenberry & Barrera, 2014). A OE complementa esta ideia, referindo que a criança depende dos cuidados da família e que esta é responsável por a auxiliar a colmatar as suas necessidades, tendo em vista o crescimento e o desenvolvimento saudável da criança. Deste modo o EESIP deve basear a sua prática num modelo conceptual centrado na criança e família, considerando esse binómio como alvo e beneficiário dos seus cuidados (OE, 2018). Pode-se deduzir que os CCF se baseiam no cuidar das crianças, garantindo a inclusão dos seus familiares ou pessoas significativas na elaboração e implementação do plano de cuidados (Hockenberry & Barrera, 2014; Jolley & Shields, 2009). Os CCF não são somente uma extensão da parceria de cuidados, são algo superior. No centro dos cuidados encontra-se a criança, mas a criança está inserida numa família, qualquer que ela seja.

Os CCF facilitam o desempenho da parentalidade, pois contextualizam a criança e os seus recursos no seu ambiente familiar, podendo desta forma reorganizar-se num ambiente hospitalar. Praticar CCF é cuidar através de relações transpessoais, de forma a defender a integridade e dignidade da pessoa. Permitir que a família expresse os seus sentimentos, eleva a fasquia da qualidade de cuidados, pois o enfermeiro é chamado a entender e ajudar a dissolver conflitos, devendo estar atento às complexidades de cada família ao seu cuidado, mostrando-se empático e revelando autenticidade (Reis, 2016). Tudo o que acontece com cada criança afeta todos os membros da família e tudo o que acontece com a família afeta a criança, pelo que todo o cuidado destinado à criança em relação ao seu estado de doença deve ter em conta toda a família e sua envolvência (Peeler, Fullbrook, Edward & Kinnear, 2019; Shields, Pratt, & Hunter, 2006; Shields et al., 2007; Shields, 2010). Isto leva que todos os profissionais de saúde que lidam com as famílias desenvolvam competências comunicacionais e de negociação (Shields, 2010).

O principal objetivo da enfermagem pediátrica é assistir a criança e família de modo a obter e/ou manter a estabilidade do seu sistema, de forma a alcançar o estado máximo de pleno bem-estar, sendo que é necessário reduzir os fatores de *stress* através de intervenções intencionais. O enfermeiro deve agir com intervenções de enfermagem especializadas e adequadas a cada família, com o intuito de diminuir os fatores de *stress*,

incluindo os pais nos cuidados e tomadas de decisão (Pichler-Stachl, Pichler, Baik, Urlesberger, Alexander, Urlesberger, Cheung & Schmölzer, 2016).

O **modelo de Betty Neuman** (figura 2) centra-se no conceito de holismo, que abrange tanto a vertente filosófica como a biológica, incluindo a concepção de liberdade dinâmica e da criatividade como uma totalidade, relacionando-se entre si à medida que o sistema responde aos *stressores* dos ambientes externo e interno (Tomey & Alligood, 2004). O modelo fornece ainda uma base unificadora para abordar uma ampla gama de preocupações em enfermagem, salientando o foco no bem-estar do sistema do cliente em interação com os *stressores* do ambiente, sendo a hospitalização o *stressor* na abordagem a esta temática o bem-estar da criança/adolescente e família. Este modelo permite cuidar de forma integral e sistematizada, com o objetivo de centrar as respostas da criança e família nos *stressores* a que estão sujeitos, procurando evitar ou minimizar essas variáveis que afetam as reações do sistema (Neuman & Fawcett, 2011).

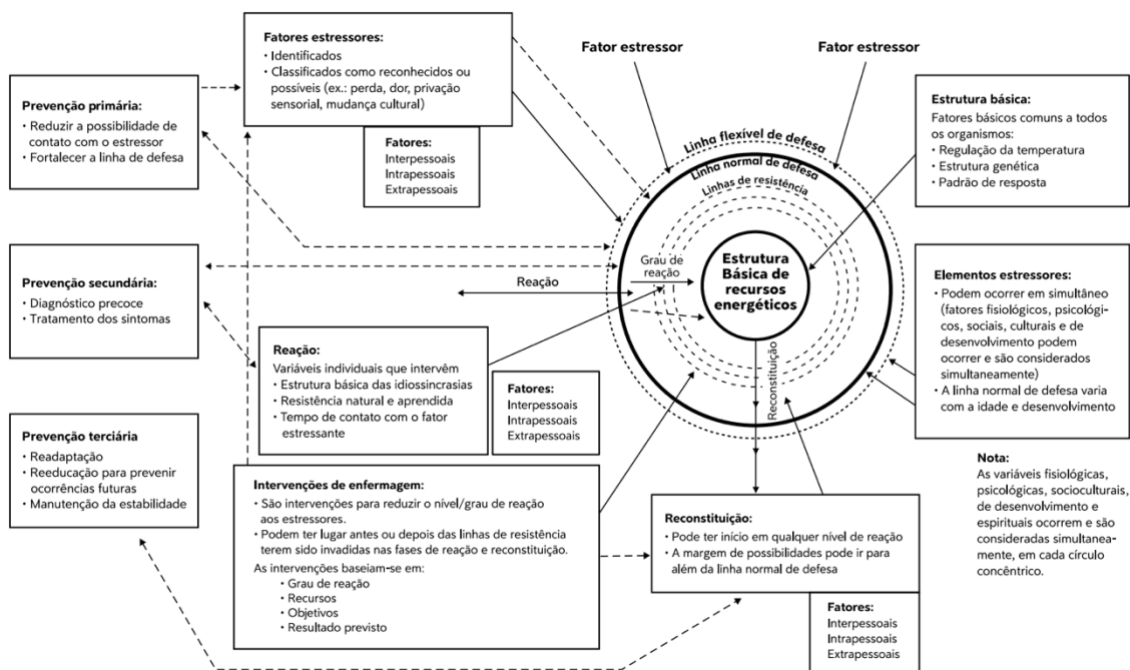


Figura 2. Modelo de Sistemas de Betty Neuman (Traduzido: Freese, 2004)

Neste modelo, cada indivíduo é considerado um sistema aberto e dinâmico em constante interação com o ambiente, englobando a vertente fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e desenvolvimental, apresentando uma estrutura básica com características individuais, protegido por linhas de resistência com defesa normal e flexível. A linha de defesa normal circunda o indivíduo e representa a estabilidade do

sistema, incluindo variáveis e comportamentos do mesmo. A linha de defesa flexível rodeia e protege a linha de defesa normal e pode ser rapidamente alterada num curto espaço de tempo. A linha de resistência refere-se a uma série de anéis quebrados que rodeiam a estrutura nuclear básica, constituída por mecanismos de *coping*, que ajudam o indivíduo a enfrentar um *stressor* (Freese, 2004).

Betty Neuman integra neste modelo os conceitos de saúde, pessoa, enfermagem e ambiente. A saúde é vista como um bem-estar contínuo e dinâmico, existindo nele períodos de desequilíbrio. O ambiente é definido como todos os fatores internos e externos que rodeiam ou interagem com a pessoa. Os *stressores* (intrapessoais, interpessoais e extrapessoais) são descritos como forças ambientais que interagem e alteram potencialmente a estabilidade do sistema. Neuman considera a enfermagem uma profissão única, na medida em que esta se encontra relacionada com todas as variáveis que afetam a resposta do indivíduo ao *stress* (Freese, 2004; Neuman & Fawcett, 2011). Segundo Neuman, a maior preocupação do enfermeiro é manter a estabilidade do sistema através da avaliação dos efeitos de *stressores* ambientais e assistir o cliente de forma a atingir o máximo de bem-estar possível (Neuman & Fawcett, 2011).

Recorreu-se a este modelo como forma de sustentar a temática elegida (focalizando no RN), por se tornar notório que o equilíbrio entre o sistema (criança e família) fica interrompido pela hospitalização e doença, quebrando o ciclo do que seria expectável para aquela família. A enfermagem é por isso vista como a única profissão que identifica os *stressores* ambientais em todas as suas dimensões (intrapessoal, extrapessoal e interpessoal), procurando intervir no sentido de atingir um nível adequado para o correto desenvolvimento e bem-estar do indivíduo alvo dos cuidados, sendo neste caso o binómio criança-família.

Devido à temática escolhida para abordar na realização deste relatório, irei agora centralizar o contexto teórico no RN e na sua família, no contexto de internamento na Neonatologia, por este ser o local onde atualmente exerço funções. O internamento de um RN numa UCIN, conduz à existência de pais que se veem numa situação inesperada, onde a existência de um parto e de um filho perfeito e esperado, muitas vezes não acontece. Segundo Barros (2006), estes pais são confrontados com o filho desejado e com o filho real, o que é devastador para o equilíbrio dos seus sistemas, interrompendo o processo de construção da parentalidade, levando por vezes a conflitos futuros. Descreve como sendo

uma situação nova e desconhecida, ameaçadora, frequentemente com prognóstico incerto, num ambiente confuso e assustador, sobre o qual não têm nenhum controle. Refere ainda que os pais sentem que são frequentemente observados, avaliados e aconselhados por um conjunto diversificado de técnicos.

Os RN's separados dos pais podem ter consequências negativas no seu desenvolvimento futuro devido aos efeitos da hospitalização, podendo vir a desenvolver dificuldades no apego e desenvolvimento infantil. O tipo de apoio, a qualidade e consistência das relações emocionais estabelecidas e as experiências na infância afetam o desenvolvimento cerebral e as fundações da inteligência, saúde emocional e o desenvolvimento da inteligência social (Silva, 2021). A Direção-Geral da Saúde recomendou a partilha do mesmo local de internamento entre mãe e bebé, defendendo a importância da amamentação, mesmo que a mãe seja positiva à Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2), e desde que sejam mantidas as regras de proteção individual e distanciamento.

No contexto de uma UCIN, muitos pais reportam sofrimento, frustração, com reflexo na ansiedade e depressão, referindo que sentem necessidade de serem incluídos nos cuidados ao seu filho, independentemente se de alto risco (Silva & Apóstolo, 2021). Segundo Noergaard et al. (2018), citado por Sousa (2020), os níveis de *stress* vividos pelos pais de RN's internados numa UCIN estão relacionados com o internamento e com a severidade da sua doença, sendo mais stressante nos primeiros dias. Referem ainda que os pais de RN pré-termo experienciam maiores níveis de *stress*, devido ao medo relativo à capacidade de sobrevivência do bebé e do seu desenvolvimento, ficando em dúvida se serão capazes de lidar com as tarefas parentais diárias. Os sentimentos mais vivenciados pelos pais de RN internados numa UCIN são na sua generalidade negativos, causando-lhes stress, podendo levar à depressão.

Desta forma, e para uma correta promoção da parentalidade, mesmo com todas as limitações e obstáculos que possam existir, o enfermeiro deve garantir ao máximo o bem-estar do RN e pais, mantendo um olhar holístico sobre esta díade. Deve assim implementar intervenções para auxiliar na transição do internamento do RN, fomentando a parentalidade, com atitudes facilitadoras para o estabelecer do vínculo entre pais e filho. Para a maximização da parentalidade e de forma a que os pais se sintam capazes de

exercer o seu papel parental, estão descritas intervenções que o enfermeiro deve garantir, tais como: **acolher os pais na unidade e na equipa**, apresentando o espaço onde se encontra o seu filho e apresentando pessoas da equipa multidisciplinar (Cleveland, 2008; Franklin, 2006; Guillaume et al., 2013); **envolver os pais nos cuidados ao RN**, incentivando a sua participação (Ahlqvist-Björkroth et al., 2017; Bredemeyer et al., 2008; Fernandes et al., 2014; Lubbe, 2005); **encorajar os pais a visitar o RN**, mesmo com as limitações existentes, tentar ajustar às necessidades dos pais (Cleveland, 2008; Franklin, 2006; Lubbe, 2005; Rikli, 1996); **envolver os pais em grupos de suporte**, porque o convívio com pessoas a experienciar a mesma situação, facilita a aceitação do que está a acontecer, promovendo grupos de ajuda mútua, pois muitas vezes os medos, as dúvidas e as ansiedades são as mesmas (Lubbe, 2005); **promover a amamentação** - um momento de uma importância extrema, tanto para a mãe como para o bebé. Sendo um RN que está desprovido de maior contacto, o momento da amamentação estimula e fornece ao RN muito do contacto que necessita, funcionando também como uma forma de criação de vínculo entre mãe e filho (Cleveland, 2008; Guillaume et al., 2013); **ensinar sobre medidas de conforto** - desta forma os pais vão conhecendo os seus filhos, envolvendo-se simultaneamente nos cuidados, potenciando o seu papel parental, tornando-se um bom prognóstico de parentalidade. O contacto direto entre os pais e o RN, permite aos pais o sentimento de inclusão no desenvolvimento do seu filho (Ahlqvist-Björkroth et al., 2017; Bredemeyer et al., 2008); **promover contacto entre pais e RN** evidencia a importância para o estabelecimento de uma vinculação adequada, levando a uma ligação parental fortalecida e profunda (Bredemeyer et al., 2008; Franklin, 2006; Guillaume et al., 2013); partilhar com os pais, encurtando a distância com o seu RN através de fotografias e vídeos (Franklin, 2006).

Ao promover a parentalidade dos pais, é essencial o desenvolvimento e a aquisição de competências e estratégias para que estes consigam lidar e orientar o internamento do seu filho, com o intuito que sejam os principais cuidadores do RN, não interpretando o internamento como uma barreira intransponível. Compete aos enfermeiros dar resposta às necessidades dos pais, com o propósito de encurtar a distância física real que ocorre durante o internamento do seu filho.

## **1.2.Promoção da Parentalidade em Pais de Recém-nascidos Internados numa UCIN**

Neste capítulo apresento a *scoping review* realizada em coautoria durante o Mestrado em Enfermagem com Especialidade na área de Saúde Infantil e Pediátrica (MEESIP), com o título “Promoção da Parentalidade em Pais de Recém-Nascidos internados numa UCIN”. Como já foi referido anteriormente, esta temática surgiu devido ao interesse mútuo pela mesma, e pela necessidade de evidenciar e aprofundar conhecimentos sobre as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade, de forma a colocá-las em prática, com sustentação em evidência científica e teórica recente.

### **Introdução**

A transição para a parentalidade requer a interiorização e aprendizagem de novos conhecimentos e habilidades, obrigando a mudanças e ajustes para as quais muitos pais não estão preparados. Torna-se um momento que pode levar a profundas adaptações e transformações, sendo por isso um período suscetível de desequilíbrios e vulnerabilidades, podendo ter implicações no desenvolvimento do RN (Silva, 2015 ).

A profissão de enfermagem está desde o seu início ligada a um conceito: o Cuidar, incitando nos profissionais de Saúde uma necessidade constante de desenvolver competências com vista à prestação de cuidados de excelência (Silva, 2015 ).

Os pais necessitam de apoio em todas as etapas de desenvolvimento da criança, em situações de particular vulnerabilidade e mesmo no processo de aperfeiçoamento parental. A filosofia dos cuidados pediátricos compreende o processo de parceria de cuidados, assim como os cuidados centrados na família, envolvendo os pais neste processo (Enfermeiros).

*A Intervenção de Enfermagem é definida na NIC® como qualquer tratamento, baseado no julgamento e no conhecimento clínico, que seja realizado por um enfermeiro para melhorar os resultados do paciente/cliente. As intervenções de enfermagem incluem tanto as assistências diretas quanto indiretas, aquelas que focalizam indivíduos, famílias e a comunidade, e aquelas que são para tratamentos iniciados por enfermeiros, médicos ou por outro prestador (Bulechek, Butcher, & Dochterman, 2010).*

Em contexto de internamento o enfermeiro possui uma posição privilegiada de capacidade interventiva para facilitar esta adaptação à parentalidade, sendo por isso criadas e implementadas estratégias para a promoção e manutenção do exercício do papel

parental (Silva, 2015; Fernandes, 2018). Os cuidados prestados devem ter na sua base a filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Esta filosofia reporta os pais como os melhores prestadores e parceiros na realização de cuidados ao RN. Desta forma, torna-se indispensável que os enfermeiros apoiem e incentivem os pais durante o internamento, sendo um período de transição em que para além da situação clínica do bebé, os pais encontram-se também eles vulneráveis e fragilizados.

A família é definida pela Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE® 2.0) como *conjunto de seres humanos considerados como unidade social ou todo coletivo composto de membros unidos por consanguinidade, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas. A unidade social constituída pela família como um todo é vista como algo mais do que os indivíduos e as relações de sangue, afinidades emocionais ou relações legais, incluindo as pessoas significativas, que constituem as partes do grupo.*

A família é assim entendida como um todo, um sistema que deve ser compreendido holisticamente (Relvas, 2004). Desta forma, denota-se que as estruturas familiares se tornam cada vez mais complexas de definir, o acompanhamento e envolvimento do enfermeiro torna-se muitas vezes essencial para a gestão e reestruturação dos processos parentais, influenciando os cuidados de saúde e promovendo a saúde familiar (Balagões, 2020).

A Parentalidade é então definida na CIPE® 2.0 como *a ação de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.*

A parentalidade é vista como um dos eventos mais importantes e relevantes na vida, marcando o início de uma nova fase do ciclo vital da família, alterando a função conjugal para parental (Relvas A. , 2004). Os pais têm o dever de cuidar, proteger e promover o desenvolvimento dos filhos a nível físico, psicológico e social, estabelecendo um ambiente saudável e favorável à sua evolução (Relvas & Alarcão, 2007).

A promoção da parentalidade tem como objetivo a capacitação dos pais, assim como o desenvolvimento de competências e conhecimentos para serem prestadores de

cuidados do RN, mesmo durante o internamento. Esta adaptação à parentalidade compreende o assumir de responsabilidades de ser mãe e pai, adquirindo estratégias que visam otimizar o crescimento e o desenvolvimento do filho. Esta tarefa, não sendo fácil, torna-se mais complexa quando o RN após o nascimento necessita de cuidados especializados, levando a um internamento numa UCIN. Este momento dificulta o desempenho adequado da parentalidade, sendo que a compreensão e a intervenção do enfermeiro visam melhorar o processo de transição do papel parental, dando o apoio necessário para um ajuste das competências dos pais nesta adaptação (Fernandes, 2018).

Estas intervenções permitem que os pais prestem cuidados ao RN de forma harmoniosa, tentando minimizar os fatores stressantes que uma hospitalização causa. Compete aos profissionais de saúde, nomeadamente aos enfermeiros, estando em contacto direto com os pais, assumir um papel facilitador neste processo transicional e encarar a criança e a sua família como parceiros nos cuidados, reconhecendo e promovendo o desenvolvimento das suas capacidades (Ordem dos Enfermeiros, 2018). É neste contexto que os enfermeiros têm um papel preponderante através da sua prática, devendo proporcionar uma maior proximidade entre os pais e o RN, utilizando vários procedimentos favorecedores da adaptação à parentalidade. É de salientar a importância e reconhecimento da família na prestação de cuidados ao RN, conduzindo a que as necessidades do RN/família sejam centrais ao processo de cuidar, tendo o Enfermeiro Especialista uma intervenção primordial na promoção do ensino e apoio, capacitando a família no processo de tomada de decisão e participação nos cuidados (Silva, 2015; Casey, 1993)

Foi realizada uma pesquisa nas bases de dados Prospero e Joanna Briggs Institute, não tendo sido encontradas revisões com o mesmo objetivo.

A realização desta revisão da literatura, visa mapear e sumariar com recurso à metodologia científica, as intervenções de enfermagem que contribuem para a promoção da parentalidade nos pais de recém-nascidos que necessitam de ficar internados numa UCIN.

Sendo uma das competências do EESIP *Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem* (Ordem dos Enfermeiros, 2018), surgiu a necessidade de saber como intervir junto dos pais, de forma a promover a parentalidade durante os cuidados de enfermagem em contexto hospitalar. Sendo uma área de interesse para

ambas, decidimos aprofundar este tema de forma a prestar cuidados de excelência na área da Parentalidade, numa unidade de cuidados intensivos neonatais.

### **Questão de Revisão**

“Quais as intervenções de enfermagem descritas na literatura que promovem a parentalidade nos pais de recém-nascidos internados numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais?”

### **CrITÉRIOS de Inclusão**

A realização desta *scoping review* foi baseada na metodologia apresentada pelo *The Joanna Briggs Institute* (Joanna Briggs, 2021). Os critérios de inclusão foram elaborados de acordo com esta metodologia, com base na mnemónica PCC – população, conceito e contexto.

**População:** Foram considerados todos os estudos que fazem referência aos pais de RN com idade entre os 0 e os 28 dias de vida, internados numa unidade de cuidados intensivos neonatais, independentemente da situação que os tenha levado ao internamento.

**Conceito:** Estudos que abordem intervenções promotoras da parentalidade dos pais de RN internados, independentemente do número de filhos e se é ou não o primeiro filho do casal.

**Contexto:** Estudos realizados em unidades de cuidados intensivos neonatais.

**Tipos de Estudo:** Foram considerados os estudos primários e secundários, de natureza qualitativa, quantitativa ou mista. Sendo excluídos relatos de experiência, comentários, artigos de opinião, anúncios, editoriais ou cartas ao editor.

### **Estratégia de Pesquisa**

A estratégia de pesquisa foi estabelecida de acordo com as etapas sugeridas pelo JBI - Manual for Evidence Synthesis (2021).

Depois de traçado o objetivo e as questões, alinharam-se os critérios de inclusão e iniciou-se o processo de pesquisa nas bases de dados.

Adotou-se a estratégia de pesquisa das três etapas preconizada pelo JBI, sendo que a primeira se realizou nas bases de dados CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System) através da plataforma EBSCOhost, na SciELO (Scientific Electronic Library Online) e no RCAAP (Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal), onde se identificaram as palavras-chave usadas para descrever os artigos, resultantes da população, conceito e contexto definidos após o background.

A segunda etapa consistiu na pesquisa que inclui todas as palavras-chave e termos de indexação identificados como relevantes e foi realizada nas bases de dados acima referidas e ainda na B-On, Google e OpenGray. Desta forma, foi explorado o tema e identificados os termos e palavras-chave mais comuns contidas no título e no resumo dos artigos. Estes termos foram posteriormente adaptados e validados na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH). Os termos de indexação (descritores MeSH) utilizados foram: **Parents AND (Parent-Child Relations OR Parenting) AND (Intensive Care Units, Neonatal OR Intensive Care, Neonatal) AND Nurs\***. Os termos de indexação (descritores CINAHL) utilizados foram:

**(Parents OR Single Parent OR Parental Attitudes) AND (Parenting OR Parenting Education OR Parental Behavior) AND (Intensive Care Units, Neonatal OR Neonatal Intensive Care Nursing OR Intensive Care, Neonatal) AND Nurs\***.

Seguidamente, foi feita a pesquisa principal nas bases de dados MEDLINE, CINAHL (via EBSCOhost), RCAAP, e PubMed utilizando os descritores previamente validados nas plataformas DeCS/MeSH e CINAHL e as palavras-chave previamente identificadas, juntamente com os operadores booleanos (OR e AND).

Por fim, foram consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de perceber se existem mais documentos que possam ser incluídos na revisão.

### **Seleção das Fontes**

Após aplicação de critérios de inclusão e pesquisa com os descritores definidos, o processo de seleção começou pela leitura dos títulos dos artigos, por dois revisores independentes. Foram excluídos os artigos duplicados e aqueles que não deram resposta à questão em estudo. Para a seleção de artigos foi utilizado a *Zotero*®. De seguida procedeu-se à leitura dos resumos pelos mesmos revisores e de forma independente, e foram excluídos os artigos, tendo em conta os critérios para resposta à questão de revisão.

Posteriormente foi realizada a leitura integral dos artigos, constando na amostra final os que respeitaram todos os critérios de inclusão definidos previamente e os quais deram resposta à questão de investigação elaborada.

### **Extração de Dados**

Os artigos foram avaliados e os resultados foram discutidos dissipando incertezas e chegando a um consenso. Consistente com o objetivo de uma revisão *scoping* e o que é preconizado pelo JBI (2021), a qualidade metodológica dos artigos não foi avaliada, não sendo critério obrigatório para a realização de *scoping review*. No processo de revisão dos textos integrais, foi registada, na tabela de extração de dados, a seguinte informação: objetivo, tipo de estudo, participantes, intervenções de enfermagem e emoções dos pais. Este instrumento foi modificado conforme necessário durante o processo de extração de dados, tendo sido adaptados os indicadores presentes na tabela, incluindo as intervenções de enfermagem adequadas para a promoção da parentalidade em pais de RN internados numa UCIN. Desta forma e cruzando ambos os dados, consegue-se compreender de que forma se poderá promover a parentalidade no contexto e na população definida. Após a seleção dos estudos, são extraídos os dados por dois revisores independentes, de acordo com o objetivo e a questão de revisão definidas *à priori*. As divergências que surgiram entre os revisores foram resolvidas por meio de discussão, sem necessidade de intervenção de um terceiro revisor.

A grande maioria dos artigos foi excluída no processo de seleção, visto que o objetivo do estudo não se enquadrava no objetivo em questão nesta revisão. Adicionalmente, também os estudos que tinham a sua população crianças com idades que diferiam da idade que é pretendida nesta revisão, ou que já não se encontravam internadas numa UCIN, foram igualmente excluídos. As listas das referências dos estudos incluídos foram analisadas, tendo sido úteis para a inclusão de nova bibliografia para a fundamentação deste trabalho.

### **Análise e Apresentação dos Resultados**

Os resultados da pesquisa serão apresentados num diagrama de fluxo de Itens de Relatórios preferidos para Revisões Sistemáticas e Meta análises para Scoping Reviews (PRISMA-ScR) como é possível ver ilustrado na Figura 3.

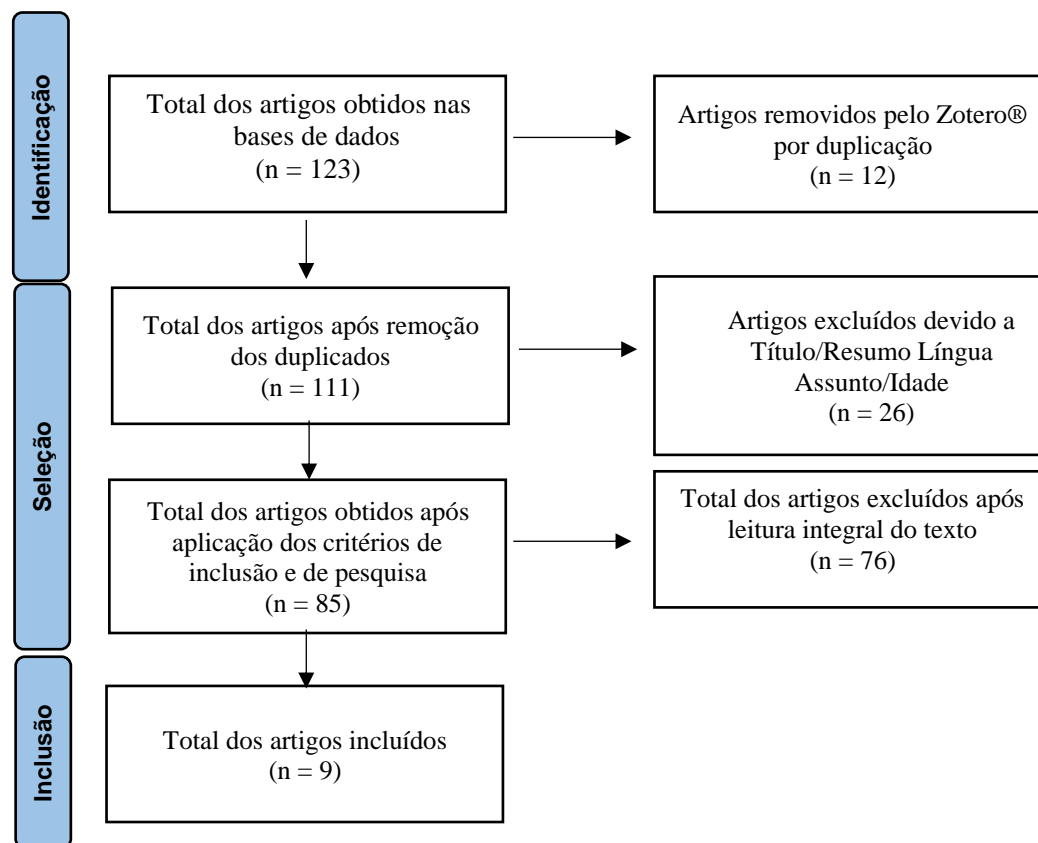


Figura 3. Fluxograma PRISMA (adaptado) do processo de seleção de artigos (The Joanna Briggs Institute, 2021)

De seguida realizámos uma análise descritiva e comparativa dos resultados com uma síntese narrativa, tendo em conta o objetivo e a questão da revisão (Tabela 1).

Após a análise dos dez artigos verifica-se que a temática sobre a parentalidade dos pais de recém-nascidos internados na UCIN é bastante pertinente e tem vindo a ser cada vez mais desenvolvida, existindo cada vez mais artigos ao longo dos anos. Dos artigos analisados, utiliza-se uma abordagem qualitativa, sendo a maioria dos artigos revisões da literatura, estudos descritivos e de coorte. Os artigos incluídos variam entre 1996 e 2021. Existem artigos de Portugal, EUA, Inglaterra, Finlândia, África, Austrália e Alemanha.

## Discussão de Resultados

A primeira questão em todos os artigos selecionados denota-se com a importância e necessidade de inclusão da família/pais na prestação de cuidados do RN, fundamentada com intervenções baseadas nos cuidados centrados na família, tal como se pode ver na tabela de seleção e descrição dos estudos (Apêndice II). A participação dos pais na prestação de cuidados é complexa e desafiadora, destacando-se a necessidade de os enfermeiros terem uma maior compreensão na forma como essas experiências são vividas, para poderem intervir com maior qualidade e eficiência.

Tal como se encontrou descrito na teoria, destacam-se nos diversos artigos intervenções comuns, com o objetivo central de promoção da parentalidade dos pais com RN internados numa UCIN.

Os resultados emergem através de uma análise narrativa, com o conteúdo encontrado nos artigos selecionados. Surgem as intervenções de enfermagem adequadas a realizar, para promoção da parentalidade dos pais com RN internados numa UCIN. Em cada intervenção é discutida e são colocados os resultados obtidos em cada artigo.

### **Acolher na Unidade e Equipa**

Deve ser apresentada a unidade onde o RN irá permanecer, de forma que os pais conheçam o espaço onde o seu filho se encontra. Os enfermeiros devem apresentar-se pelo seu nome, de forma a estabelecerem um bom contacto com os pais. Deve existir um enfermeiro que seja mais direcionado para cada bebé, de forma a estabelecer uma relação de confiança com os pais, tornando-se um elo de ligação para com toda a equipa e um elemento de referência para os pais e RN, denominado de enfermeiro de referência para ajudar os pais na transição do internamento do bebé (Cleveland, 2008; Franklin, 2006; Guillaume et al., 2013).

### **Envolver os pais nos cuidados do RN**

Nesta intervenção destacam-se ainda outras intervenções essenciais ao envolver os pais, tais como, planear com os pais as horas dos cuidados do RN, permitir que possam juntamente com o enfermeiro planear os cuidados a serem prestados, incentivar a escolha das peças de roupa para o RN, estimular o toque, contribuindo desta forma para que os pais se sintam parte integrante na vida dos seus filhos (Ahlqvist-Björkroth et al., 2017; Bredemeyer et al., 2008; Fernandes et al., 2014; Lubbe, 2005).

É importante que os profissionais de saúde incentivem os pais a prestar cuidados, mesmo nos momentos em que estes se sintam receosos por aos seus olhos os seus filhos lhes parecerem mais frágeis. Para facilitar uma primeira abordagem ao cuidar do seu filho, após observar os cuidados, a primeira vez que os pais prestarem os cuidados ao seu bebé, é importante que o enfermeiro permaneça junto dos mesmos, acompanhando-os e dando-lhes indicações pormenorizadas sobre o que devem ir fazendo, educando os pais, permitindo que prestem cuidados com uma participação guiada, de modo que se sintam confiantes (Cleveland, 2008; Franklin, 2006). Desta forma os profissionais de saúde vão ajudando no planeamento da ação, a estruturar o pensamento para os cuidados, garantindo que são atendidas todas as necessidades do bebé e respondidas todas as questões dos pais (Ciupitu-Plath et al., 2021; Lubbe, 2005). Para os pais se envolverem nos cuidados é importante o enfermeiro dar resposta às necessidades e perguntas, esclarecendo todas as dúvidas (Franklin, 2006; Rikli JM, 1996).

Os enfermeiros devem desenvolver a sua capacidade de escuta ativa perante os pais e ensinar a compreender a importância do silêncio durante a observação do RN, uma vez que a observação e a prestação de cuidados ao RN requerem um tempo tranquilo. Ao manter este espaço de tranquilidade, os enfermeiros devem valorizar o conhecimento intuitivo e biologicamente baseado dos pais sobre seus filhos. Esta é uma maneira de proporcionar uma relação de apoio onde os pais podem ganhar confiança nas suas capacidades, fortalecendo a sua competência de parentalidade (Ahlqvist-Björkroth et al., 2017).

### **Encorajar os pais a visitar o RN**

Ainda que nas UCIN os horários das visitas sejam rigorosos, deve-se tentar adequar os horários a cada família. Muitas vezes existem outras necessidades ou obrigações impossíveis de contornar, pelo que o enfermeiro deve tentar ajustar o horário de visita dos pais à dinâmica familiar, não perturbando o desenvolvimento do RN. Durante a primeira visita dos pais, o enfermeiro deve manter-se junto do bebé, no mesmo espaço dos pais, para que lhes possa explicar tudo o que se encontra em redor do RN, encorajando-os a tocar e a falar com o bebé, observando também as necessidades emocionais de cada pai (Cleveland, 2008; Franklin, 2006; Lubbe, 2005; Rikli JM, 1996).

Durante as visitas realizadas, o enfermeiro deve incentivar os pais a levar roupa e brinquedos de casa. Tal atitude irá contribuir para que se sintam uma parte integrante da

vida do RN. Alguns pais relatam que nas primeiras semana do RN na UCIN, o acesso a explicações regulares ajudou-os a controlar os seus sentimentos de desamparo e a conseguir visitar o RN diariamente (Guillaume et al., 2013).

### **Envolver os pais em grupos de suporte**

Mediante a literatura encontrada, é evidente a importância dos grupos de suporte para os pais de RN internados numa UCIN. Muitas vezes não existindo grupos de suporte criados, o simples facto de se apresentar os pais recém-chegados a outros pais que já se encontram a frequentar a UCIN há mais tempo, torna-se um ponto fulcral para ajudar na gestão de emoções, de *stress* e muitas vezes a entender situações que ocorrem na unidade ou com o seu próprio bebé. Cria-se uma relação empática entre os pais, podendo ocorrer uma interajuda, que os profissionais de saúde não são capazes de alcançar (Lubbe, 2005).

### **Promover a amamentação**

Este é um momento de grande importância, sendo que muitas vezes as mães referem que é a única coisa que sentem poder fazer pelo seu filho que se encontra internado na UCIN. Quando o momento de extração de leite se torna stressante por ocorrer pouca saída de leite, a própria mãe não se sente capaz e muitas vezes fica desanimada por não conseguir alimentar o seu filho. O enfermeiro tem o papel de explicar que existem mais cuidados que pode fazer para além da alimentação, sendo assim um elemento facilitador e promotor de parentalidade.

A ocasião de amamentação é um grande momento entre mãe e filho, onde ocorre a vinculação, é um dos momentos mais facilitadores para tal desenvolvimento (Guillaume et al., 2013).

O fornecimento de leite materno é visto como uma forma de contato e desejável para as mães, pois sentem que isso é algo que só elas podem fazer pelos seus bebés (Cleveland, 2008).

### **Ensinar sobre medidas de conforto**

É importante que os pais vão compreendendo e entendendo o seu filho. Se tal acontecer torna-se um bom prognóstico de parentalidade relativamente àqueles pais. Sobre as medidas de conforto, existem diversas atividades que se podem e devem

desenvolver conjuntamente com os pais, tendo em conta o estado de saúde do RN. Deve ser explicado aos pais o porquê de não se realizar estas atividades precocemente. Os pais devem então ser abordados sobre alteração do envolvimento, medidas de conforto, posição do recém-nascido, sucção não nutritiva, contacto pele-a-pele, toque terapêutico e comunicação entre a equipa de profissionais de saúde e a família. (Ahlqvist-Björkroth et al., 2017; Bredemeyer et al., 2008)

Permitir aos pais a proximidade física com os RN, a realização de reciprocidade social e a possibilidade de comportamentos parentais, como toques afetuosos repetidos, olhares e expressão de afeto positivo e vocalização aguda, são algumas das intervenções que permitem com que os pais se sintam mais incluídos no desenvolvimento dos seus filhos (Ahlqvist-Björkroth et al., 2017).

### **Promover contacto entre pais e RN**

Evidenciar para os pais a importância de contacto entre os mesmos e o RN. A realização de contacto pele a pele está referido na literatura como um método muito importante para o estabelecimento de uma vinculação adequada, levando a uma ligação parental bem vinculada. O momento deve ser proporcionado sempre que possível, adequando às necessidades do bebé. Deve-se encorajar os pais a tocar nos bebés, encurtando o distanciamento entre os mesmos (Bredemeyer et al., 2008; Franklin, 2006).

É importante os enfermeiros encorajarem os pais a visitar o máximo de vezes e tempo o bebé, permitindo que desta forma se sintam o mais próximo destes e que consigam criar uma vinculação da forma possível. Os profissionais de saúde podem-se tornar um veículo para permitir criar uma ligação entre pais e RN, encurtando a distância entre ambos (Franklin, 2006; Guillaume et al., 2013).

### **Partilhar com os pais**

Os enfermeiros podem tirar fotografias para entregar aos pais. O facto de poderem ver o seu filho, mesmo que a sua condição não permita deslocar-se para o ir

visitar, faz com que se sintam mais aliviados e retira medo do desconhecido que possam estar a sentir.

Se o estado de saúde do bebé permitir, o facto de se deslocar o bebé para junto da mãe somente para que esta o possa ver, vai reduzir a distância física que a mãe sente por não poder estar junto do mesmo (Franklin, 2006).

A fotografia do bebé e a visita dos enfermeiros da UCIN ao quarto da mãe foram os dois fatores descritos como muito úteis para se sentirem mais próximos do RN (Guillaume et al., 2013).

## **Conclusão**

A complexidade da parentalidade, é destacada como temática transversal a todo o percurso, constituindo uma área de prestação de cuidados de enfermagem altamente diferenciada. Ao abordar a parentalidade no internamento, pelas especificidades que lhe estão inerentes, este processo de transição torna-se ainda mais complexo. Para dar resposta às exigências intrínsecas desta questão, os profissionais devem comprometer-se com uma aprendizagem contínua e uma atualização constante dos seus conhecimentos científicos e das evidências mais atuais.

Considerando a evidência científica encontrada, a humanização dos cuidados individualizados ao RN e pais deve ter em conta os cuidados centrados na família, abordando a família como um todo e incluindo os pais nos cuidados ao seu bebé, de forma a torná-los os principais cuidadores do RN. Desta forma, tenta-se diminuir ao máximo o impacto do internamento do seu filho, para que o desempenho da sua parentalidade fique o mínimo comprometida. Foram citadas e sintetizadas as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade, em pais de RN internados numa UCIN.

Os sentimentos vivenciados por estes pais são na sua generalidade negativos e causadores de *stress*, levando por vezes a depressão. Através das intervenções atrás identificadas, a equipa de enfermagem deve auxiliar na transição de vida dos pais e RN. Desta forma serão capazes de facilitar o estabelecimento da parentalidade, de uma forma mais natural, tendo como obstáculo o internamento do RN. Torna-se fundamental a implementação nas unidades de cuidados intensivos neonatais destas intervenções de enfermagem, mantendo um olhar holístico sobre a díade pais e RN.

Ao promover a parentalidade destes pais, é essencial o desenvolvimento, aquisição de competências e estratégias para que estes consigam lidar e orientar o internamento do seu filho, com o intuito que sejam os principais cuidadores do RN, não sendo o internamento uma barreira maior nesse processo. Compete aos enfermeiros dar resposta às necessidades dos pais, com o intuito de encurtar a distância física que existe com o internamento do seu filho.

### **Implicações para a Prática Clínica**

Esta revisão *scoping* permitiu sintetizar um conjunto de informações relativa às intervenções de enfermagem e emoções vividas pelos pais de recém-nascidos internados numa UCIN, de forma a uma promoção da parentalidade adequada.

Assim ficam estruturadas e sintetizadas intervenções de enfermagem adequadas para este agir, auxiliando a prestação de cuidados centrados não só no RN, como na sua família.

## 2. REFLEXÃO CRÍTICA DE ESTÁGIO: OBJETIVOS E ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Em contexto de MEESIP, as práticas clínicas tiveram uma grande importância no meu desenvolvimento enquanto futura EESIP, por ter tido a oportunidade de conhecer novas realidades e cuidar de crianças que não só RN (por ser a minha prática profissional), poder adquirir novos conhecimentos e desta forma ser capaz de refletir sobre os mesmos. Estar presente nos estágios enquanto aluna deu-me a oportunidade de ter mais tempo para observar e refletir, com a ajuda indispensável dos enfermeiros orientadores que me nortearam para a prática e foram imprescindíveis na reflexão sobre o experienciado e vivenciado. A temática escolhida, parentalidade, é transversal a toda a fase da vida da criança e dos pais, adaptando-se à idade e necessidades da criança/jovem. Desta forma e tendo em conta os diversos contextos em que foi realizado o estágio, tive a oportunidade de observar e refletir sobre este tema e sobre a importância do papel parental ao longo do crescimento e do desenvolvimento da criança. A figura dos pais é devesas importante e o vínculo entre pais e filhos é estabelecido desde o início da vida da criança, permanecendo, desenvolvendo-se e crescendo ao longo da vida.

Com este capítulo pretendo expor e analisar de forma reflexiva os objetivos específicos delineados para cada um dos estágios, bem como as atividades que foram planeadas e executadas. É objetivo que a reflexão seja realizada através de evidência científica, com teorias de enfermagem e com a articulação das competências definidas pela OE para a especialidade de enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Os estágios realizados decorreram num Hospital de um Centro Hospitalar da região de Lisboa (CHL), entre setembro e fins de 2022 tendo definido como objetivo geral e transversal a todos os contextos: Adquirir e **desenvolver competências de EESIP na prestação de cuidados/ensinos à criança e família**. Ao longo dos estágios o objetivo geral referido foi sempre considerado como orientador, tendo estabelecido objetivos específicos de forma distinta em cada estágio, adequando as necessidades de aprendizagem em cada contexto, recorrendo a diversos tipos de atividades. Desta forma, e devido à necessidade de realizar diferentes atividades, pretendi desenvolver o máximo de competências de EESIP no decorrer de cada estágio, tentando dar resposta a diferentes competências, adequadas a cada contexto.

O processo de aprendizagem ao longo do MEESIP foi dinâmico e dirigido livremente por mim, de acordo com os interesses temáticos, neste caso, a parentalidade na pediatria. Esta aprendizagem dinâmica aconteceu devido à necessidade de adaptação a diferentes contextos, adequando os objetivos e o percurso definido, potencializando uma melhor aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Optei por realizar todos os estágios no mesmo hospital de forma a compreender a interligação entre serviços, uma vez que as crianças/jovens internadas em determinado serviço poderão ser transferidas para outra unidade. Existiu ainda a oportunidade de acompanhar a mesma criança em diferentes contextos, complementando a aprendizagem não só pela continuidade de cuidados prestados à criança e família, mas também pela possibilidade de poder observar a evolução e de conseguir adequar os diferentes cuidados especializados de enfermagem nos diferentes contextos. Pelo facto de exercer funções neste hospital, a possibilidade de conhecer outros contextos de internamento revelou-se uma mais-valia, enriquecendo o meu conhecimento. Agora, sinto-me mais capacitada para elucidar e esclarecer os pais sobre as diligências necessárias de cada unidade de internamento para a transferência de uma criança, explicar a dinâmica dos serviços e algumas normas, conseguindo simultaneamente transmitir uma maior segurança aos pais nesta fase de transição. A facilidade de comunicação e troca de ideias entre equipa também se revelou uma vantagem, contando sempre com o apoio de toda a equipa na reflexão diária sobre a prática clínica e sobre situações que me ajudariam a implementar o projeto.

Em cada contexto de estágio e para um melhor e mais adequado diagnóstico de situação, foi realizada uma análise SWOT (strengths, weaknesses, opportunities e threats), tendo em conta as Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças. Este método de análise foi desenvolvido pelos professores de Harvard: Kenneth Andrews e Roland Cristensen, com o intuito de estudar a competitividade de uma organização através das quatro variáveis atrás descritas, formando a sigla SWOT. A função da análise é cruzar as oportunidades e as ameaças externas à equipa com os seus pontos fortes e fracos. Torna-se assim uma ferramenta essencial para se poder ter uma visão clara e objetiva sobre quais são as forças e as fraquezas no ambiente interno e quais as ameaças e as oportunidades no ambiente externo (Chiavenato e Sapiro, 2003).

De seguida serão apresentados os vários campos de estágios, referindo para cada contexto os objetivos específicos estipulados, assim como as atividades implementadas e os recursos utilizados, bem como o desenvolvimento das competências específicas de EESIP.

### **2.1.Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos**

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed) entre 5 de setembro e 7 de outubro de 2022, com uma duração de 5 semanas. A ideia deste local de estágio surgiu com uma grande expectativa, tendo sido correspondida ao longo de todo o percurso. Esperava que ali pudesse desenvolver o projeto sobre o doente pediátrico em estado crítico, acompanhar crianças que são transferidas do local onde exerço funções e também acompanhar e compreender mais detalhadamente as vivências dos pais destas crianças, o que consegui alcançar. Por outro lado, uma vez que como já referi anteriormente a minha experiência em pediatria é limitada à UCIN, tinha também muito interesse pessoal e profissional em poder cuidar de crianças com idade superior a um ano de idade, tendo ousado sair da minha zona de conforto para que isso acontecesse.

A UCIPed é uma unidade polivalente e pluridisciplinar e constitui um excelente exemplo de assistência em neurotrauma grave, garantindo a prestação de cuidados ao utente pediátrico gravemente doente, com recurso a técnicas e procedimentos avançados de suporte ventilatório, hemodinâmico e cardiovascular. A admissão na unidade pode ser realizada por referência interna ou externa, envolvendo uma área de abrangência, que inclui as regiões de Lisboa, sendo o centro de referência de trauma e essencialmente neurotrauma em idade pediátrica, para a região de Lisboa e Vale do Tejo, zona sul do país (Alentejo e Algarve), incluindo ainda as ilhas da Madeira e Açores.

A UCIPed é subdividida por Cuidados Intensivos, com capacidade de seis vagas, existindo ainda duas vagas de Cuidados Intermédios. A equipa de enfermagem está distribuída da seguinte forma: um enfermeiro chefe, um enfermeiro de apoio à gestão, mas que presta cuidados diretos aos doentes, e a restante equipa fica dividida por quatro elementos por turno. O rácio é de 1:2 doentes por enfermeiro, a gestão e distribuição pelos

elementos é efetuada após avaliação do estado do doente e das suas necessidades, durante a passagem de turno, pelo chefe de equipa.

Realiza-se na UCIPed uma reunião mensal com todos os elementos da equipa multidisciplinar, para análise e discussão dos incidentes críticos ocorridos, com posterior elaboração de recomendações, de forma a diminuir a incidência do erro. Uma das partes da visita médica (passagem de turno médica) é realizada junto dos doentes, permitindo à equipa de enfermagem conhecer os planos clínicos para os doentes, podendo ser discutido algum ponto fulcral sobre o doente em questão. A enfermeira-chefe ou o enfermeiro chefe de equipa acompanha toda a visita médica, caso seja necessário passar alguma informação a algum enfermeiro específico.

Existe uma folha de fácil acesso onde é colocada a distribuição dos doentes pela equipa, sendo ainda escrito o plano diário para cada criança. Desta forma, a comunicação entre equipa é facilitada, diminuindo os equívocos e probabilidade de erro. Uma vez por semana, uma farmacêutica acompanha a visita médica, validando as dosagens e concentrações de toda a terapêutica prescrita de cada criança.

Os cuidados de enfermagem prestados são diferenciados e de nível terciário, tendo as crianças ali internadas necessidade de suporte ventilatório, hemodinâmico e cardiovascular avançado. O objetivo é minimizar os efeitos secundários da doença e/ou tratamento e promover uma recuperação adequada e completa em todas as vertentes, de modo a tentar recuperar todas as funções da criança.

Durante o internamento na unidade, a criança/jovem tem direito ao acompanhamento por duas pessoas significativas, preferencialmente os pais, durante todo o dia. No período noturno (das 22h às 8h30) pode permanecer apenas um acompanhante, não sendo permitidas trocas de elemento durante a noite. É disponibilizada a sala dos pais, onde poderão realizar cuidados de higiene, fazer refeições e guardar os pertences nos cacifos. Relativamente aos internamentos mais prolongados e estados mais críticos, poderá ser permitida a visita de familiares próximos e significativos para a criança/família, em data e hora a combinar com a equipa multidisciplinar.

A UCIPed, dá resposta a uma variedade de situações complexas, tais como doenças do foro respiratório, cardiovascular, neurocirúrgico, renais, infeccioso, metabólicas descompensadas, hematológico, dermatológico, com comprometimento dos

sistemas vitais e provenientes de diversos blocos operatórios (Manual de Enfermagem da UCIPed, 2011).

A equipa de enfermagem desempenha funções de prestação de cuidados especializados a crianças submetidas a ExtraCorporal Membrane Oxygenation (ECMO). A ECMO consiste numa técnica médica muito especializada e relativamente recente no nosso país (realizada de forma consistente desde 2010) (Meireles, 2021), que requer cuidados de enfermagem complexos, baseados numa avaliação criteriosa das necessidades da criança. Esta é uma técnica que me suscitava muita curiosidade uma vez que, na unidade onde exerço funções, existem várias crianças que são transferidas para a UCIPed para serem submetidas à mesma. Desta forma, foi interessante poder manter uma continuidade de cuidados, acompanhando doentes entre serviços, aprendendo simultaneamente com os cuidados que são realizados nesta unidade. Este fator foi facilitador na escolha do objetivo definido, existindo mais doentes submetidos a ECMO, tornou-se uma vantagem para o contacto com este tratamento.

### Diagnóstico de Situação

Para uma análise diferenciada e mais detalhada da unidade, após reunião informal com o enfermeiro orientador e com mais enfermeiros da equipa, surgiu a ideia de realizar uma **análise SWOT** (Apêndice III). A diversidade de patologias e situações clínicas que levam ao internamento das crianças e existência de novas tecnologias existentes para a prestação de cuidados (evidenciando o tratamento por ECMO) foram consideradas como uma grande oportunidade de aprendizagem. Devido ao facto dos internamentos por vezes serem longos, tal pode levar a situações de *stress* familiar e da própria criança, tornando-se uma ameaça durante o internamento. Desta forma, a intervenção especializada de enfermagem torna-se essencial, de forma a dar resposta às necessidades de cada família. Com esta avaliação e de acordo com o conhecimento que pretendia adquirir neste estágio, foi decidido em conjunto com o enfermeiro orientador focar-me nos cuidados à criança em ECMO e à sua família.

## Objetivo Específico e Atividades desenvolvidas

Em apêndice, apresento o planeamento das atividades e seleção de estratégias (Apêndice IV). Desta forma, mantendo o objetivo geral previamente definido e transversal a todos os estágios, foi delineado o seguinte objetivo específico.

*Objetivo Específico: Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança em situação crítica em ECMO, analisando as vivências dos pais face ao internamento.*

Foram definidas como atividades para este objetivo, a observação participante dos cuidados prestados, com intervenção do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar; a prestação de cuidados de enfermagem especializados a uma criança submetida a ECMO; a elaboração de uma história de saúde sobre uma criança submetida a este tratamento; a realização de entrevista terapêutica aos pais de criança sob tratamento de ECMO (Apêndice V), que teve como intuito a recolha de informação para a elaboração da referida história de saúde, após o consentimento informado e esclarecido dos pais.

De forma a poder executar as atividades inicialmente propostas, houve a necessidade de conhecer a equipa multidisciplinar, compreender o funcionamento da unidade e todo o seu enquadramento a nível de recursos. A execução do diagnóstico de situação foi bastante útil, na medida em que consegui enquadrar a unidade na sua globalidade e funcionalidade, compreendendo também a população alvo dos cuidados, as diferentes proveniências e as mais variadas situações que levam a população àquele contexto.

As variáveis que levaram à escolha da criança sobre a qual foi realizada a **história de saúde** (Apêndice V), foram a idade e a história da criança e a técnica ECMO. Efetivamente, senti necessidade de trabalhar com crianças com idade superior a um ano, uma vez que a minha experiência em Pediatria está limitada à área da Neonatologia e a criança em questão apresentar dois anos. Por outro lado, e como referi anteriormente, a ECMO suscitava-me um grande interesse, pois na minha Unidade vários doentes são transferidos para serem submetidos à mesma. Também a envolvência familiar e história passada e presente, cativaram-me a saber mais e a poder dedicar mais tempo àquela família. Poder falar com os pais da menina e tentar compreender os sentimentos vividos

por eles diariamente, tornou-se muito interessante para mim, com necessidade de ouvir tudo o que tinham experienciado. Aos poucos, após me ter apresentado, bem como ao meu projeto, e com a convivência diária com o casal e com a I (inicial do nome da criança), senti abertura para poder conversar um pouco mais aprofundadamente sobre o que sentiam, conseguindo que me relatassem a sua história, tão complexa até chegar ao dia da entrevista. Consegui assim estabelecer uma relação terapêutica, uma relação de empatia e desta forma ter segurança dos pais para conversar sobre um tema tão sensível para eles. Demonstrei disponibilidade para escutar toda a história e todos os pormenores que quisessem relatar, criando uma relação de empatia. Segundo Phaneuf (2005) ao abordar a relação de ajuda, quando a pessoa que ajuda (enfermeiro) se encontra completamente disponível para o outro (utente, sendo neste caso família) e para a sua situação de sofrimento, ocorre uma intervenção de ajuda, particularmente significativa. Na relação de ajuda profissional a empatia é uma das mais importantes atitudes a desenvolver pelo enfermeiro e define-se como a capacidade em reconhecer e compartilhar as emoções e a forma de pensar de outra pessoa, desta forma compreender o significado e a importância do comportamento para determinada pessoa (Taylor, 1992).

Particpei ativamente na prestação de cuidados a diversas crianças e em várias condições, sendo a pequena I à qual mais me dediquei, avaliando o seu estado geral, compreendendo o funcionamento da ECMO e tendo todos os cuidados necessários durante os turnos para o correto funcionamento do tratamento. Procurei envolver os pais nos cuidados prestados, incentivando à sua adesão e mostrando como era importante que estivessem envolvidos, não somente para os próprios, mas para a própria I.

O acompanhamento e participação dos pais nos cuidados, são fundamentais para dar apoio emocional à criança, proporcionando-lhe segurança e diminuindo a quebra de continuidade do quotidiano (Hockenberry & Wilson, 2006; Smit et al., 2006). Por outro lado, promove a integração dos pais na equipa o que, segundo Einloft *et al* (citados por Jorge, 2004), é essencial para o seu ajustamento social e psicológico, durante a sua permanência no hospital. Os CCF são baseados na promoção de uma parceria entre pais e profissionais de saúde, sendo a abordagem ideal a adotar nos contextos pediátricos, mantendo desta forma os pais como principais cuidadores e capacitando-os para o cuidar dos seus filhos em contexto hospitalar.

O acompanhamento da hospitalização da criança é benéfico para os pais, uma vez que estes têm a possibilidade de acompanhar a evolução da situação do filho, de

presenciar os cuidados prestados, de participar nos cuidados e serem preparados para lhes darem continuidade após a alta, diminuindo assim a ansiedade e o *stress* (Jorge, 2004). A participação dos pais durante a hospitalização da criança incide sobretudo em alguns dos cuidados habitualmente realizados em casa, como a higiene, a alimentação, o suporte emocional, ajudando ainda a criança a desenvolver a sua autoestima (Giraud & Moro, 2004; Heath, 2006).

A pequena I ao longo do tratamento foi ficando cada vez menos sedada, reagindo bem durante os períodos em que se encontrava mais desperta. Consegui comunicar com a menina nas suas diferentes etapas, adequando a minha linguagem e expressão, de forma a conseguir ser correspondida. Mesmo entubada, consegui comunicar com a pequena, através de gestos ou de ordens simples, como piscar os olhos, apesar de não se encontrar sempre recetiva.

Após a extubação, conseguimos em equipa que ela fosse verbalizando algumas palavras, mesmo quando fingia estar a dormir para que ninguém a fosse perturbar.

Durante um dos períodos em que conversei com os pais, consegui jogar no tablet com a I e na despedida recebi um beijinho (através do gesto de levar a mão à boca e enviar o beijinho).

Este estágio foi desafiante, na medida em que foi estabelecido contacto com uma população de idades variadas, tendo cuidado de crianças com meses de vida até à idade da adolescência. Adequiei a minha linguagem de acordo com a faixa etária e a situação clínica em que cada criança se encontrava, assim como com os pais e a sua situação familiar. Efetivamente, inerente à comunicação em saúde, nomeadamente em situações complexas, surge a exigência do desenvolvimento de competências, especificamente competências comunicacionais, o que de facto julgo ter começado a desenvolver neste contexto tão específico.

Os pais são os principais cuidadores das crianças, pois mantêm um contacto próximo e íntimo com as mesmas e por isso são capazes de fornecer informações fidedignas. Para a avaliação da criança e da situação envolvente, compreendi a importância de escutar os pais, tendo em conta a comunicação verbal e não verbal. É através da comunicação não verbal que muitas vezes se consegue compreender os sentimentos dos pais, como por exemplo pela agitação, o facto de olhar ou não para o seu filho enquanto transmite informações. É importante observar se toca no filho ao dar

caricias, compreendendo se podemos como EESIP facilitar a relação entre pais/filhos, apesar da hospitalização. Este é um momento muito *stressante* para os pais, que por vezes são esquecidos nas intervenções de enfermagem. Porém, as nossas intervenções aos seus olhos, vão influenciar o cuidar à criança (Hockenberry & Wilson, 2014). Quando a criança tem idade para ser participante ativa na manutenção da sua própria saúde, referindo o que sente e como se tem sentido, tudo parece tornar-se mais fácil e simples. A própria participação dos pais nos cuidados é influenciada pela idade da criança e, uma vez internados, procuram mais a ajuda dos pais para que de certa forma se possam sentir protegidos e acompanhados, o que realça a importância da parceria de cuidados com os pais durante o internamento da criança.

Cada criança comunica de diferente forma, ainda mais em situações críticas, a linguagem pode ser simples e o que lhes é transmitido deve estar de acordo com sua faixa etária. À medida que crescem vão preferindo linguagem mais técnica, gostam que a comunicação seja de igual para igual, com linguagem acessível e facilmente compreensível (Ramos e Simões, 2016).

Relativamente à comunicação com os pais, estes têm necessidades relativas a conhecimentos e informações sobre a forma como lidar com a doença, com os procedimentos, com as técnicas terapêuticas e cuidados que possam vir a necessitar de prestar em casa. A obtenção da informação é um fator importante na capacidade da família crescer e mudar, sendo uma necessidade específica numa situação de crise ou ansiedade (Jorge, 2004). A informação dá à família algum controlo sobre a situação e reduz os sentimentos de incerteza, que são habitualmente experimentados numa fase de adaptação a uma nova situação. As necessidades dos pais que acompanham a hospitalização são, entre outras, compreender a situação clínica e tratamentos do seu filho e sentir que são pais capazes (Fernandes, 1988). Os pais querem continuar a ser pais no hospital e necessitam que a equipa de saúde os informe e os prepare para manter esse papel.

Para que os pais tenham uma participação efetiva nos cuidados ao filho, é necessário que os enfermeiros considerem a comunicação e a transmissão de informações instrumentos fundamentais. A comunicação com as famílias é absolutamente fundamental: têm de ser informadas e ensinadas sobre os cuidados à criança doente para

que elas próprias possam decidir sobre a extensão do seu envolvimento e participação nos cuidados.

### Competências de EESIP adquiridas

De acordo com o que foi descrito anteriormente, com o que foi vivenciado na prática e com o que foi experienciado, desenvolvi competências de EESIP, sendo capaz de ter uma visão diferente sobre aspectos que englobam a criança e a sua família. Os pais são os maiores e melhores prestadores de cuidados que a criança poderia ter, sendo aliados no plano de cuidados e sua implementação junto da criança/jovem. É impreterível a promoção da saúde na criança, identificando situações de risco junto da criança e/ou família, devendo como enfermeira especialista dar um suporte emocional à criança e família em situação crítica. Todas as aprendizagens adquiridas neste estágio, não conseguem ser resumidas somente às competências de EESIP, mas englobam sim capacidades como ser humano e profissional a desempenhar funções diárias junto de famílias e crianças em risco.

A comunicação com crianças com variadas idades implicou um ajuste de vocabulário adequado a cada faixa etária, harmonizando de acordo com o que era pretendido com a criança, relevando competência de comunicação com a criança/jovem e família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento (E1.1.2. e E3.3.3.). Foram explicados à criança/jovem os procedimentos inerentes ao tratamento em curso, tentando incluir a criança e a família na sua participação, garantindo a independência da mesma, desta forma negociando a participação do binómio em todo o processo de cuidar, rumo ao seu bem-estar e independência (E1.1.4. e E3.4.4.) Foram adequados os tempos dos cuidados de higiene e gerida a participação dos pais nos cuidados ao seu filho (E3.1.3.), garantindo o respeito e o poder de escolha da criança e família, trabalhando em parceria com a família, garantindo e demonstrando que, apesar da hospitalização, continua a ser o melhor cuidador daquela criança, promovendo desta forma a parentalidade (e conseqüentemente o empoderamento) que deve ser mantida mesmo com o internamento decorrente (E3.2.1.). Foi gerido em parceria um plano de cuidados de enfermagem, promotor da parentalidade, através da relação estabelecida com algumas famílias por ter revelado disponibilidade de escuta, demonstrando a importância dos sentimentos vivenciados pelos pais sobre esta hospitalização (E1.1.1. e E1.1.3.). Através da partilha da informação obtida, com a equipa de enfermagem foi possível a

adequação dos cuidados junto de cada família, tendo sido mobilizada a equipa multidisciplinar em casos de necessidade de outros apoios (E1.2.2.) (como assistente social e psicóloga), com o intuito de melhor entender as preocupações e necessidades da família, podendo fornecer os apoios adequados a cada situação (E1.1.5. e E1.1.7.).

Através da entrevista terapêutica a uma família, onde foi aprofundada a informação partilhada para realização de uma história de saúde, foi possível avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar. O relato por parte da família das suas vivências passadas e atuais, foi um ponto chave para identificar as evidências e/ou necessidades emocionais (E3.4.1.), tendo partilhado com a equipa de enfermagem a informação recolhida, tendo sido demonstrada a necessidade de contactar a psicóloga e a assistente social, de forma a dar apoio à família.

Por exercer funções na Neonatologia, a mobilização de conhecimentos para este contexto foi facilitada, uma vez que durante o estágio se encontraram internadas muitas crianças ainda recém-nascidos, sendo capaz de compreender a instabilidade fisiológica (das funções vitais) e/ou emocional da criança/família e comunicar com a equipa de enfermagem para uma resposta antecipada.

Durante a minha prestação direta de cuidados à criança, envolvendo a família, foi garantida a gestão da dor através de medidas não farmacológicas, como a contenção por parte dos pais, o toque, o brincar ou outras medidas através de gostos pessoais de cada criança, de forma a minimizar a dor no procedimento a ser realizado (E2.2.3.). Quando necessário recorreu-se a medidas farmacológicas para controlo da dor, garantindo o bem-estar e conforto da criança e conseqüentemente da família (E2.2.2.).

## **2.2.Internamento Pediatria**

Este estágio decorreu num serviço de internamento de um Hospital de um Centro Hospitalar da região de Lisboa (CHL), entre 10 de outubro e 11 de novembro de 2022 (duração de 5 semanas).

O serviço integra 5 subespecialidades médicas: Neurologia (centro de referência para a Epilepsia Refratária), Metabólicas, Endocrinologia, Hematologia e Pediatria Geral. Recebe crianças e jovens de todas as faixas etárias, desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias, independentemente da patologia apresentada, exceto as situações inerentes ou conseqüentes à gravidez que são atendidas nos serviços de Obstetrícia. É um serviço

dotado de recursos físicos e humanos capazes de assegurar a prestação de cuidados médico-cirúrgicos e de enfermagem diferenciados a todos os utentes em idade pediátrica com necessidade de cuidados variados, tendo em conta as valências médicas que assistem o serviço. A admissão pode acontecer via interna ou externa ao hospital. Integrado no Departamento de Pediatria, tem como missão prestar cuidados diferenciados e altamente especializados a utentes em idade pediátrica, à criança com doença crónica, doença aguda e vulnerabilidade acrescida, num modelo de parceria de cuidados com os seus pais/familiares, de forma a minimizar os efeitos secundários da doença e/ou tratamento, promovendo a mais completa recuperação, no âmbito das vertentes física, psicológica, espiritual e social e funcional.

Os recursos humanos englobam diferentes sectores profissionais, constituindo uma equipa multidisciplinar que, no caso particular da equipa de Enfermagem, é composta por: um enfermeiro Chefe, um enfermeiro de Apoio à Gestão e dezassete enfermeiros (num total de quatro especialistas em SIP e um em Enfermagem de Reabilitação). A Equipa de Enfermagem encontra-se organizada em sete equipas de dois ou três elementos, sendo que dois dos elementos estão presentes exclusivamente nas manhãs, para além da Enfermeira de Apoio à Gestão, que também está alocada à prestação de cuidados.

A articulação entre os diversos profissionais da equipa multidisciplinar visa o respeito pela área de competência de cada um, privilegiando um clima comunicacional e relacional que propicie um bom ambiente de trabalho e tenha sempre em vista o bem-estar do utente pediátrico. À semelhança das outras unidades de internamento, este serviço tem o apoio das diferentes áreas de especialidade médica existentes no Hospital, como também de: Dietética e Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Serviço de Medicina Física e Reabilitação, Terapia da Fala, Assistência Religiosa e Espiritual. Uma vez que se trata de um serviço de internamento pediátrico, tem também o apoio de educadoras de infância.

### Diagnóstico de Situação

Para uma análise diferenciada e mais detalhada da unidade, após reunião informal com o enfermeiro orientador e com mais enfermeiros da equipa, realizei uma análise

SWOT (Apêndice VI). Este era um serviço onde existiam diversas patologias, pelo que se destacou como uma oportunidade de contactar com áreas que desconhecia, saindo da minha área de conforto mais uma vez. O facto de existirem várias equipas médicas, veio a ser um fator dificultador quando pretendia esclarecer alguma questão junto da equipa médica do doente, sendo cada uma de cada especialidade. A existência de uma sala onde as crianças podem brincar, foi considerada como uma vantagem deste serviço, despertando-me muito interesse para utilizar o brincar e os jogos como meio de estabelecer uma comunicação com as crianças. A existência de um sistema informatizado despertou-me curiosidade para poder observar a sua utilização e como serviria para registo e avaliação da parentalidade para possíveis intervenções de enfermagem. Cedo reparei que, apesar de a equipa de enfermagem utilizar o sistema informático, adequando as intervenções a cada criança e família de acordo com as suas necessidades, também constatei que nenhum diagnóstico sobre a parentalidade era elaborado. Devido às complexas dinâmicas familiares e a necessidades de ensinamentos constantes a cada família, a elaboração de diagnósticos dirigidos à parentalidade tornava-se essencial dando visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados e sendo uma ferramenta de registo indispensável para a avaliação da parentalidade.

A permanência dos pais no serviço era durante as 24 horas, para que prestassem cuidados ao seu filho durante o internamento. Desta forma, adquiriam novos conhecimentos devido aos diversos ensinamentos de enfermagem realizados ao longo do tempo e esclareciam dúvidas junto da equipa para que se sentissem seguros quando levassem o seu filho para casa.

Muitas das crianças internadas tinham doenças respiratórias, apresentando febre, tosse e necessidade de aspiração das vias aéreas. Algumas delas também tinham recorrido ao serviço de urgência pediátrica, tendo posteriormente ficado internadas por vómitos. Desta forma, achei pertinente basear-me nestes sintomas e poder desenvolver algum suporte teórico em papel para poder ajudar a orientar os pais em casa.

O papel do enfermeiro é fulcral na fase de internamento, permitindo aos pais manter o seu papel parental, motivando os cuidados a serem realizados ao seu filho e realizando ensinamentos com foco na saúde e bem-estar. É função do enfermeiro dar apoio aos pais, facilitando na transição de casa para a hospitalização, reforçando a importância de continuarem a ser os principais cuidadores da criança.

## Objetivos Específicos e Atividades Desenvolvidas

Mantendo o objetivo geral e transversal a todos os campos de estágio, foram definidos dois objetivos específicos para este contexto. O planejamento das atividades e seleção de estratégias pode ser consultado no Apêndice VII.

*Objetivo Específico: prestar cuidados especializados de enfermagem em resposta às necessidades da criança durante os anos toddler e pré-escolar, em situação de doença e consequentemente internamento, promovendo o papel parental.*

De forma a atingir o objetivo, foi escolhida a idade entre os 12 meses e os 6 anos, para dar resposta às suas necessidades e dos pais. Estas idades suscitaram-me grande curiosidade e, como se encontravam internadas diversas crianças nestas faixas etárias, tornou-se enriquecedor para mim uma vez que me estimulou a rever conhecimentos teóricos e a fazer novas pesquisas.

Os *toddler* (dos 12 aos 36 meses) caracterizam-se pela fase intensa de exploração sobre o ambiente e tudo o que os rodeia, tentam descobrir como funcionam as coisas, o significado da palavra “não” e descobrem o poder das birras. Tentam fazer coisas e tentam relacionar-se com as pessoas à sua volta. O sucesso na realização das suas tarefas nesta idade, requer um pilar forte de confiança, necessitando de orientações de outros, nomeadamente dos pais, as figuras que representam o conforto e a segurança (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os enfermeiros, ao compreenderem a dinâmica do crescimento e do desenvolvimento da criança, podem ajudar as famílias a lidar eficazmente com as problemáticas da idade. (Hockenberry & Wilson, 2014)

Na idade pré-escolar inicia-se uma combinação de aquisições biológicas, psicossociais, cognitivas, espirituais e sociais, preparando a criança para uma mudança significativa no seu estilo de vida: a entrada para a escola. Esta é a idade onde se inicia o total controlo dos sistemas corporais, a experiência de separação por períodos curtos e prolongados dos pais, a habilidade para interagir em concordância entre o seu grupo de pares e com adultos. Nesta faixa etária, começa-se a utilizar a linguagem para a simbolização mental e, simultaneamente, a capacidade de atenção e memória vai

umentando, o que prepara a criança para os anos escolares. Neste período redefinem-se muitas das tarefas que adquiriram nos anos de *toddler* (Hockenberry & Wilson, 2014).

Durante o estágio tive a necessidade, e ocorreu a oportunidade, de interagir com várias crianças, não só dentro do grupo etário que tinha previamente selecionado, assim como com os pais. Efetivamente, com alguns dos pais já tinha uma relação estabelecida, devido ao facto dos seus filhos terem sido transferidos da UCIN, o que veio facilitar a minha abordagem. Ao conversar com os pais, fiquei inquieta com o motivo que os levava à urgência com as crianças. Após uma observação dos processos clínicos e uma pesquisa bibliográfica, compreendi que as principais causas são febre, vômitos e diarreia, ficando por vezes a criança internada por estas razões ou similares. Após constatar este facto, e depois de uma reunião com a enfermeira orientadora, elaborei **guias orientadores de boas práticas** relativos a febre, vômitos e diarreia (Apêndice VIII), com o intuito de fornecer aos pais informações sobre cuidados a ter em casa nestas situações, minimizando o agravamento da ocorrência e a conseqüente necessidade de observação na urgência. Foram explicados oralmente estes cuidados aos pais de diversas crianças, mas não foi possível verificar se estas indicações foram ou não interiorizadas pelos mesmos por não acompanhar estas crianças e famílias em casa e por não existir um contacto posterior com os pais. Os guias ficaram disponíveis no serviço em formato digital, de forma a que a equipa possa partilhar com os pais quando sentir necessidade.

Como já referido, durante o internamento da criança, a parentalidade tem um grande risco de ficar comprometida. Alteram-se as necessidades, existe uma alteração de funções e um reajuste entre a família. Muitas vezes o pai que fica internado com a criança demonstra muitas questões, dúvidas e inseguranças. Como enfermeira especialista, a atenção sobre pequenos alertas é importante. Com isto é de referir a necessidade de apoio ao familiar que fica com a criança, procurando ajuda para lidar com a situação, seja com apoio emocional, ajuda para arranjar estratégias, realizar ensinamentos e praticar determinadas técnicas. Todo esse apoio faz parte da promoção da parentalidade.

*Objetivo Específico: Contribuir para a uniformização das práticas de enfermagem para a promoção do papel parental.*

No internamento, para além de usufruírem de um sistema informatizado, a equipa de enfermagem tem a capacidade de criar diagnósticos de enfermagem, com as suas intervenções correspondentes. No início do estágio suscitou-me um grande interesse poder adquirir competências relativamente ao sistema informático, pensando numa forma de integrar a parentalidade em algum diagnóstico utilizado pelas colegas. A importância de trabalhar com a plataforma de registos informáticos também surgiu devido ao facto de no serviço em que desempenho funções, os registos serem realizados apenas com notas escritas manualmente, num único registo de texto e numa folha para registo de sinais vitais e alterações. Contudo, já está nomeada uma equipa para a elaboração de uma plataforma de registos informáticos, a implementar em breve (Picis), a qual abordarei mais à frente.

O sistema utilizado já era conhecido por mim (de um segundo contexto laboral), tendo por este motivo facilidade em utilizar os diagnósticos e intervenções adequadas a cada criança e família. No entanto, cedo notei que as intervenções de enfermagem não estavam completamente adequadas à pediatria. Após uma breve reunião com a enfermeira orientadora, compreendi que a equipa já tinha reconhecido a necessidade de adequar as intervenções à população alvo do serviço, pelo que já estavam em marcha as diligências necessárias para a resolução do problema.

Uma vez que a equipa de enfermagem mostrava facilidade na utilização da plataforma, através da elaboração de diagnósticos e intervenções de enfermagem adequados e ajustados a cada criança e família, considerei pertinente sensibilizar para a possibilidade de elaboração de um diagnóstico relacionado com a parentalidade.

Deste modo, surgiu o diagnóstico de “**capacidade de desempenho de papel, comprometido**”. *Este diagnóstico de enfermagem remete para indivíduos cuja capacidade de desempenho de um determinado papel familiar, social ou profissional está alterada ou comprometida. Através da implementação de intervenções de enfermagem direcionadas, deverá ser possível resolver o problema, ou pelo menos, minimizar o seu impacto* (CHLN, 2019). Apesar do diagnóstico constar na plataforma de registos, a equipa não tinha conhecimento sobre este, demonstrando muito interesse pelo tema.

Elaborei uma **instrução de trabalho** sobre este diagnóstico (Apêndice IX) onde contextualizei o papel parental, explicando as orientações para a utilização do diagnóstico e exemplificando com as intervenções de enfermagem que o sistema apresenta. Por estar

familiarizada com este sistema informático, e de modo a facilitar futuramente os registos de enfermagem, sintetizei a informação na instrução de trabalho para partilhar com a equipa as diferentes intervenções de enfermagem adaptadas à pediatria. Por outro lado, a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe poderão utilizar esta informação para adequação do sistema com os peritos da área.

Para a equipa, foram realizadas algumas **sessões de partilha de informação** (Apêndice X e XI), onde elucidei a equipa de enfermagem sobre a possibilidade de elaboração do diagnóstico de “capacidade de desempenho de papel, comprometido”, assim como as intervenções correspondentes. A partilha de informação teve como objetivo sensibilizar a equipa de enfermagem sobre o diagnóstico “Capacidade de Desempenho de Papel, Comprometida” no plano de cuidados da criança/adolescente, internado no serviço de pediatria. O *feedback* obtido foi positivo, a equipa de enfermagem desconhecia este diagnóstico, mas na generalidade salientou a sua importância para a prática de cuidados.

Ao longo deste estágio e para o desenvolvimento da temática escolhida, a parentalidade de pais de crianças internadas, decidi criar um **dossier temático** (Apêndice XII), onde foram englobados artigos e documentos consultados durante este período. Alguns documentos são antigos, mas que defendem os direitos das crianças e, concomitantemente, a necessidade e importância de permanência dos pais junto delas. Este dossier temático ficou disponível em formato digital no serviço.

Considerei importante incorporar no dossier um artigo que aborda a parentalidade durante a pandemia, uma vez que se atravessou um período muito complicado a nível mundial e que deixou nos serviços de saúde muitos constrangimentos. O internamento de um filho em situações de vida normais, o constrangimento implicado pela pandemia, veio complicar ainda mais o desempenho de um papel parental adequado durante a hospitalização. Sendo a parentalidade por vezes esquecida, durante a pandemia o *burnout* e o *stress* parental tornaram-se evidentes, e foi algo que suscitou o meu interesse em poder saber mais. O risco de exaustão paternal em situações de internamento de um filho é muito elevado, devido a sentimentos de saturação do papel parental, levando a um impacto no comportamento dos pais perante os filhos. Por existir uma mudança para a qual os pais não estão preparados, necessitando de apoio a nível físico, social e emocional é criado um desequilíbrio, que leva a um risco de *burnout* muito elevado.

A parentalidade deve ser valorizada e os pais deverão ser orientados para um correto desempenho, devendo ser os EESIP a assumir esta premissa. Para tal, deverão ser disponibilizados recursos para uma parentalidade positiva, centrada nos CCF, com deveres parentais realistas e aproximados aos valores de cada família. A existência de uma pandemia a nível mundial veio marcar mais a importância do apoio ao papel parental, pois devido há existência de maiores restrições em termos de visitas e de permanência junto dos seus filhos, a adequação da parentalidade face à hospitalização ficou mais suscetível.

### Competências de EESIP adquiridas

Por nunca ter exercido funções num contexto com crianças com idades superiores a um ano, foi um desafio para mim este estágio, levando-me a superar objetivos pessoais, tendo que me adaptar de diversas formas a cada criança, não só pela sua idade, mas também pela sua patologia, pela família e/ou contexto familiar em que se encontravam inseridos. Este estágio veio-se a revelar uma mais valia tendo em conta que desempenho funções numa UCIN, e desta forma após este contexto, sinto-me capaz de poder ajudar os pais dos RN que muitas vezes surgem com questões de saúde sobre os irmãos dos RN's, podendo agora afirmar que me sinto capaz de poder dar uma resposta mais dirigida e detalhada, adequada a cada idade. Tendo em conta o descrito anteriormente, por toda a investigação e preocupação em adquirir mais e novos conhecimentos, pela dedicação ao longo deste estágio, foram desenvolvidas competências de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, consolidando na prática o conhecimento sobre os cuidados centrados na família.

No que concerne às Competências Específicas do EESIP, e à primeira competência “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”:

- Foi transmitida informação sobre a situação de saúde da criança, assim como ensinamentos adequados à condição e estado da criança, tendo desta forma facilitado a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família, suportando esta intervenção com os guias orientadores de boas práticas que foram desenvolvidos (E1.1.4.);

- Foi promovida a negociação da participação parental nos cuidados (E1.1.1.), envolvendo os mesmos na tomada de decisão sobre os cuidados aos seus filhos (E1.1.5.). Para além da promoção do papel parental, a família foi considerada como parceira no

cuidar, tendo envolvido os pais nos cuidados e apoiado nas situações mais stressantes, foram motivados para o desempenho das suas funções, tendo utilizando estratégias motivadoras para assumirem o seu papel como principais cuidadores do seu filho. Desta forma permiti que os cuidados à criança fossem adequados à disponibilidade de cada família, assim foram ajustados horários para a prestação de cuidados, para que ambos os pais estivessem presentes e disponíveis, garantindo sempre o bem-estar da criança, foram prestados cuidados pelos pais com a minha presença para uma maior segurança dos mesmos, garantindo que tudo era realizado de forma certa e segura (E1.1.3);

- A minha comunicação foi sempre adequada à criança e família, ao seu desenvolvimento e à sua cultura (E1.1.2.), tendo contactado com crianças de variadas idades e desenvolvido competências de comunicação inerentes a cada grupo etário. Existiu a necessidade de demonstrar tempo e dedicação, sentando-me junto de algumas mães, demonstrando disponibilidade para as suas preocupações, permitindo desta forma que fossem escutadas (E3.4.1) e ao mesmo tempo fui promovendo a saúde, adequando os ensinamentos a cada criança/jovem (E3.1.3).

Relativamente à competência “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”:

- Promoção e adaptação da criança e família à doença crónica, oncológica e incapacidade, através do contacto com algumas famílias. Mobilizei conhecimentos e realizei vários ensinamentos, entre eles posicionar a criança, alimentar e poder alimentar a criança através de sonda gástrica em casa (E2.1.1.). Foi sentida a necessidade de contactar com a psicóloga para poder dar resposta às necessidades emocionais da família, em prol de um bem-estar da família e criança (E2.4.2.);

- Os pais foram envolvidos nos cuidados durante os procedimentos dolorosos, de forma a promover medidas não farmacológicas para o controlo da dor (E2.2.3.), permitindo que se sentissem úteis e mais confortáveis por reduzirem ou mesmo anularem a dor do seu filho. Utilizei várias estratégias não farmacológicas durante alguns procedimentos dolorosos, como por exemplo o toque, o colo dos pais, a distração, a sucção não nutritiva ou colocar o bebé à mamã.

Por último a competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem”:

- Promovi a vinculação, particularmente no caso do RN doente, procurando incentivar os pais a assumir o seu papel parental e a prestar atenção e cuidados ao seu filho, através da

realização de ensinamentos, de reforços positivos relativamente aos cuidados realizados (E3.2.6.) pelos pais, incentivados a permanecer junto do bebé (E3.2.2.);

- Estratégias comunicacionais ajustadas a cada família, garantindo um fácil entendimento dos ensinamentos realizados (E3.1.3.), utilizando para isso linguagem simples para uma compreensão inequívoca. Os conhecimentos transmitidos foram validados e as dúvidas esclarecidas;

- Promovida a amamentação (E3.2.5.), tendo dedicado tempo a realizar ensinamentos, demonstrando total disponibilidade para ajudar a mãe no necessário, procurando também mostrar ao pai a importância de se encontrar presente e da importância do contacto físico com o seu filho (E3.2.4.);

- Negociado o envolvimento dos pais na prestação de cuidados, validados os ensinamentos realizados e uma posterior avaliação do desempenho dos pais, com reformulação dos ensinamentos quando necessário (E3.3.1 e E3.2.7.).

Através das intervenções realizadas e da observação do comportamento parental, foi possível promover a parentalidade e posteriormente, registar através do diagnóstico de enfermagem elaborado, compreendendo assim a evolução do papel parental em cada família.

### **2.3.Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

Este estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais de um Hospital de um Centro Hospitalar da região de Lisboa (CHL). O estágio decorreu de 14 de novembro a 16 de dezembro de 2022, com uma duração de 5 semanas. Este contexto foi para mim muito desafiante uma vez que é o local onde desempenho funções. Apesar de sentir uma vantagem devido a conhecer o local e estar integrada na equipa, senti que ia ser um grande desafio e teria de superar as minhas próprias expectativas sobre o que poderia desenvolver neste campo de estágio. O planeamento foi iniciado de forma mais precoce, comparativamente aos outros contextos, onde a realidade era desconhecida.

#### Diagnóstico de Situação

A UCIN, está integrada no Departamento de Pediatria, é uma unidade médico-cirúrgica complexa e com uma variedade de causas que leva o RN a este internamento. É uma unidade que tem como missão a prestação de cuidados diferenciados ao RN até aos

28 dias de vida e como objetivo o tratamento, a minimização e/ou prevenção de sintomas de doença em tempo útil. A área da abrangência é principalmente Lisboa e Vale do Tejo, existindo exceções por ser uma unidade diferenciada. Desta forma, são internados RN vindos de diversas zonas de Portugal continental e ilhas.

A unidade encontra-se dividida em quatro espaços distintos onde ficam internados os RN's: Cuidados intensivos; Cuidados intermédios; Salas polivalentes.

**Sala de cuidados intensivos:** com capacidade de oito incubadoras, onde permanecem os bebés em estado crítico, com maior necessidade de suporte vital ou com necessidade de uma observação mais pormenorizada. O rácio neste espaço é de dois bebés por enfermeiro, sendo que em situações mais complexas e com necessidade de maior vigilância, um enfermeiro presta cuidados apenas a determinado RN.

**Sala de cuidados intermédios:** com espaço para oito unidades, podendo permanecer em berço ou incubadora. São muitas vezes bebés que provêm de cuidados intensivos, mas que se encontram numa situação de maior estabilidade requerendo menos cuidados especializados. Nesta sala o rácio é de quatro bebés por enfermeiro, sendo privilegiada a permanência de 3 enfermeiros nesta sala.

**Salas Polivalentes:** duas salas de área mais reduzida, uma com duas vagas, para os RN's que podem necessitar de cuidados intensivos ou de cuidados intermédios, ficando um enfermeiro nessa sala, com a possibilidade de permanecer mais um bebé na outra divisão, assumindo três RN de cuidados intermédios. A unidade que permite receber apenas um bebé, encontra-se preparada e surgiu para internar bebés que necessitem de isolamento de contacto e de gotículas. O aparecimento do SARS-CoV 2 despoletou a necessidade de que esta área existisse. Por vezes, estas salas polivalentes são utilizadas para a realização de procedimentos médicos, tais como cirurgia cardíaca a RN prematuros, para encerramento do canal arterial por via cirúrgica.

A equipa multidisciplinar é constituída por médicos, enfermeiros, assistentes operacionais, técnica administrativa, assistente social, fisioterapeutas, terapeuta da fala e psicóloga.

Atualmente, apenas é permitida a visita dos pais aos RN's, salvo algumas situações excecionais autorizadas pela Enfermeira-Chefe ou enfermeira coordenadora. Estas visitas são ainda condicionadas, os pais têm de se inscrever previamente no período

da manhã (das 9:00 às 15:00) ou no período da tarde (das 15:30 às 22:30). Desta forma, tenta-se igualar o número de pais na manhã e na tarde, diminuindo o número de pessoas por período.

A UCIN é unidade de referência do Programa de Hipotermia Induzida no tratamento da Encefalopatia Hipóxico-Isquémica dispondo de uma equipa de profissionais preparados e habilitados a cuidar dos bebés nestas situações, recebendo RN do continente e das ilhas. Dispõe de todo o material necessário para a hipotermia induzida, assim como todos os apoios técnicos para dar resposta às necessidades deste RN, como: Tomografia Axial Computadorizada (TAC), Ressonância Magnética (RMN), neurorradiologia, neurocirurgia, neuropediatria e doenças metabólicas, assim como de equipamento para monitorização contínua da função cerebral.

Em 2007 foi criado em Portugal o Programa Nacional de Saúde Reprodutiva, abrangendo as áreas de planeamento familiar, vigilância pré-natal, diagnóstico pré-natal, interrupção voluntária da gravidez e procriação medicamente assistida. A melhoria dos cuidados assistenciais à gravidez e o seguimento por parte de profissionais diferenciados e novas tecnologias, veio reduzir significativamente a mortalidade infantil (Guimarães, 2007). O avanço tecnológico nas técnicas neonatais, como a corticoterapia, crioterapia e diferentes modos de ventilação invasiva, trouxe a possibilidade do nascimento de RN's prematuros a partir das 24 semanas de gestação, com elevadas taxas de sobrevivência. Em Portugal, entre 2014 e 2019 verificou-se um ligeiro aumento da percentagem de nados-vivos de baixo peso (peso inferior a 2500 gramas). Estes representavam 8,9% do total de nascimentos com vida em 2019, com proporções acima deste valor nas mães com menos de 19 anos e com idade igual ou superior a 35 anos (Instituto Nacional de Estatística, 2019). De acordo com a análise de estatística nacional, compreende-se que a realidade de RN's internados nos serviços de neonatologia tem vindo a aumentar relativamente a anos anteriores. O internamento na UCIN leva o RN a ser alvo de cuidados altamente especializados, tendo como objetivo minimizar ao máximo a sua imaturidade e possíveis sequelas.

Com a existência do SARS-CoV 2, e conseqüentemente com as limitações colocadas na UCIN, a presença dos pais junto dos seus RN's foi reduzida e os horários impostos. Perante o sentimento assustador dos pais por terem o seu RN internado numa

UCIN, este impacto pandémico veio ainda revelar-se como mais um obstáculo para a assunção do seu papel parental.

Sendo que o contexto deste campo de estágio era conhecido, as necessidades para elaborar objetivos de estágio tiveram um fundamento coerente e com conhecimento. Os CCF são conhecidos pela equipa, no entanto não são evidenciados, centralizando-se o cuidar no RN e não se envolvendo muitas vezes a família. Tal levou-me a refletir sobre a importância de sensibilizar a equipa para este facto, enumerando intervenções de enfermagem para a promoção da parentalidade de forma a alterar o pensar e a implementar intervenções uniformes para os pais e RN, dando prioridade e importância para o contacto entre estes. Assim, decidi elaborar um questionário aos pais, onde pudesse ter dados evidentes do que para si se torna importante quando visitam o seu filho na UCIN. Com estes dados, conseguiria justificar a importância de sensibilizar a equipa para a promoção da parentalidade e as suas intervenções.

O que me levou a outro objetivo específico foi o facto de se ir implementar na unidade a informatização de registos, onde é deveras importante a existência de diagnósticos de enfermagem. Assim, após abordar a parentalidade com a equipa, faria sentido demonstrar os diagnósticos que existem/existirão sobre a parentalidade, realçando a sua importância, o que levaria a uma avaliação da parentalidade e à necessidade de ajuste de intervenções especializadas.

### Objetivos Específicos e Atividades Desenvolvidas

Mantendo o objetivo geral e transversal a todos os campos de estágio, seguem os objetivos específicos definidos, com as respetivas atividades (Apêndice XIII).

*Objetivo específico: Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem, para a promoção da parentalidade dos pais de RN internados na UCIN.*

Nesta Unidade, os registos de Enfermagem são ainda efetuados manualmente. Contudo, brevemente será implementado na UCIN um novo sistema informatizado para registos de enfermagem – Picis, com diagnósticos e intervenções de enfermagem sugeridos por um grupo de profissionais de enfermagem. A maioria da equipa da UCIN não está familiarizada com esta metodologia de registos, pelo que foi considerado

pertinente apresentar à equipa os diagnósticos e intervenções de enfermagem que existem sobre a parentalidade. Desta forma, foi realizada uma **norma sobre os diagnósticos de enfermagem sobre a parentalidade** a utilizar, assim como as intervenções adequadas a cada diagnóstico (Apêndice XIV). O documento surge com uma pequena contextualização com intuito de esclarecer conceitos chave, para que não exista nenhuma dúvida para a equipa. A elaboração dos diagnósticos deverá ser uniforme por toda a equipa, em situações em que a sua necessidade seja evidente, como por exemplo: conhecimento comprometido ou vinculação comprometida.

A importância desta atividade surgiu devido à reformulação de normas que se encontra em execução na unidade e foi justificada pela necessidade de uniformização das práticas e dos cuidados. Por outro lado, também para mim foi fundamental para estruturar conteúdos, ideias e conhecimentos e conseguir consequentemente acompanhar o desenvolvimento e aplicação da mesma. Mais tarde, quando se iniciar a utilização dos registos informatizados na Picis, será talvez mais fácil para mim, mas estarei disponível para ajudar na aplicação dos diagnósticos referentes ao tema da parentalidade a quem o desejar.

*Objetivo específico: Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre intervenções para a promoção da parentalidade dos pais de RN internados na UCIN.*

Para alcançar o segundo objetivo, foi esquematizada e planeada uma recolha de informação à equipa de enfermagem e aos pais de RN internados na UCIN, através de um **questionário online (plataforma SurveyMonkey)**, onde foram colocadas questões iniciais, a ambas as populações-alvo, para as caracterizar. De referir que foi solicitada autorização para aplicação destes questionários, tendo como objetivo ser utilizados somente para a realização deste trabalho. No caso da equipa de enfermagem, foram questionadas as idades de cada elemento e tempo de serviço na área de neonatologia, seguindo-se perguntas mais direcionadas para a prática diária com base em intervenções sobre a promoção da parentalidade. O questionário aos pais, inicialmente abordou o tempo de internamento do RN na UCIN e se estaria em cuidados intermédios ou intensivos, seguido por questões relativas às suas próprias necessidades sentidas. As questões de ambos os questionários foram construídas de forma a que as respostas pudessem ser comparadas. Assim, a equipa de enfermagem foi inquirida sobre o que

considerava importante para os pais, e os pais questionados sobre o que para si é realmente importante.

Os questionários foram aplicados entre 05/12/2022 a 13/12/2022, tendo obtido resposta de 35 enfermeiros, de uma equipa de 42 profissionais e 8 respostas dos pais (todos os pais de RN internados na UCIN que falavam português no intervalo de tempo supracitado). Todas as respostas foram anónimas, tendo sido obtido o consentimento oral e informado sobre a participação no questionário, encontrando-se esclarecidos os participantes sobre a utilização dos resultados.

Após a análise dos resultados dos questionários, foi planeada uma **sessão de formação** (Apêndice XV) que, posteriormente, foi apresentada em PowerPoint (Apêndice XVI) onde foi partilhado com a equipa de enfermagem os resultados dos questionários, comparando as respostas entre as diferentes populações-alvo. Foi realizada uma contextualização dos termos sobre a parentalidade e foi apresentada a *scoping review* realizada, com a temática “Promoção da parentalidade em pais de RN internados numa UCIN”. Foram expostas as intervenções descritas pela literatura como promotoras de uma parentalidade, face ao internamento do RN. Foi uma sessão muito agradável, muito participada, com partilha de experiências, trazendo mais conteúdo à sessão. Foram ainda apresentados os diagnósticos e intervenções de enfermagem segundo a Picis, e deixados comentários para possíveis melhorias para adequação durante a sua utilização.

No final da sessão foram sintetizados os pontos de maior relevância, de forma a enfatizar a sua importância e foram deixadas algumas sugestões para melhoria das práticas diárias. Terminando a sessão, foi realizada uma avaliação da mesma, através da plataforma Google Forms, cujos resultados estão indicados no plano de sessão de formação (Apêndice XVI).

Foi para mim muito importante a realização deste estágio no local onde exerço funções. Desde que iniciei a minha caminhada pelos estágios da especialidade, cedo comecei a refletir sobre o que iria desenvolver naquela unidade. A importância de poder estar naquele serviço como estudante era enorme, por ter tempo para me dedicar a pesquisar, observar as práticas, observar os pais e obter *feedback* para, através da investigação e do estudo, poder partilhar informação com a equipa, com a oportunidade de enriquecer e criar uma sessão de partilha de conhecimento com os enfermeiros com quem trabalho. Durante o decurso do estágio, senti maior necessidade de debater diariamente com as minhas colegas algumas ideias e práticas, o que me ajudou plenamente na construção dos meus objetivos de estágio e, conseqüentemente, no

planeamento das atividades desenvolvidas. A pertinência das questões que me surgiram e que foram colocadas por algumas colegas, levaram-me a alterar a minha forma de pensar sobre determinadas práticas e, conseqüentemente, a um desenvolvimento profissional, mas também pessoal, sendo impossível de distanciar o EU profissional do EU pessoal.

Paralelamente às atividades desenvolvidas durante o estágio, a **minha prática diária** foi-se alterando, na medida em que as minhas intervenções para promoção da parentalidade deixaram de ser intuitivas. O meu agir profissional é agora baseado em intervenções fundamentadas em bases teóricas sólidas, dando lugar a uma reflexão contínua sobre a minha prestação de cuidados que tem vindo a ser partilhada com a equipa, possibilitando debates sobre práticas diárias, permitindo a aplicação pela equipa de intervenções transmitidas na sessão de formação.

#### Competências de EESIP adquiridas

Com este estágio, foram adquiridas e desenvolvidas competências gerais e específicas de enfermeiro especialista. A construção de uma nova e melhorada visão a nível profissional e pessoal, permitiu que a aquisição e o desenvolvimento de competências de EESIP de estágios passados, fossem utilizadas nos estágios conseqüentes, facilitando ainda o desenvolvimento de novas competências e o aperfeiçoamento das que já tinham sido desenvolvidas, considerando que a aprendizagem é um processo evolutivo e contínuo, com necessidade de uma atualização constante.

A negociação na parceria de cuidados entre o profissional de enfermagem e a díade pais/RN, as estratégias de intervenção para manter, reter e atingir a estabilidade do sistema, estão incluídas no planeamento de metas de enfermagem, onde são estabelecidas prioridades e objetivos de curto e longo prazo. Porém, é fundamental reconhecer que para avaliar os resultados de enfermagem é necessária confirmação de que ocorreu a mudança desejada, caso contrário é necessário reformular as estratégias de intervenção (Neuman & Fawcett, 2011).

De acordo com todas as atividades descritas anteriormente e por todo o processo que transitei ao longo deste estágio, as competências de EESIP mais desenvolvidas foram:

- Promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais. Adequadas estratégias para a promoção da parentalidade (E3.2.1 e E3.2.3.), criando uma parceria de cuidados com os pais (E1.1.1. e E1.1.4.), permitindo que participassem e se sentissem incluídos nos cuidados prestados ao seu filho

(E3.2.6.). Foram utilizadas estratégias para promoção do contacto físico entre pais e RN (E3.2.3.), de acordo com as limitações do RN, permitindo que os pais pegassem ao colo mesmo dentro da incubadora (quando o bebé não estava em condições de sair) foram envolvidos os pais na pesagem do RN, na mudança da fralda e incentivado o toque. Foi promovida a amamentação, explicando a importância do leite materno e da colostroterapia, de forma a motivar e incentivar a mãe na extração de leite (E3.2.5.); Implementação e gestão em parceria de um plano de saúde, promotor da parentalidade, negociando com os pais o processo de cuidar do RN, adequando o horário de cuidados de forma a incentivar a sua participação (E3.2.6.). Foram proporcionados conhecimentos e aprendizagens aos pais (E3.3.1. e E3.1.3.), através da explicação da importância de diversos comportamentos que podiam realizar, como por exemplo a importância da contenção ou no toque e contenção em momento de stress e/ou dor para o RN.

- Mobilização de conhecimentos, adquirindo novos saberes que foram transpostos para a prática e partilhados com a equipa de enfermagem, tendo sido realizada uma sessão de formação onde foram divulgados com a equipa os resultados dos questionários aplicados e cruzadas as respostas dos questionários, validando a importância das intervenções de enfermagem junto dos pais. A aplicação dos questionários aos enfermeiros, serviu como base para uma reflexão individual de cada pessoa, tendo na sessão de formação alguns colegas partilhado um pouco dessa reflexão individual, enriquecendo a sessão. Também foram enumeradas as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade, de forma que todos possamos agir em conformidade e ao promover uma parentalidade adequada, envolver os pais nos cuidados ao RN (E1.1.3 e E3.2.1.);

- Planificação de programas de melhoria contínua, através da elaboração de normas e consequente apresentação dos diagnósticos de enfermagem à equipa. A norma aguarda validação superior, ainda não se encontrando assinada devido ao sistema informatizado ainda não ter sido implementado, caso ocorra alguma alteração, terá de ser revista a norma, previamente à sua implementação.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este Relatório é o culminar do percurso formativo enquanto mestranda e aspirante a EESIP, tendo contribuído para o meu desenvolvimento profissional, de acordo com o preconizado pelo Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019) e das Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2018). Este percurso formativo evidencia o desenvolvimento de competências EESIP através da capacidade de adaptação nos diferentes contextos de cuidado, com aumento progressivo da exigência, o que me permitiu a prática de intervenções de enfermagem direcionadas à criança e família, maximizando o seu potencial de desenvolvimento e saúde.

Os referenciais teóricos utilizados para sustentação da prática, o Modelo de Sistemas de Betty Neuman e os Cuidados Centrados na Família, contribuíram na orientação das atividades e forma a atingir os objetivos delineados, ajudando a obter uma perspetiva sistémica e a refletir sobre a parentalidade face ao internamento de uma criança. Estes modelos permitiram compreender de que forma os enfermeiros devem intervir junto das famílias, colmatando as necessidades em termos holísticos e a cuidar da criança envolvendo toda a família. Cuidar da criança é cuidar da família e o inverso respetivamente.

Este relatório resulta da reflexão e da análise crítica sobre as experiências vivenciadas durante o tempo de estágio, possibilitando consolidar melhor o conhecimento adquirido na prática, permitindo tornar as intervenções realizadas mais conscientes. Foi possível dar resposta a problemas reais sentidos na prática de cuidados, com o intuito de melhorias em resultados de saúde baseados na melhor e mais recente evidência científica disponível, através da divulgação de intervenções de enfermagem adequadas a uma correta promoção da parentalidade e maximizando o poder do papel parental.

Os contextos de estágio selecionados contribuíram na aquisição de conhecimentos que permitiram desenvolver competências para a prestação de cuidados especializados à criança/jovem e família, em situação de saúde/doença, nos diferentes contextos de saúde e de acordo com o seu estágio de desenvolvimento.

A intervenção do EE na promoção da parentalidade de pais de crianças hospitalizadas deve ser direcionada ao sistema, avaliando o risco de fatores externos ou internos poderem desequilibrar determinada família. O EE deve maximizar o poder parental, nunca descuidando os pais como principais e melhores cuidadores do seu filho.

A comunicação deverá ser sempre adequada, facilitando a informação de forma bidirecional, demonstrando empatia e um olhar holístico sobre a família.

Ao longo do meu percurso existiu a necessidade não só de integrar novos conhecimentos, mas também de os conseguir facilmente interpretar e relacionar com conhecimentos previamente adquiridos. Decorreram reflexões da prática clínica, de questões éticas e sociais, tendo sempre partilhado o meu pensamento com os enfermeiros orientadores. Desta forma comuniquei as minhas conclusões sobre questões inerentes à prática, explicando o meu raciocínio de forma a ajustá-lo para resolver problemas em situações futuras semelhantes. Procurei novos conhecimentos e partilhei junto das equipas de enfermagem. Elaborei uma *scoping review* de forma a obter conhecimento e poder divulgá-lo, tendo realizado uma sessão de formação junto da equipa de enfermagem, decorrendo um momento de reflexão e de partilha de informação. Penso desta forma ter demonstrado capacidades para a obtenção de grau de mestre.

Concluo este relatório exprimindo que se tratou de um percurso muito enriquecedor em termos profissionais como pessoais, elevando-me como profissional e como ser humano, garantindo que o olhar o próximo deve ser refletido e como EE ter em conta as necessidades da criança e da família, de forma a existir um equilíbrio no sistema, evitando ruturas, em busca do bem-estar e saúde daquele sistema. Fica a expectativa de futuras mudanças na prática, dando resposta às necessidades das crianças e famílias, baseada na melhor e mais recente evidência científica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Ahlqvist-Björkroth, S., Boukydis, Z., Axelin, A. M. & Lehtonen, L. (2017). Close Collaboration with Parents intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behavioural brain research*. 325(parte B), 303–310. DOI: [10.1016/j.bbr.2016.10.020](https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.10.020)

Alligood, M. R. (2018). *Nursing theorists and their work* (9th edition). Elsevier Mosby.

Barros, L. (2006). *A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento*. Coimbra: Quarteto.

Bredemeyer, S., Reid, S., Polverino, J. e Wocadlo, C. (2008). Implementation and evaluation of an individualized developmental care program in a neonatal intensive care unit. *Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN*. 13(4), 281–291. DOI 10.1111/j.1744-6155.2008.00163.x.

Bulechek, G. M., Butcher, H., & Dochterman, J. M. (2010). *NIC – Classificação das intervenções de enfermagem*. Rio de Janeiro: Elsevier Editora

Cardoso, A. C. (2010). *Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda* [Dissertação de mestrado em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. <http://hdl.handle.net/10216/26863>

Centro Hospitalar Lisboa Norte, (2019). *Manual do Desktop de Enfermagem – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem*.

Chiavenati, I. & Sapiro, A. (2003). *Planejamento estratégico*. Rio de Janeiro: Elsevier

Cleveland & Lisa M., (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of obstetric, gynecologic, and neonatal nursing: JOGNN*. 37(6), 666–691. DOI 10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x.

Curry, S. (1995). Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias e das crianças hospitalizadas. *Nursing*, 94, 26-30.

Escudeiro, M.S. (2015). *A criança/jovem em situação crítica e a sua família: Intervenção do Enfermeiro Especialista* [Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em

Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/17161>

Fernandes, A. (1988). A equipa de enfermagem face à criança hospitalizada. *Saúde Infantil*. 2, 117-128.

Fortin, M. F., Côté, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta

Franklin, C. (2006). The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Critical care nursing quarterly*. 29(1), 81–85. DOI 10.1097/00002727-200601000-00009.

Freese, B.T. (2004). Betty Neuman: Modelo de Sistemas. In Tomey, A.M., & Alligood, M.R., *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)* (5ªed, 335-375). .. Lusociência.

Gato, A. P., *et al* (2010). Metodologia de projecto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*. 15, 1-38.

Giraud, F., & Moro, M. R. (2004). Parentalidade e migrações. In Solis-Ponton, L. & Pereira da Silva, M. *Ser pai, ser mãe. Parentalidade: um desafio para o terceiro milénio* (203-209). Casa do Psicólogo.

Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescure, Sandra, Bony, Charlotte, Danan, Claude, Baud, Olivier, Jarreau, P. H., Zana-Taïeb, E. E Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC pediatrics*. 13, 1-9. DOI 10.1186/1471-2431-13-18.

Heath, H. (2006). Parenting: a relationship oriented and competency-based process. *Child Welfare*, 85(5), 749-766.

Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de Enfermagem Pediátrica. In Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (Eds.), *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (Vol. I, 9ªed. 1–20.) Lusociência.

Hockenberry M. J. & Wilson D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9a ed.): Lusociência.

Instituto Nacional de Estatística. (2022, 11 24). Edição digital <http://www.ine.pt>, ISBN 978-989-25-0535-0

Jolley J. & Shields L. (2009). The Evolution of Family-Centered Care. *Journal of Pediatric Nursing*. 24(2), 164-170.

Lubbe, W. (2005). Early intervention care programme for parents of neonates. *Curationis*. 28(3). 54–63.

Manual de Enfermagem da UCIPed, (2021)

Meireles, et al, (2021). Extracorporeal Membrane Oxygenation: Os Primeiros 10 Anos de Experiência de uma Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos Portuguesa. *Acta Med Port*. 34(6).435-441.

Neuman, B., & Fawcett, J. (2011). *The Neuman Systems Model* (5ª ed.). United States of America: Pearson Education.

Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Coletânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15, 1-38.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Regulamento n.º 351/2015. Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Diário da República, 2a série, 119, 16660-16665.

Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, Pub. L. Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho. Diário da República, 2.ª série — N.º 133, pp. 19192-19194.

Phaneuf, (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusodidacta.

Regulamento n.º 422/2018, Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Regufe, J. R. (2015). Processo Diagnóstico focado no Desempenho Parental com Crianças com Necessidades Especiais Permanentes: : da formalização do conhecimento envolvido à definição de um modelo clínico de dados. [Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. <http://hdl.handle.net/10400.26/10770>

Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família – Perspetiva sistémica*. Edições Afrontamento.

Relvas, A. P., & Alarcão, M. (2007). *Novas formas de família*. Quarteto Editora

Rikli, J.M. (1996). Parenting the premature infant: potential iatrogenesis from the neonatal intensive care experience. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*. 3(7), 1–10.

Schmitz, E. (1989). *A enfermagem em pediatria e puericultura*. Atheneu.

Silva, E. (2015), A Intervenção do Enfermeiro na promoção da Parentalidade: pais com criança em situação de doença. . [Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, Escola Superior de Saúde de Santarém]. <http://hdl.handle.net/10400.15/1346>

Silva, E. & Apóstolo, J. (2021) Presença dos Pais nas Unidades de Neonatologia Portuguesas Durante a Pandemia COVID-19. *Revista Investigação em Enfermagem*. 34(2), 39-45.

Silva, P. A.; Esteves, M. L.; Castro, F. V. (2013). Vinculação mãe-bebê. *Revista INFAD Rev. de Psicologia “International Journal of Developmental and Educational Psychology”*, 2(1) 729 – 736

Simões, V. & Ramos. L. (2016), Comunicar com as crianças e os pais/encarregados de educação. Escola Superior de Desporto de Rio Maior - Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/2504>

Shields L. (2010). Questioning family-centered care. *Journal of Clinical Nursing*. 19(17-18), 2629-2638. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03214.x>

Shields L., Pratt J., Davis L. & Hunter J. (2007). Family-centred care for children in hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 24(1). doi: 10.1002/14651858.CD004811.pub2.

Shields L., Pratt J. & Hunter J. (2006) Family-centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. 15(10), 1317-23. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x.

Sousa, F. & Curado, M. (2020), Avaliação do Stress Parental na Unidade de Neonatologia: Revisão Scoping. *Pensar Enfermagem*. 24(2), 65-85.

Taylor, M. (1992). *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Artes Médicas.

Watson, J. (2002). *Ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem*. Lusociência.

## APÊNDICES



**CATÓLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
LISBOA-PORTO

# O IMPACTO DO INTERNAMENTO NEONATAL DO RECÉM NASCIDO NOS PAIS

**Ferreira, Ana Filipa<sup>1,c</sup> & Carvalho, Catarina<sup>b,c</sup>**  
A) ENFERMEIRA PEDIATRIA – INTERNAMENTO DE PEDIATRIA, HSFY  
 B) ENFERMEIRA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS, HFM  
 C) MESTRANDA NA ESPECIALIDADE DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA DO INSTITUTO CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA

2021/2022

## Introdução

A partir do momento em que sabem que vão ser pais, idealizam um momento perfeito. Porém as expectativas criadas nem sempre correspondem ao bebé real, causando sentimentos diferentes dos expectáveis. Durante décadas foram-nos apresentados estudos que nos permitiam entender a diferença do bebé imaginário e do bebé real. A hospitalização e outras situações são relatadas como stressantes e angustiantes pelos pais e podem exercer grande influência no desenvolvimento do recém nascido (RN).<sup>5</sup>

O nascimento de um RN torna-se, à partida um acontecimento sublime, contudo este acarreta em si emoções tão intensas que simultaneamente devastam e enaltecem o sentido de se ser humano. Por vezes, em situações inesperadas como no internamento, essas emoções tornam-se intensamente dolorosas, desencadeando um turbilhão de sentimentos e pensamentos confusos que fazem com que os pais se sintam incapazes de desempenhar o papel que tinham planeado. Assim, torna-se essencial perceber o que sentem nestes momentos e como podem os enfermeiros intervir, para que se sintam o mais presentes possível, tentando estabelecer a vinculação e desempenho do seu papel parental.<sup>1,7</sup>

### Objetivo

Demonstrar o impacto do internamento do RN na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) nos pais. Objetivos específicos: descrever o impacto sentido pelos pais com o RN internado na UCIN; descrever intervenções de enfermagem para minimizar o impacto do internamento na UCIN do RN nos pais.

### Metodologia

Foi realizada uma pesquisa na base de dados científicas SCOPUS, tendo sido utilizados os seguintes descritores: Newborn AND Parent AND Hospital AND Impact (Ti e Tx). Critérios de inclusão: texto integral disponível para consulta; idioma português e inglês; intervalo temporal de 2020 a 2022.

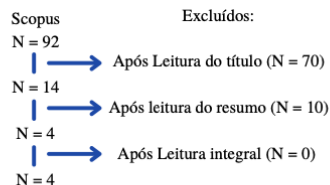


Fig. 1: Processo de Seleção

## Resultados

Artigos	Impacto e Manifestações nos Pais	Intervenções
Oyekunle, O. <i>et al</i> (2020) <sup>5</sup>	Referem ter medo, retratam o ambiente como 'incomum' e até assustador pelo barulho dos alarmes. Sentem-se inadequados porque uma grande parte dos cuidados com o RN são realizados pelos profissionais, não potenciando a participação dos pais. Manifestações: ansiedade, depressão e stress pós-traumático.	Realizar técnica canguru Envolver os pais nos cuidados Ensinar os pais a executar as técnicas de cuidados ao RN
Palomares, M. <i>et al</i> (2021) <sup>6</sup>	Alteração da vinculação e do papel parental por sentirem que estes ficam adiados. Alteração das ocupações habituais: momentos de lazer reduzidos, descuido com a auto imagem, redução da qualidade de sono, alteração dos hábitos alimentares com o aumento da ingestão de <i>fast food</i> . Relataram ainda que tiveram de parar de trabalhar ou reduzir as suas horas de trabalho, devido a redução da <i>performance</i> . Manifestações: stress, tristeza, medo, fragilidade e insegurança.	Realizar cuidados centrados no desenvolvimento com a participação dos pais, de forma a reduzir o stress e a carga de sofrimento Providenciar o máximo de interações entre o RN e os pais para criar vinculação Compreender os recursos familiares para apoio aos pais Compreender as necessidades psicossociais dos pais
Carter, B. <i>et al</i> (2021) <sup>3</sup>	Pais sentem que são vistos como visita; problemas de confiança; medo da segurança e da doença; stress de meios de subsistência e renda interrompidos; Medo da perda e possível luto; 'telemedicina' torna tudo impessoal. Referem que se sentem julgados pelos profissionais de saúde por não visitarem o RN diariamente. Manifestações: medo, insegurança e stress.	Permitir que os pais estejam com o bebé Envolver os pais nos cuidados, dar conforto durante os procedimentos Permitir dar colo, tocar, técnica canguru Enfatizar a necessidade da vinculação entre os pais e o RN
Bourque, C. <i>et al</i> (2020) <sup>2</sup>	Pais sentem-se vulneráveis. Manifestações: Stress pós-traumático e depressão.	Melhorar o bem-estar das famílias através do contacto com os pais que já passaram pela mesma experiência

## Conclusão

Durante a análise dos artigos detetou-se limitações para a realização do poster uma vez que temos populações muito específicas e em alguns culturas representativas. Percebeu-se que nem todos tinham como objetivo central o nosso objetivo, porém faziam referência ao que era pretendido. Tendo em conta o intervalo temporal usado, foi inevitável a referência à Covid-19, uma vez que a mesma causou limitações no desempenho do papel parental.

Concluiu-se que a maior parte dos pais que passam por um pós nascimento diferente do esperado, relataram sentimentos como *stress*, insegurança, tristeza e ansiedade, que muitas vezes levam a depressões. Todos estes sentimentos acabam por influenciar a vida profissional, familiar e alterar a maneira como os pais se inseriam fora do hospital. Estes sentimentos acabaram por ser atenuados com algumas intervenções realizadas pelas equipas de enfermagem, de forma a aproximar os pais do RN permitindo que estabelecessem uma vinculação adequada, perante a situação vivenciada.

## Referências bibliográficas

<sup>1</sup> Borges, A., "Olá bebé! do Fantasmático ao Imaginário e ao Real", Portal dos Psicólogos, Portugal, 2018 | <sup>2</sup> Bourque, C. *et al* "My child's legacy: a mixed methods study of bereaved parents and providers' opinions about collaboration with NICU teams in quality improvement initiatives", *BMC Open*, Canadá, 2020 | <sup>3</sup> Carter, B. *et al*, "Neonatal family-centered care in a pandemic", *Journal of Perinatology*, Kansas, 2021 | <sup>4</sup> Lebovici, S. "Le nourrisson: la mère et le psychanalyste", Paris: Editions du Centurion, 1983 | <sup>5</sup> Oyekunle, O. *et al*, "Effect of a Brief Supportive and Educational Intervention on the Psychological Well-Being of Mothers with Babies in Neonatal Wards of a Tertiary Hospital in Ibadan, Nigeria", *Journal of tropical Pediatrics*, Londres, 2021 | <sup>6</sup> Palomares, M. *et al*, "The Impact of a Preterm Baby Arrival in a Family: A Descriptive Cross-Sectional Pilot Study", *Journal of Clinical Medicine*, Cadiz, 2021 | <sup>7</sup> Sociedade Portuguesa de Neonatologia, <https://www.spcneonatalogia.pt/wp-content/uploads/2016/10/Manual-completo.pdf>, consultado a 27.02.2022

**Apêndice II** - Seleção e descrição dos estudos (n=10)

Fonte	Objetivo, Tipo de Estudo, Participantes, Intervenções de Enfermagem, Emoções dos Pais
<p>Fernandes et al. (2014). <b>A emocionalidade no ato de cuidar de recém-nascidos prematuros e seus pais: uma competência do enfermeiro.</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Identificar como os enfermeiros gerem as emoções dos pais na interação com o RN.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Revisão Sistemática da Literatura utilizaram-se 12 artigos de Março de 2003 a Março de 2013.</p> <p><b>Participantes:</b> Pais e enfermeiros que cuidam de prematuros (até 37 semanas de gestação).</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Cuidados centrados na família, vinculação e comunicação eficaz; gestão emocional no ato de cuidar de prematuros e seus pais.</p>
<p>Ahlqvist-Björkroth et al. (2016) <b>Close collaboration with parents' intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol.</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Compreender comportamentos e respostas individuais dos bebês e a singularidade das famílias, para que a equipa possa dar resposta às necessidades dos pais de forma a promover a parentalidade e criar uma vinculação entre pais e filhos.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo de coorte.</p> <p><b>Participantes:</b> Pais de bebês internados numa UCIN.</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Envolver os pais na prestação de cuidados, relação empática e individualizada com cada pai/mãe permitindo o desenvolvimento da parentalidade em meio hospitalar, utilizar métodos de escuta ativa na comunicação com os pais, envolver os pais na decisão dos cuidados, ensinar os pais relativamente a avaliações de enfermagem.</p>
<p>Lubbe (2005) <b>Early intervention care programme for parents of neonates.</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Desenvolver um programa de intervenção para pais com RN internados numa unidade de cuidados intensivos.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo por fases – qualitativo.</p> <p><b>Participantes:</b> Pais com RN internados em unidades de cuidados intensivos de nível 3 em hospitais privados no Tshwane.</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Planear um programa de intervenções para os pais com neonatos numa UCIN. Identificar necessidades de comunicação, partilha de informação, emocionais, de aprendizagem e individuais.</p>

<p>Bredemeyer et al. (2008)</p> <p><b>Implementation and Evaluation of an individualized developmental Care program in a neonatal intensive care unit</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Observar diferenças nos resultados em RN grandes prematuros após a introdução de cuidados de desenvolvimento numa unidade neonatal e avaliar o efeito dos cuidados de desenvolvimento no bem-estar dos pais.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Estudo de coorte.</p> <p><b>Participantes:</b> Bebés nascidos com menos de 32 semanas de gestação no hospital do estudo (ou transferidos logo após o nascimento) e que ainda se encontravam internados numa UCIN em 3 semanas idade pós-natal, na Austrália.</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Cuidados centrados na família, promover a participação dos pais na prestação de cuidados: alteração do envolvimento, medidas de conforto, posição do recém-nascido, sucção não nutritiva, contacto pele-a-pele, toque terapêutico e comunicação entre a equipa de profissionais de saúde e a família.</p>
<p>Cristina Ciupitu-Plath et all. (2021)</p> <p><b>Parent needs assessment instruments in neonatal intensive care unit.</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Identificar as intervenções psicossociais e educacionais baseadas na avaliação padronizada das necessidades que podem ajudar a aliviar o sofrimento dos pais de bebés prematuros. Fornecer uma visão geral dos instrumentos padronizados usados para avaliar as necessidades parentais em unidades de UCIN e discutir o seu potencial para facilitar o fornecimento de suporte adequado aos pais de bebés prematuros.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> revisão sistemática da literatura. Pesquisas realizadas em publicações relevantes entre 10 de julho de 2019 e 5 de dezembro de 2020, resultando num número total de 497 artigos.</p> <p><b>Participantes:</b> Pais de RN com prematuros com necessidade de cuidados numa UCIN</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Instrumentos padronizados e válidos para avaliação das necessidades dos pais na UCIN estão disponíveis e podem ser utilizados como parte de um processo de cuidado neonatal centrado na família. Tais intervenções de cuidado centrado na família podem fornecer aos pais os tipos de apoio que necessitam com base nas suas necessidades individuais em diferentes fases da hospitalização do filho facilitando o seu envolvimento no cuidado ao mesmo. Além do uso tradicional em pesquisa exploratória e avaliação de intervenção, os instrumentos padronizados de avaliação de necessidades também podem servir como ferramentas de garantia de qualidade, promovendo transparência e comparabilidade na prestação de serviços de saúde neonatal baseados em evidências e baseados em dados.</p>

<p>Lisa M. Cleveland (2008). <b>Parenting in the neonatal intensive care unit.</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Identificar as necessidades dos pais com RN internados numa UCIN e que intervenções de enfermagem ajudam no suporte.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> revisão sistemática da literatura</p> <p><b>Participantes:</b> 60 estudos entre 1998 e 2008 com pais e mães com RN internados em UCIN's.</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Transmissão de informação, inclusão dos pais na prestação de cuidados, demonstrar atenção e cuidado com o RN, contacto com o bebé, realizar reforços positivos aos pais, cuidados individualizados, estabelecer uma relação terapêutica, dar suporte emocional, empoderamento parental, acolhimento à unidade, oportunidade de educar os pais e permitir que prestem cuidados com uma participação guiada.</p>
<p>Joana M. Rikli (1996)</p> <p><b>Parenting the premature infant: potential iatrogenesis from the neonatal intensive care experience.</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Descrever intervenções de enfermagem que promovam o desenvolvimento de competências parentais na UCIN.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Revisão da literatura. Pesquisas MEDLINE e CINAHL de 1975 a 1995.</p> <p><b>Participantes:</b> Incluídos 11 estudos</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Promover a tomada de decisões e a prestação de cuidados no ambiente seguro da UCIN permite que os pais façam perguntas e sejam esclarecidos se necessário, porém também lhes dá uma oportunidade de independência.</p>
<p>Guillaume et al. (2013). <b>Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: a qualitative multicenter study with 60 parents.</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Explorar a perceção dos pais sobre as primeiras interações com o RN e identificar ações de cuidadores que auxiliam ou dificultam o seu desempenho.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Qualitativo, entrevista semiestruturada.</p> <p><b>Participantes:</b> 30 mães e 30 pais de RN com menos de 32 semanas de gestação internados numa UCIN nível 3 entre 15 a 30 dias e sem agravamento do estado de saúde.</p> <p><b>Intervenções de Enfermagem:</b> Proporcionar contacto entre pais e o bebé, educar sobre o estado de saúde do bebé, incentivar os pais a deixarem junto do bebé um brinquedo ou roupinha do próprio, promover a amamentação ou auxiliar na extração de leite, estabelecer uma boa relação com os pais, tirar fotografia ao bebé e partilhar com os pais, apresentação da enfermeira pelo próprio nome.</p>
<p>Franklin (2006)</p> <p><b>The neonatal nurse's role in parental</b></p>	<p><b>Objetivo:</b> Promover a vinculação e a parentalidade em pais de RN internados numa UCIN através dos enfermeiros.</p> <p><b>Tipo de Estudo:</b> Revisão da literatura.</p> <p><b>Participantes:</b> Pais e equipa de enfermagem de várias UCINs.</p>

<b>attachment in the NICU.</b>	<b>Intervenções de Enfermagem:</b> Responder às questões dos pais; adequar linguagem, utilizando linguagem menos técnica; apresentar e mostrar a unidade e equipamentos identificando a função. Permanecer junto do RN e família mais tempo durante a sua primeira visita; dar apoio emocional; encorajar os pais a falarem e a tocarem no bebê. Tirar fotos do bebê e enviar para os pais; fazer a pegada do bebê. Ajudar os pais a olhar para o RN como seu filho; dar os parabéns pelo nascimento (independentemente do estado de saúde do RN. Colocar o bebê ao colo o mais precocemente possível, sendo uma das atividades mais importantes para uma vinculação e parentalidade definidas. Fornecer o número da unidade e incentivar a telefonar quando estiver fora da unidade. Envolver os pais nos cuidados, tentando que se tornem os principais cuidadores do RN, mesmo que internado. Encorajar os pais a visitar o máximo de vezes e tempo possível o bebê. Chamar os pais pelo nome próprio.
--------------------------------	---

### Apêndice III – Análise SWOT UCIPed

Para uma melhor definição da UCIPed, foi realizada uma análise SWOT. A sigla SWOT significa: Strengths (Forças), Weakness (fraquezas), Opportunitis (oportunidades) e Threats (ameaças). Em português FOFA. É utilizado para o planeamento estratégico e consiste em recolher dados importantes que caracterizam o ambiente interno (pontos fortes e fracos) e o ambiente externo (oportunidades e ameaças). Permite observar os riscos a ter em conta, os problemas a resolver e a prioridade dos mesmos.



**Apêndice IV – Planejamento das atividades e Seleção de Estratégias - UCIPed**

Objetivo para o Estágio na UCIPed			
Objetivo Geral: Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados/ensinos à criança e família.			
Objetivo específico	Atividades desenvolvidas	Recursos	Indicadores de avaliação
Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança em situação crítica em ECMO, analisando as vivências dos pais face ao internamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir com o Enfermeiro Orientador;</li> <li>• Pesquisa, com recurso a bases de dados e materiais produzidos pelas sociedades nacionais e internacionais de pediatria e enfermagem neonatal;</li> <li>• Observação participante dos cuidados prestados, com intervenção do enfermeiro especialista na equipa multidisciplinar;</li> <li>• Prestação de cuidados de enfermagem especializados a uma criança submetida a ECMO;</li> <li>• Realização de entrevista terapêutica aos pais de criança sob tratamento de ECMO;</li> <li>• Elaboração de um estudo de saúde sobre uma criança submetida a tratamento com ECMO.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia e literatura eletrónica</li> <li>• Normas gerais e setoriais implementadas</li> <li>• Computador</li> <li>• Material de apoio à escrita</li> <li>• Internet</li> <li>• Enfermeiro-orientador</li> <li>• Equipa de enfermagem</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Crianças/jovens e familiares</li> <li>• Espaço físico do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação pelo orientador dos cuidados prestador a criança em ECMO;</li> <li>• Avaliação do estudo de saúde.</li> </ul>

**Apêndice V** – História de Saúde “Uma família internada numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos”



**CATOLICA**  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

---

LISBOA·PORTO

Mestrado em Enfermagem  
Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório

## **História de Saúde**

**“Uma família internada numa Unidade de  
Cuidados Intensivos Pediátricos”**

Catarina Carvalho, nº 192021032

Lisboa, outubro de 2022



CATOLICA  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

Mestrado em Enfermagem  
Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade Curricular de Estágio Final e Relatório

## **História de Saúde**

**“Uma família internada numa Unidade de  
Cuidados Intensivos Pediátricos”**

**Regente:** Professora Doutora Margarida Lourenço

**Tutora:** Professora Doutora Sílvia Ramos

**Discente:** Catarina Carvalho, nº 192021032

Lisboa, outubro de 2022

## **Índice de Figuras**

Fig. 1 – Genograma da família .....	85
Fig. 2 – Ecomapa .....	86

## **Índice**

Introdução .....	81
Metodologia .....	82
Resultados .....	83
Apresentação da Criança e Família .....	83
Avaliação Familiar .....	84
Genograma .....	85
Ecomapa .....	86
Análise da informação de acordo com o modelo de Betty Neuman .....	87
Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem .....	88
Conclusão .....	91
Referências Bibliográficas .....	92

## Introdução

Este estudo de caso surge no âmbito do Curso de Mestrado com Enfermagem, com área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, inserido na unidade curricular Estágio Final e Relatório, a decorrer numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIPed), num Hospital na área da Lisboa.

O modelo de sistemas de Betty Neuman (2004, pp. 335-354) reflete sobre o binómio pessoa/família como um todo englobando todas as suas dimensões, física, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual. Neuman (2004), considera que este binómio é um sistema aberto, estando em permanente interação com os outros sistemas e com o ambiente que o rodeia, tendo com principal objetivo manter o equilíbrio de forma a alcançar o bem-estar pleno. Este equilíbrio só se torna possível através da existência de 4 estruturas: estrutura básica (tudo o que é inerente à pessoa, como por exemplo sinais vitais e antecedentes pessoais); linhas de resistência (recursos que a pessoa possui de forma a proteger a estrutura básica e assim garantir o bem-estar); linha de defesa normal (padrão de normalidade que define os mecanismos utilizados para responder face a situações stressantes vivenciadas) e a linha flexível de defesa (previne a invasão no sistema/cliente pelo stressor).

Um estudo de caso é definido e caracterizado por ser um “estudo aprofundado de uma unidade, grupo ou indivíduo, na sua complexidade e no seu dinamismo próprio, fornecendo informações relevantes para a tomada de decisão” (Galdeano, *et al*, 2003) Assim, com um estudo de caso e através do Modelo Teórico de Betty Neuman, pretende-se estudar aprofundadamente de acordo com uma visão de especialista em saúde infantil e pediátrica, uma situação de uma família que se encontra na UCIPed, afim de observar e conseguir analisar as suas dificuldades e necessidades, dando resposta às mesmas durante o tempo de estágio.

Após obter o consentimento verbal dos pais para a recolha de informação para a realização de um estudo de caso sobre a família, foram esclarecidas todas as dúvidas sobre o âmbito do estudo e a pertinência das questões que foram colocadas. A informação que irá surgir, garante a confidencialidade e o anonimato da família em questão, sendo apenas utilizadas as iniciais dos nomes.

Os diagnósticos de enfermagem que irão surgir e as respetivas intervenções, são baseadas na taxonomia de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE versão 2.0). As referências bibliográficas foram utilizadas segundo APA.

## **Metodologia**

O estudo de caso apresentado pretende descrever e analisar uma situação vivenciada durante o período de estágio, identificando os problemas de uma família, intervenções de atuação da equipa de enfermagem, tentando encontrar alternativas que permitam solucionar ou minimizar os problemas numa visão como Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria. Trata-se de um estudo qualitativo, onde o significado das experiências vivenciadas pelos indivíduos é, *aumentar o conhecimento que se tem de um indivíduo (...) ou estudar as mudanças suscetíveis de se produzirem ao longo do tempo no indivíduo.* (Fortin, Côte & Filion, 2009)

Uma limitação identificada ao longo do estudo de caso, é o facto de os dados obtidos não poderem ser generalizadas à restante população.

Foi definido como objetivo geral: Identificar e avaliar os problemas dos pais de uma criança internada em cuidados intensivos pediátricos.

Durante os primeiros turnos na UCIPed, e após a definição dos objetivos de estágio, para selecionar a amostra do estudo, foi realizada uma seleção por meio de uma amostragem por conveniência. Assim, foi escolhida uma família que se encontrava na UCIPed, devido ao internamento da filha, por complicações relacionadas com uma patologia diagnosticada há cerca de dois meses.

A colheita de dados foi realizada durante o mês de setembro de 2022, na unidade de cuidados intensivos pediátricos com vista ao preenchimento da ficha de avaliação familiar da UCIPed. Foi também realizada consulta do processo clínico (incluindo registo médico e de enfermagem), observação continua durante o período de estágio e entrevista terapêutica aos pais.

A análise de dados familiares foi baseada em dois instrumentos de avaliação familiar (genograma e ecomapa), de forma a facilitar a avaliação da dinâmica familiar e dos recursos internos e externos a que poderiam recorrer. Foi também utilizado o modelo teórico de Betty Neuman de forma a serem formulados problemas e diagnósticos de

enfermagem. Os diagnósticos de enfermagem surgem de acordo com a CIPE®, assim como as intervenções e os resultados pretendidos.

Foi realizada uma pesquisa bibliográfica alargada, nas bases de dados *Scielo* e *Academic Google*, de forma a complementar a avaliação e análise dos dados recolhidos. Assim, a leitura dos artigos encontrados permitiu uma melhor avaliação e compreensão da informação recolhida e observada.

## **Resultados**

Apresentam-se de seguida os dados recolhidos após uma entrevista terapêutica aos pais, e após análise do processo clínico e de enfermagem.

A estrutura dos resultados é apresentada de acordo com o Modelo Teórico de Betty Neuman.

### **Apresentação da Criança e Família**

A I é uma criança com 2 anos de idade, do sexo feminino, de nacionalidade portuguesa e melanodérmica.

Foram realizados diversos tratamentos para o casal conseguir engravidar, e após 10 anos e através de fertilização *in vitro* (FIV), conseguiram ter uma gestação até às 41 semanas + 5 dias. O parto foi realizado por cesariana devido a sofrimento fetal, tendo decorrido sem intercorrências, assim como o período perinatal.

Até aos 2 anos de idade sem internamentos, nem cirurgias anteriores. Pais referem que a I não costumava adoecer, por exemplo, nunca tinha sido necessário ser medicada com antibiótico. Apresenta o plano nacional de vacinação atualizado, sem vacinas extraplano. Aos 2 anos e 1 mês foi diagnosticada com Leucemia linfoblástica aguda (LLA) tendo sido submetida a 2 tratamentos de quimioterapia. Por febre com 3 dias de evolução, ficou internada no hospital onde se encontrava a realizar o tratamento. Suspendeu a quimioterapia e por agravamento do estado clínico, foi transferida para a UCIPed pelo transporte inter-hospitalar pediátrico. Com 2 anos e 2 meses foi admitida na UCIPed, tendo ficado em isolamento protetor por aplasia medular <sup>a</sup> e consequentemente foi-lhe diagnosticada uma pneumonia. No seu 13.º dia de internamento na UCIPed foi canulada

a) Doença da medula óssea que faz com que exista uma diminuição de células normais para o funcionamento do corpo

para iniciar ECMO Venovenosa (VV) para evitar lesão pulmonar induzida pela ventilação.

### **Avaliação Familiar**

#### **- Observação Comportamental**

A I no início deste estudo de caso já se encontrava internada na UCIPed. Encontra-se sedada, mas com períodos de reatividade, mobilizando as extremidades de forma coordenada e com abertura ocular espontânea. Por períodos chorosa, quando realizado algum procedimento mais doloroso. Antes das manipulações com prescrição de bólus de medicação para sedoanalgesia, ficando adormecida. A pequena I no início do estágio encontra-se ventilada e em tratamento de ECMO.

Em períodos de atividade, a I é capaz de responder através de gestos, mais lentificados. Quando abordada verbalmente pela equipa de saúde, fingiu variadas vezes encontrar-se a dormir, mas quando chamada pelos pais, com rápida resposta e abertura ocular.

Os pais estiveram sempre presentes, não deixando o quarto da pequena. Demonstraram sempre preocupação em relação à evolução da filha, colocando muitas questões quanto aos tratamentos da I, atentos a todos os cuidados prestados, com vontade de participar sempre que possível.

#### **- Observação da Comunicação**

A interação entre a I e os pais era adequada, apresentava abertura ocular à voz dos pais e cumpria ordens simples.

A comunicação entre os três era afetuosa e carinhosa, demonstrado carinho e tristeza devido à situação.

Os pais eram participativos e referiam querer participar o máximo nos cuidados à sua filha.

#### **- Observação das relações familiares**

Mãe desde o início do internamento na unidade exausta e muito preocupada. Mãe passa todas as noites junto da I e vai descansando por períodos. Raramente se ausenta do quarto, somente para a realização dos seus cuidados de higiene na sala disponibilizada pela unidade e para se alimentar. Refere sentir-se mais angustiada se estiver longe da I. Pais

já tiveram apoio da psicóloga que continua a visitá-los no quarto da I, mas referem-me “não são uns minutos aqui a falar connosco que vão tirar esta angústia e medo cá de dentro, é ao olharmos para ela - apontando para a I - que nos vamos confortando e vendo as pequenas melhorias que vai tendo” (sic).

Equipa de enfermagem e médica tenta com que os pais vão beber um café por períodos, mas com muito pouco sucesso, tendo conseguido com que saíssem do quarto os dois juntos, uma vez durante uma prestação de cuidados à I.

## Genograma

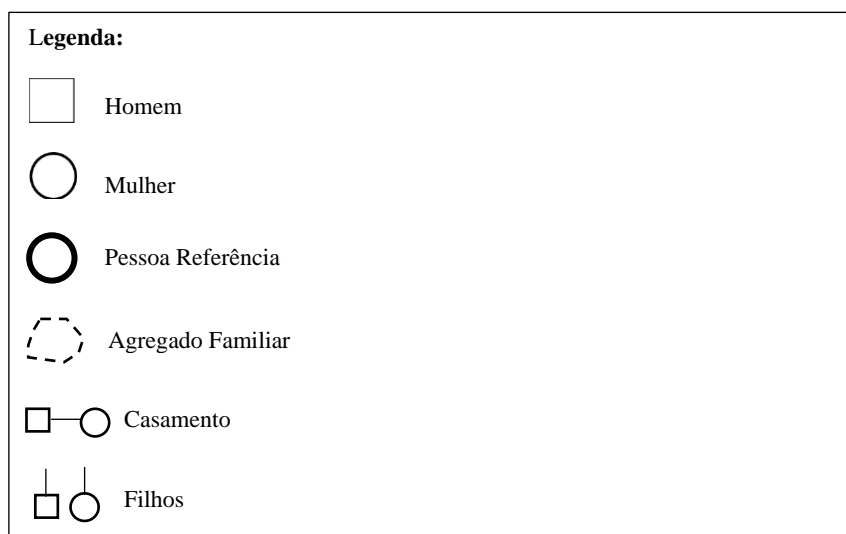
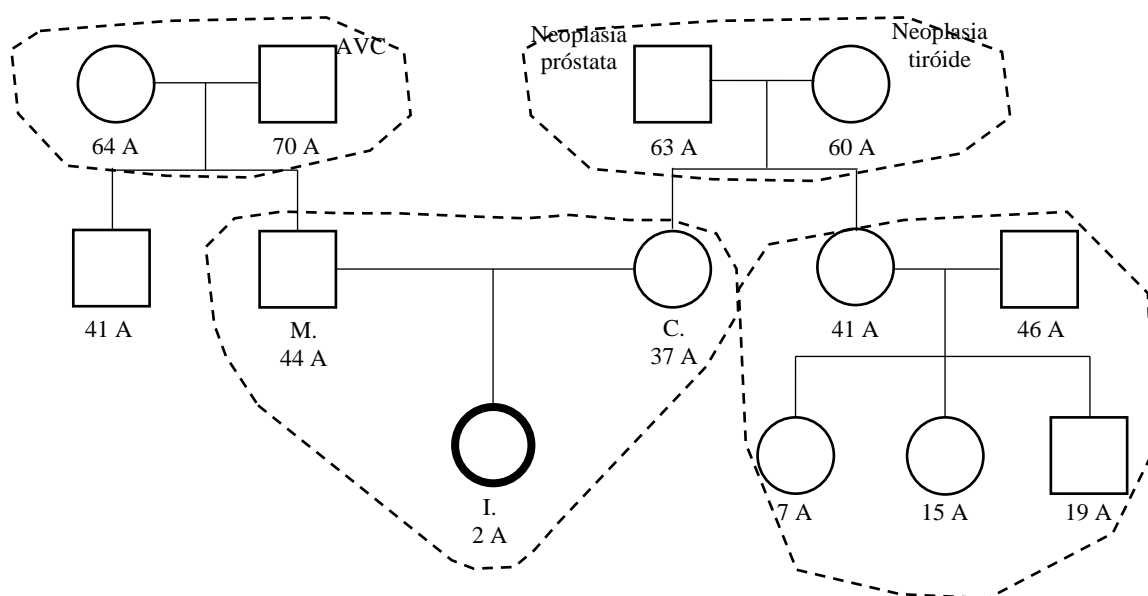


Fig. 1 – Genograma e legenda

## Ecomapa

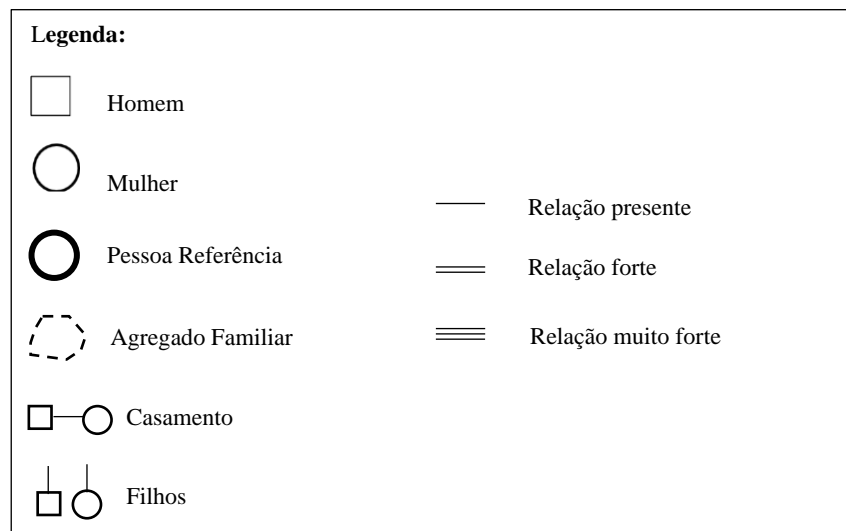
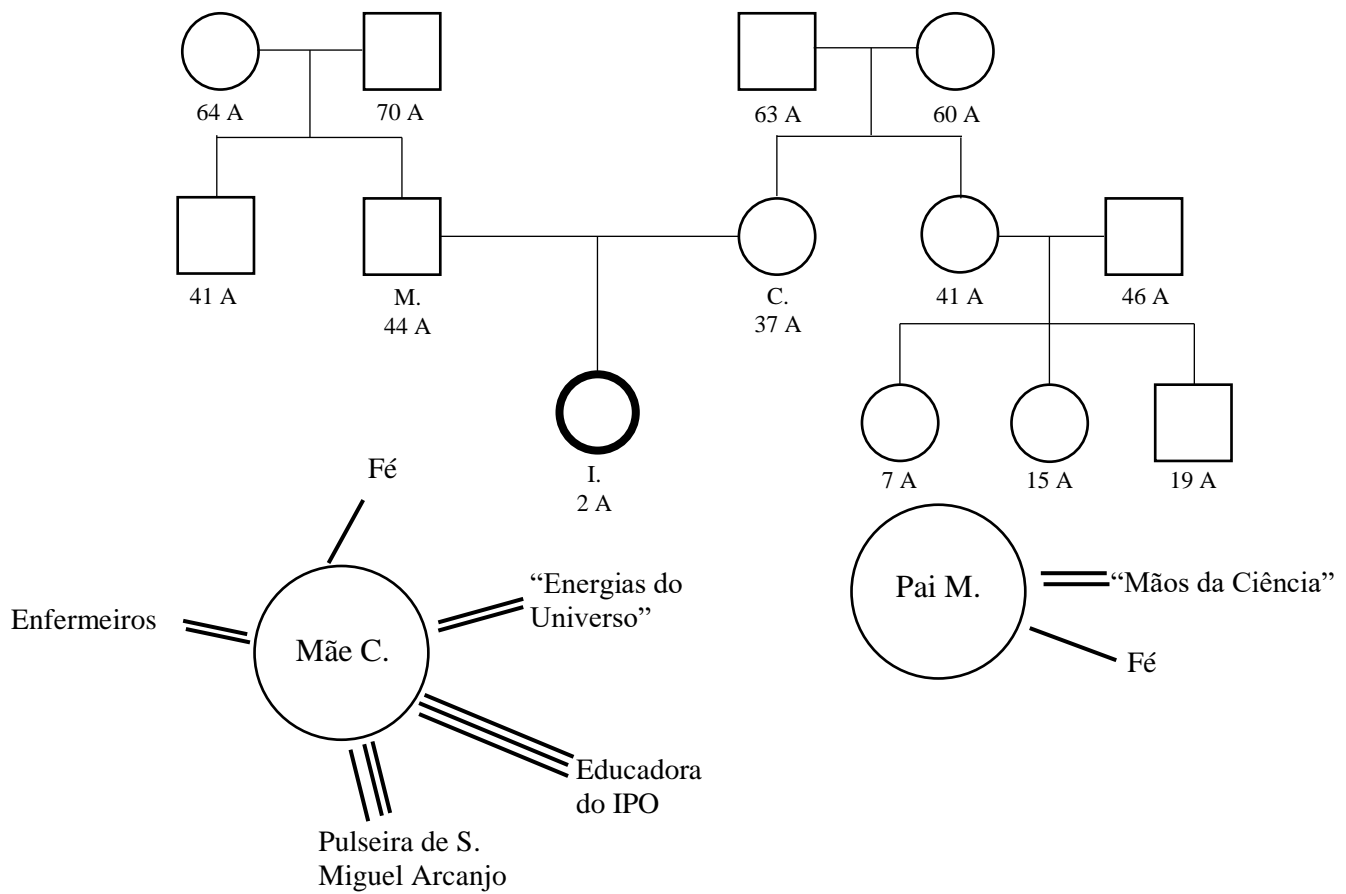


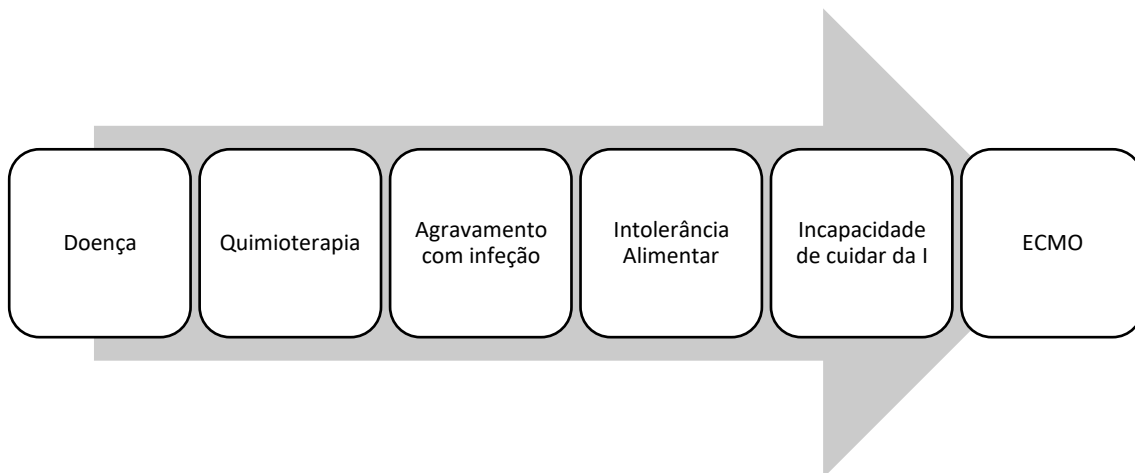
Fig. 2 – Ecomapa da Família e legenda

## **Análise da informação de acordo com a teoria de Betty Neuman**

Através da análise da entrevista realizada aos pais e durante o meu contacto com eles, foram identificados os seguintes stressores.

### **Intrapessoais**

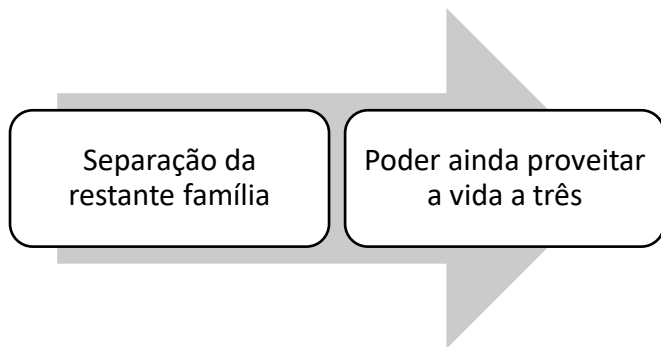
A doença da I e o seu conseqüente agravamento foram os principais stressores para a família. Começou pelo surgir da doença, e conseqüente tratamento e quimioterapia. Surgiu uma infeção, que devido ao agravamento, levou a I a ser submetida a ECMO. Este tratamento foi responsável por dar esperança aos pais, pela provável melhoria da I, mas com muitos medos sempre por todos os efeitos secundários que se podiam desencadear. A incapacidade sentida pelos pais, de poderem cuidar exclusivamente da I, também veio influenciar o *stress* nos mesmos, uma vez que se sentiam muitas vezes impotentes para poderem cuidar da sua filha. O facto de a pequena I ser alimentada através de sonda orogástrica de débito continuo e por períodos apresentar vômito, necessitando de pausas alimentares, surgiu como fator stressor para os pais.



### **Interpessoais**

O afastamento da restante família vem causar sentimentos negativos, sendo assim, um fator de *stress* para a família. Referem que falavam diariamente com todas as pessoas da família e tinham uma relação muito próxima, no momento atual, do internamento da I, apenas comunicam com as suas mães para dar notícias.

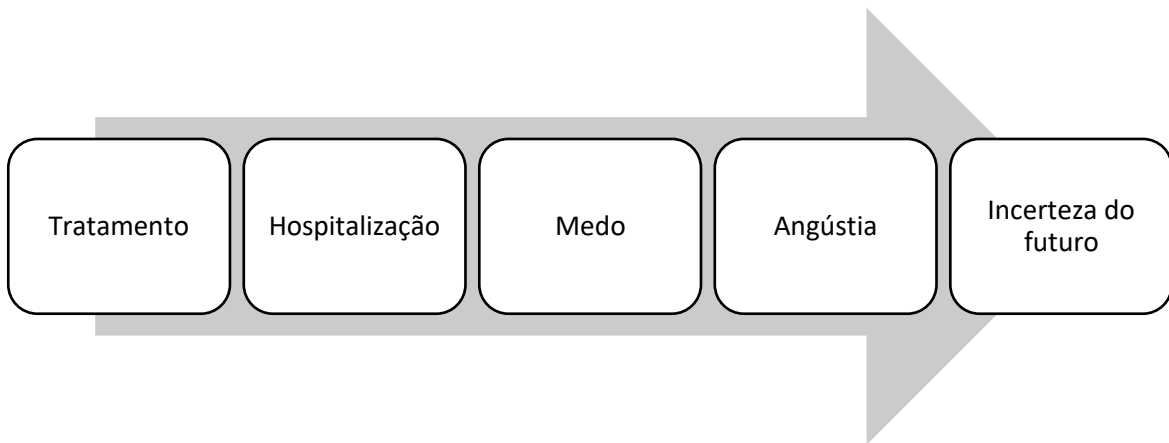
O que mais desejam é poderem usufruir da vida a três e aproveitar todo o futuro em conjunto.



### **Extrapessoais**

Os pais da I referem medo do que possa surgir no futuro e só desejam e querem o bem-estar da sua filha. Este pensamento remete-os para a angústia sentida diariamente.

Todas as suas rotinas foram alteradas com o surgir da doença da I e com todas as complicações: o tratamento, o internamento e após o agravamento da sua situação.



### **Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem**

Durante o estágio e com o contacto com a família foram elaborados diagnósticos e intervenções de enfermagem com o intuito de estruturar o pensamento para uma avaliação de enfermagem. Após terem sido identificados os principais stressores, foram identificados os diagnósticos de enfermagem com objetivo de alcançar o bem-estar da família.

A avaliação realizada após as intervenções de enfermagem tem em conta até ao momento final da presença no estágio na UCIPed.

O Papel Parental é um tipo de Interação de papéis com as seguintes características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais, interiorizando as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; expressão destas expectativas como comportamentos e valores; fundamental?? para promover um crescimento e

desenvolvimento ótimo da criança dependente (CIPE, 2003, p. 63). Esta definição torna-se importante tendo em conta a família em estudo, uma vez que se torna evidente o aumento de ansiedade, *stress*, tristeza, falta de comunicação entre este casal, colocando em causa o papel parental de cada um e como pais em conjunto.

**Foco: Ansiedade**

<b>Diagnóstico de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenção de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Avaliação</b>
Ansiedade Presente	Compreensão pelos pais dos procedimentos realizados e os motivos	<ul style="list-style-type: none"> <li>. Apresentar-se aos pais como cuidador;</li> <li>. Comunicar num ambiente calmo;</li> <li>. Dar espaço aos pais para esclarecerem as dúvidas/questões;</li> <li>. Reforçar o apoio emocional;</li> <li>. Incentivar à parceria de cuidados;</li> <li>. Incentivar os pais na prestação de cuidados;</li> <li>. Incentivar os pais a criarem mecanismos de <i>coping</i> para ajudar a ultrapassar/lidar com os seus medos;</li> <li>. Capacidade de escuta ativa perante os problemas expressados pelos pais.</li> </ul>	Foi incentivada a presença dos pais durante a prestação de cuidados à criança. Mãe permaneceu muito ansiosa sobre os procedimentos realizados à I, estando presente e ajudando a criança a distrair-se. Foi mostrada disponibilidade para escuta das preocupações dos pais, tendo conversado com eles por longos períodos e incentivando a presença dos mesmos, entendendo os recursos internos e externos que teriam para conseguirem gerir a sua preocupação. Foram esclarecidas todas as dúvidas questionadas pelos pais, tendo chamado a equipa médica para responder a algumas questões clínicas.

**Foco: Tristeza**

<b>Diagnóstico de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenção de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Avaliação</b>
Comunicação parental ineficaz	Pais sejam capazes de comunicar eficazmente	. Incentivar a partilha de sentimentos; . Incentivar o diálogo entre o casal; . Permitir que consigam momentos a sós; . Incentivar a alternarem a presença na unidade de forma a que cuidem de si.	A comunicação entre os pais continua ineficaz e a mãe não sai da unidade.

**Foco: Alimentação**

<b>Diagnóstico de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenção de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Avaliação</b>
Ingestão nutricional comprometida	Criança capaz de tolerar a alimentação administrada	. Elucidar os pais sobre a presença da sonda nasogástrica; . Explicar a necessidade de pausa alimentar após período de vómito; . Vigiar conteúdo gástrico.	Até ao término do estágio, a I já tolerava a alimentação, sem apresentar período de vómito.

**Foco: Família**

<b>Diagnóstico de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenção de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Avaliação</b>
<i>Coping</i> familiar comprometido	Comunicação melhorada entre os pais e a equipa de saúde	. Facilitar o apoio da psicóloga aos pais; . Facilitar a expressão de dúvidas por parte dos pais	Os pais reuniram com a psicóloga diversas vezes, mas referindo que não se sentiam apoiados e que não sentiam diferença com as consultas.
Falta de apoio familiar	Comunicação melhorada entre	. Incentivar os pais a comunicarem com a restante família;	Os pais continuaram a não ter contacto com a restante família,

	os pais e a restante família	. Facilitar o apoio social necessário aos pais	falando apenas com as respetivas mães.
<i>Stress</i> parental presente	Que a equipa sinta união entre o casal	. Incentivar à participação nas consultas de psicologia; . Incentivar a comunicação do casal; . Incentivar que ambos saiam um tempo da unidade; . Apoiar a partilha de sentimentos.	Manteve-se o afastamento entre os pais.

### Foco: Higiene

<b>Diagnóstico de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Resultados Esperados</b>	<b>Intervenção de Enfermagem CIPE®</b>	<b>Avaliação</b>
Capacidade para realizar os cuidados de higiene comprometida	Pais sejam capazes de prestar os cuidados de higiene à I autonomamente	. Incentivar a participação nos cuidados; . Incentivar os pais ao toque; . Elogiar e dar reforço positivo sobre os cuidados que os pais prestarem.	Os pais sentiram-se gradualmente capazes de prestar os cuidados, participando mais ativamente

### Conclusão

Segundo Barros (1999) a hospitalização da criança representa uma situação de *stress* para a criança e família, sendo que e as consequências do internamento dependem da forma como os enfermeiros são capazes de compreender, interpretar, avaliar e confrontar a situação de doença e as experiências de sofrimento e limitação física que dela decorrem. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (1998), o enfermeiro possui competências científicas, técnicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidades. Nas competências do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica, é esperado que promova a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade e demonstre na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança (Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da

Criança e Jovem, 2010) Torna-se essencial que os enfermeiros adquiram conhecimentos para dar resposta às necessidades da criança e sua família, de modo a serem um meio facilitador do processo que estão a vivenciar.

A Ordem dos Enfermeiros (2012) refere que os cuidados de enfermagem tomam como foco a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e pretende alcançar. Os resultados obtidos neste estudo de caso permitiram compreender como os cuidados centrados na família devem ser personalizados a cada indivíduo/família. Durante a recolha de informação, o contacto com a família e a elaboração deste estudo, foram compreendidos os sentimentos vividos pelos pais, assim como os fatores stressores desta situação vivenciada pelos mesmos. Desta forma, foi possível a elaboração de diagnósticos de enfermagem, as respetivas intervenções e atuar em acordo, para facilitar a chegada ao resultado esperado para esta família. Nem todos os resultados esperados foram alcançados, uma vez que o tempo de estágio foi curto, não sendo possível acompanhar a I em todo o seu percurso de internamento na UCIPed.

Ao longo da realização deste trabalho foram utilizados como base referenciais teóricos e foi realizada pesquisa nas bases de dados, permitindo uma prática baseada na evidência, conferindo uma melhoria na qualidade do serviço prestado.

## **Referências Bibliográficas**

Azevedo, C. A. M., & Azevedo, A. G. (2008). *Metodologia científica: contributos práticos para a elaboração de trabalhos académicos*. Lisboa: Universidade Católica Editora. Doi: 9789725402122

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: perspetiva desenvolvimentista*. Lisboa: Clipmesi Editores. Doi: 9789727960811

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta. Doi:9789898075185

International Council of Nurses. (2011). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de enfermagem e sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lisboa: Lusodidacta.

## ANÁLISE SWOT do Internamento de Pediatria

Para uma melhor definição do internamento de pediatria, foi realizada uma análise SWOT. A sigla SWOT significa: Strengths (Forças), Weakness (fraquezas), Opportunitis (oportunidades) e Threats (ameaças). Em português FOFA. É utilizado para o planeamento estratégico e consiste em recolher dados importantes que caracterizam o ambiente interno (pontos fortes e fracos) e o ambiente externo (oportunidades e ameaças). Permite observar os riscos a ter em conta, os problemas a resolver e a prioridade dos mesmos.



**Apêndice VII** – Planeamento de Atividades e Seleção de Estratégias – Internamento Pediátrico

Objetivos para o Estágio no Internamento de Pediatria			
Objetivo Geral: Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados/ensinos à criança e família.			
Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas	Recursos	Indicadores de avaliação
<p>Prestar cuidados especializados de enfermagem em resposta às necessidades da criança em fase <i>toddler</i> e pré-escolar, em situação de doença e consequente internamento, promovendo o papel parental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir com a Enfermeira-Chefe, Enfermeira Orientadora;</li> <li>• Conhecer as valências do serviço, suas especificidades, população-alvo e recursos;</li> <li>• Identificar pressupostos e modelos teóricos subjacentes aos cuidados de enfermagem prestados;</li> <li>• Reconhecer a metodologia de trabalho da equipa de enfermagem e o papel do EESIP na mesma;</li> <li>• Compreender a articulação entre serviços de saúde e a referência para outros recursos e a intervenção do EESIP na equipa multidisciplinar;</li> <li>• Efetuar uma observação participante dos cuidados prestados;</li> <li>• Prestar cuidados de enfermagem à criança e família de acordo com a base teórica identificada;</li> <li>• Pesquisar, com recurso a bases de dados e materiais produzidos pelas sociedades nacionais e internacionais de pediatria e enfermagem pediátrica, sobre as particularidades do cuidado à criança/jovem no internamento;</li> <li>• Envolver a participação dos pais nos cuidados à criança, utilizando estratégias de promoção da parentalidade;</li> <li>• Identificar as necessidades de ensino aos pais no contexto do internamento, sobre cuidados a terem em casa;</li> <li>• Elaborar Guias orientadores de boas práticas sobre as necessidades identificadas (vómitos, diarreia e febre), dirigidas à idade dos <i>toddler</i> e pré-escolar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia e literatura eletrónica</li> <li>• Normas gerais e setoriais implementadas</li> <li>• Computador</li> <li>• Internet</li> <li>• Enfermeira-orientadora</li> <li>• Equipa de enfermagem</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Crianças e familiares</li> <li>• Espaço físico do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender perceção dos pais sobre os guias orientadores;</li> <li>• Compreender se colocam em prática o que é ensinado e reforçado.</li> </ul>

<p>Contribuir para a uniformização das práticas para a promoção do papel parental</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir com a Enfermeira-Chefe, Enfermeira Orientadora;</li> <li>• Compreender a elaboração de diagnósticos de enfermagem;</li> <li>• Compreender o funcionamento do sistema informático;</li> <li>• Adequar os diagnósticos de enfermagem a cada criança/família;</li> <li>• Elaborar uma instrução de trabalho sobre o papel parental e a sua importância;</li> <li>• Comunicar à equipa a importância da elaboração do diagnóstico de enfermagem sobre o papel parental;</li> <li>• Informar a equipa de enfermagem sobre a instrução de trabalho;</li> <li>• Elaboração de um Dossier temático sobre a temática da parentalidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia e literatura eletrónica</li> <li>• Normas gerais e setoriais implementadas</li> <li>• Computador</li> <li>• Internet</li> <li>• Enfermeira-orientadora</li> <li>• Equipa de enfermagem</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• Crianças/jovens e familiares</li> <li>• Espaço físico do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar junto da equipa a compreensão da instrução de trabalho;</li> <li>• Avaliar junto da equipa a compreensão do Dossier temático.</li> </ul>
---	--	--	---

## **Criança com Vômitos e Diarreia** **1 aos 6 anos de idade**

Os **Vômitos** e a **Diarreia** são situações recorrentes em crianças.

Importante prevenir a **Desidratação**.

<b>O que é o Vômito?</b>	<b>O que é a Diarreia?</b>
É a expulsão súbita dos alimentos ou conteúdo gástrico pela boca	É o aumento do número de dejeções e simultaneamente diminuição da consistência das fezes
<b>Complicação:</b> <b>Desidratação</b> , que resulta da perda excessiva de líquidos e sais, que são importantes para o equilíbrio do organismo e bem-estar da criança.	

Fatores que podem desencadear estas situações:

- Infeções provocadas por vírus, bactérias ou parasitas;
- Erros alimentares;
- Intolerância alimentar (p.e.: alergias alimentares);
- Intolerância medicamentosa (p.e.: alergias medicamentosas);
- Falta de higiene na confeção dos alimentos;
- Ingestão de alimentos mal conservados.

### Recomendações em caso de **Vômitos**:

- . Pausa alimentar da criança durante 1 hora, sem comer, nem beber;
- . Oferecer soros orais ou líquidos frescos açucarados de forma fracionada;
- . Após essa hora, se não ocorrer vômito, oferecer dieta adequada e de forma gradual (evitar os doces, fritos e as gorduras);

Se persistirem os vômitos ⇒ **Recorrer ao Serviço de Urgência**

### Recomendações em caso de **Diarreia**:

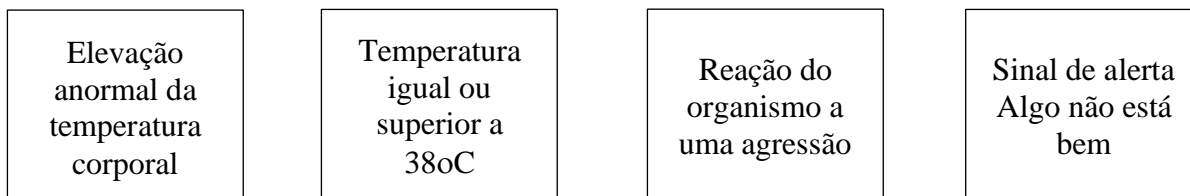
- . Oferecer soros orais ou líquidos frescos açucarados de forma fracionada, de forma a evitar a desidratação;
- . Continuar a amamentar (se for o caso), reforçando o número de mamadas ao longo do dia;
- . Manter a dieta habitual, adequada à idade e evitando os doces, fritos e gorduras.

Se persistir a diarreia + febre + sinais de desidratação ⇒ **Recorrer ao Serviço de Urgência**

Ler atentamente as indicações acima referidas  
Em caso de dúvidas solicite mais informações à Equipa de Saúde

## Criança com Febre 1 aos 6 anos de idade

### O que é a febre?



### Como avaliar a Temperatura?

- Através de um termómetro
- Avaliação axilar, timpânica ou retal

### Medidas para controlar a temperatura:

#### Arrefecimento Natural:

- . Despir a criança ou retirar algumas peças de roupa;
- . Verificar e adequar a temperatura ambiente;
- . Aplicar compressas ou panos embebidos em água tépida sobre a testa, tórax e axilas;
- . Avaliar temperatura após cada intervenção e 30/30 minutos.

#### Medicação:

- . Avaliar a temperatura antes de tomar qualquer medicamento;
- . Administrar paracetamol ou ibuprofeno de acordo com as indicações médicas (e de acordo com a idade e o peso da criança);
- . Registrar o medicamento administrado, a hora e a temperatura;
- . Não administrar ibuprofeno antes dos 12 meses, salvo indicação médica;
- . Administrar paracetamol com intervalo mínimo de 6h;
- . Administrar Ibuprofeno com intervalo mínimo de 8h.

#### Hidratação:

- . Devem ser oferecidos líquidos com regularidade;
- . Não forçar a alimentação da criança, principalmente em pico febril.

### Complicações:

- Convulsão Febril (movimentos descontrolados do corpo);
- Desidratação (perda excessiva de líquidos).

### Sinais de alarme:

- Prostração (criança pouco ativa, recusa alimentar, não quer brincar, sonolência);
- Alterações de comportamento (irritabilidade, gemido durante o pico febril);

- Rigidez da nuca;
- Alteração da coloração da pele;
- Dificuldade respiratória;
- Vômitos persistentes;
- Convulsão febril.

**Ter em atenção:**

- . Vigiar o comportamento do seu filho;
- . Ficar alerta sobre o aparecimento de outros sintomas;
- . Avaliar a temperatura de 4/4h.

Nestas situações descritas ⇒ **Recorrer ao Serviço de Urgência**

Se a febre persistir por mais 2 ou 3 dias ⇒ **Recorrer ao Centro de Saúde**

Ler atentamente as indicações acima referidas  
Em caso de dúvidas solicite mais informações à Equipa de Saúde

**Referências bibliográficas:**

- . Azevedo, S.S. (2013). *Gastroenterite aguda: Abordagem no serviço de urgência*. Lisboa, Portugal: Acta Portuguesa de Pediatria, 44 (5), S7- S8.
- . Brandt, K. G., Antunes, M. M., & Silva, G. A. P. (2015). Acute diarrhea: evidence-based management. *Jornal de Pediatria*, 91(6), S36–S43. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2015.06.002>.
- . Bowen, M., Gray, B., Durbin, J., Roohr, K., Orfe, T., & Jones, V. (2018). A nurse-driven protocol for oral rehydration therapy in mildly dehydrated pediatric patients. *Nursing Critical Care*, 13(1), 38–41. <https://doi.org/10.1097/01.ccn.0000527227.42052.9a>
- . CaJacob, N. J., & Cohen, M. B. (2016). Update on Diarrhea. *Pediatrics in Review*, 37(8), 313–322. <https://doi.org/10.1542/pir.2015-0099>.
- . Departamento de Pediatria do Hospital de Santa Maria – Centro Hospitalar Lisboa Norte (2014). *Protocolo de urgência em pediatria*. 3.ª edição. Lisboa, Portugal: ACSM Editora.
- . Direção-Geral da Saúde (2018). *Febre na criança/adolescente. Folheto informativo para pais e cuidadores*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- . Direção-Geral da Saúde. (2018). *Processo assistencial integrado da febre de curta duração em idade pediátrica*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.
- . Direção-Geral da Saúde (2017). *Orientação n.o 004/2018. Febre na criança e no adolescente: Definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde

- . Geurts, D., Steyerberg, E. W., Moll, H., & Oostenbrink, R. (2017). How to Predict Oral Rehydration Failure in Children With Gastroenteritis. *Journal of Pediatric Gastroenterology & Nutrition*, 65(5), 503–508. <https://doi.org/10.1097/mpg.0000000000001556>
- . Guarino, A., Ashkenazi, S., Gendrel, D., Lo Vecchio, A., Shamir, R., Szajewska, H., European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition, & European Society for Pediatric Infectious Diseases. (2014). European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Pediatric Infectious Diseases evidence-based guidelines for the management of acute gastroenteritis in children in Europe: update 2014. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 59(1), 132–152. <https://doi.org/10.1097/MPG.0000000000000375>
- . Geurts, D., de Vos-Kerkhof, E., Polinder, S., Steyerberg, E., van der Lei, J., Moll, H., & Oostenbrink, R. (2016). Implementation of clinical decision support in young children with acute gastroenteritis: a randomized controlled trial at the emergency department. *European Journal of Pediatrics*, 176(2), 173–181. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2819-2>
- . Iro, M. A., Sell, T., Brown, N., & Maitland, K. (2018). Rapid intravenous rehydration of children with acute gastroenteritis and dehydration: a systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12887-018-1006-1>
- . Mokomane, M., Kasvosve, I., Melo, E. de, Pernica, J. M., & Goldfarb, D. M. (2017). The global problem of childhood diarrhoeal diseases: emerging strategies in prevention and management. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, 5(1), 29–43. <https://doi.org/10.1177/2049936117744429>.
- . Ordem dos Enfermeiros (2007). Recomendações para a elaboração de guias orientadores da boa prática de cuidados. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- . Ribeiro, A. (2013). Desidratação na criança. *Acta Portuguesa de Pediatria*, 44 (5), S8.
- . Shane, A. L., Mody, R. K., Crump, J. A., Tarr, P. I., Steiner, T. S., Kotloff, K., Langley, J. M., Wanke, C., Warren, C. A., Cheng, A. C., Cantey, J., & Pickering, L. K. (2017). 2017 Infectious Diseases Society of America Clinical Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Infectious Diarrhea. *Clinical Infectious Diseases*, 65(12), e45–e80. <https://doi.org/10.1093/cid/cix669>.
- . Sociedade Brasileira de Pediatria (2017). Diarreia aguda: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização Departamento Científico de Gastroenterologia, 1, 1-15.
- . World Health Organization (2008). Cuidados hospitalares para crianças. Porto Alegre, Brasil: Artmed Editora.

<h1>Instrução de Trabalho</h1> <p>Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade de Desempenho de Papel, comprometida</p>	
Elaborado: 10/2022	Revisão:
Destinatários: Equipa de Enfermagem	
<b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> <p>Papel Parental é um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais (de ser mãe/pai); interiorizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; a expressar estas expectativas sob forma de comportamentos e valores; promover o crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente. (CIPE®, 2018)</p> <p><b>Capacidade de desempenho de papel:</b> Capacidade; <b>Comprometida:</b> Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.</p>	
<b>OBJETIVO</b> <p>Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre o diagnóstico de “Capacidade de Desempenho de Papel, Comprometida” no plano de cuidados da criança/adolescente, internado no serviço de Pediatria.</p>	
<b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> <p>Este diagnóstico de enfermagem remete para indivíduos cuja capacidade de desempenho de um determinado papel familiar, social ou profissional está alterada ou comprometida. Através da implementação de intervenções de enfermagem direcionadas, deverá ser possível resolver o problema, ou pelo menos, minimizar o seu impacto.</p> <p><b>Orientações</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Elaborar o diagnóstico sempre que se verifique que a capacidade de desempenho de papel parental não é adequado;</li><li>- Elaborar o diagnóstico sempre que se realizem ensinos aos pais, de acordo com as necessidades identificadas</li></ul> <p><b>Intervenções de Enfermagem Associadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Escutar o indivíduo;</li><li>- Explicar sobre o estado de saúde;</li><li>- Gerir com o indivíduo atividade executada pelo próprio;</li><li>- Orientar indivíduo;</li><li>- Promover (estratégias de <i> coping </i>) do indivíduo;</li><li>- Promover a esperança;</li><li>- Solicitar (apoio) para o indivíduo;</li><li>- Treinar (competências psicossociais) do indivíduo.</li></ul> <p><b>Conhecimento dos pais sobre:</b> Alimentação; Higiene; Eliminação; Crescimento e Desenvolvimento; Sinais de Alerta; Vigilância de saúde; Prevenção de Acidentes.</p> <p><u>Possíveis intervenções de Enfermagem:</u></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Ensinar manobra de desengasgamento;</li><li>- Ensinar mudança da fralda;</li><li>- Treinar mudança da fralda;</li></ul>	

- Ensinar sobre a eliminação no Recém-nascido;
- Treinar pais sobre alimentação do recém-nascido;
- Ensinar sobre a alimentação da criança;
- Treinar manobra de desengasgamento;
- Ensinar sobre a adesão à vacinação;
- Ensinar sobre resposta à vacinação;
- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico da criança;
- Treinar pais sobre gestão de regime terapêutico da criança;
- Ensinar sobre higiene no recém-nascido/criança;
- Treinar pais sobre higiene do recém-nascido/criança;
- Ensinar sobre hábitos da criança;
- Ensinar sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar sobre regime medicamentoso da criança.

**Diagnósticos Relacionados:**

- Conhecimento sobre a saúde diminuído:

Este diagnóstico de enfermagem está relacionado com indivíduos que apresentam déficit de conhecimento ou necessidade de desenvolvimento de competências específicas relativamente a um determinado tema relacionado com a saúde.

Ativar o presente diagnóstico é indispensável para proceder ao ensino ao indivíduo através da intervenção de enfermagem “Ensinar o indivíduo”.

- Continuidade de cuidados comprometida:

O diagnóstico refere-se a situações em que a continuidade de cuidados se encontra comprometida fora do ambiente hospitalar, na qual a intervenção de enfermeiro é fundamental.

**Referências Bibliográficas:**

- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE® (2018)*
- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE® Versão 2 (2011)*
- *Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2019, Manual do Desktop de Enfermagem - Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem*
- *Regufe, J. R., 2015, Processo Diagnóstico focado no Desempenho Parental com Crianças com Necessidades Especiais Permanentes*

**Elaborado por:**

Catarina Carvalho (Enfermeira, Estudante MESIP ICS-UCP)

**Revisto por:**

Eduarda Lima,  
Enfermeira ESIP

**Aprovado por:**

## Apêndice X – Apresentação sobre o Diagnóstico de Enfermagem



Instrução de Trabalho

Elaborado por: AMESIP  
Enfermeira Catarina Carvalho  
Orientada por: Enfermeira  
MESIP Eduarda Lima

### Apresentação do Diagnóstico de Enfermagem:

## Capacidade de Desempenho de Papel, comprometida



## Papel Parental

De acordo com a CIPE® (2018),

*Papel Parental é um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as **responsabilidades parentais** (de ser mãe/pai); interiorizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; a expressar estas expectativas sob forma de comportamentos e valores; promover o crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente.*

Novembro 2022  
AMESIP East Catarina Carvalho

## Papel Parental

Uma avaliao minuciosa da parentalidade significa identificar informao, validar capacidades parentais, de forma a concetualizar, selecionar e implementar processos de cuidados construos em parceria com os pais, com o objetivo de os ajudar a descobrir novas formas de organizao familiar e adaptao aos processos de vida com que se confrontam.

(OE, 2015)

Os pais devem apoiar a criança através do exercício da sua autoridade natural, enquanto figuras de referência, demonstrando um comportamento consistente, empático, apropriado e em consonância com as necessidades do filho.

(Refuge, 2015)

Novembro 2022  
AMESIP Ent<sup>o</sup> Catarina Carvalho

### Objetivo

Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre o diagnóstico de “**Capacidade de Desempenho de Papel, Comprometida**” no plano de cuidados da criança/adolescente, internado no serviço de Pediatria.

### Descrio do Diagnóstico

**Capacidade de desempenho de papel:** Capacidade;  
**Comprometida:** Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.

Novembro 2022  
AMESIP Ent<sup>o</sup> Catarina Carvalho

## Operacionalizao

Este diagnóstico de enfermagem remete para indivíduos cuja capacidade de desempenho de um determinado papel familiar, social ou profissional está alterada ou comprometida. Através da implementao de intervenções de enfermagem direcionadas, deverá ser possível resolver o problema, ou pelo menos, minimizar o seu impacto.

### Orientações:

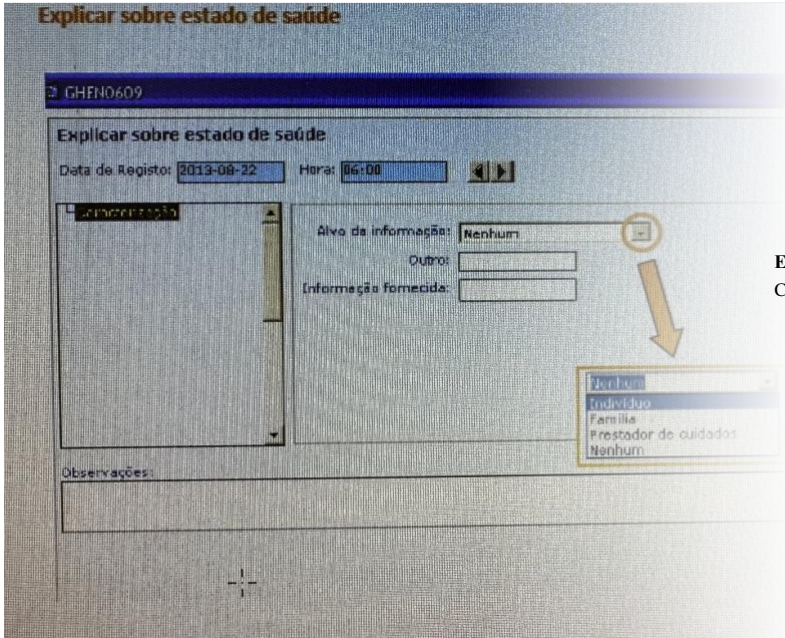
- Elaborar o diagnóstico sempre que se verifique que a capacidade de desempenho de papel parental não está adequado;
- Elaborar o diagnóstico sempre que se realizem ensinamentos aos pais, de acordo com as necessidades identificadas.

## Intervenções de Enfermagem Associadas

- Escutar o indivíduo;
- Explicar sobre o estado de saúde;
- Gerir com o indivíduo atividade executada pelo próprio;
- Orientar indivíduo;
- Promover (estratégias de *coping*) do indivíduo;
- Promover a esperança;
- Solicitar (apoio) para o indivíduo;
- Treinar (competências psicossociais) do indivíduo.

### Conhecimento dos pais sobre:

Alimentao; Higiene; Eliminao; Crescimento e Desenvolvimento;  
Sinais de Alerta; Vigilância de saúde; Preveno de Acidentes.



## Exemplo

### Explicar sobre Estado de Saúde

#### Caraterização:

- Alvo de Informação:
  - . Indivíduo;
  - . Família;
  - . Prestador de Cuidados;
  - . Nenhum
- Outro:
- Informação Fornecida

## Possíveis intervenções de Enfermagem

- Ensinar manobra de desengastamento;
- Ensinar mudança da fralda;
- Treinar mudança da fralda;
- Ensinar sobre a eliminação no Recém-nascido;
- Treinar pais sobre alimentação do recém-nascido;
- Ensinar sobre a alimentação da criança;
- Treinar manobra de desengastamento;
- Ensinar sobre a adesão à vacinação;
- Ensinar sobre resposta à vacinação;
- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico da criança;
- Treinar pais sobre gestão de regime terapêutico da criança;
- Ensinar sobre higiene no recém-nascido/criança;
- Treinar pais sobre higiene do recém-nascido/criança;
- Ensinar sobre hábitos da criança;
- Ensinar sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar sobre regime medicamentoso da criança.

## Diagnósticos Relacionados:

- Conhecimento sobre a saúde diminuído:

Este diagnóstico de enfermagem está relacionado com indivíduos que apresentam défice de conhecimento ou necessidade de desenvolvimento de competências específicas relativamente a um determinado tema relacionado com a saúde.

Ativar o presente diagnóstico é indispensável para proceder ao ensino ao indivíduo através da intervenção de enfermagem “Ensinar o indivíduo”.

- Continuidade de cuidados comprometida:

O diagnóstico refere-se a situações em que a continuidade de cuidados se encontra comprometida fora do ambiente hospitalar, na qual a intervenção de enfermeiro é fundamental.

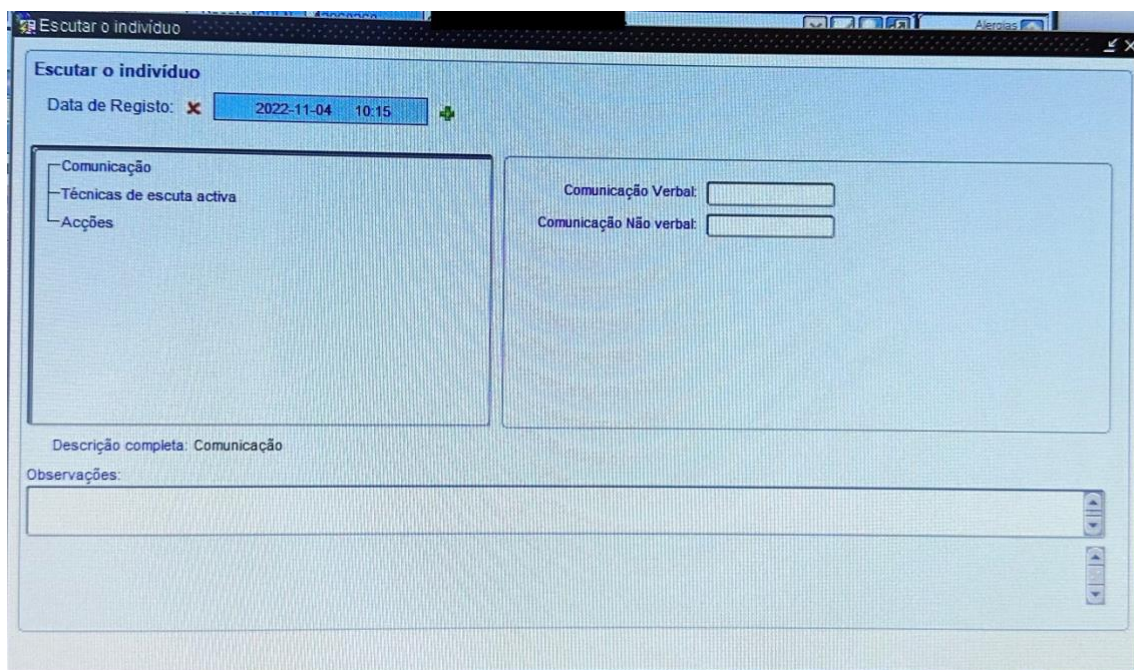
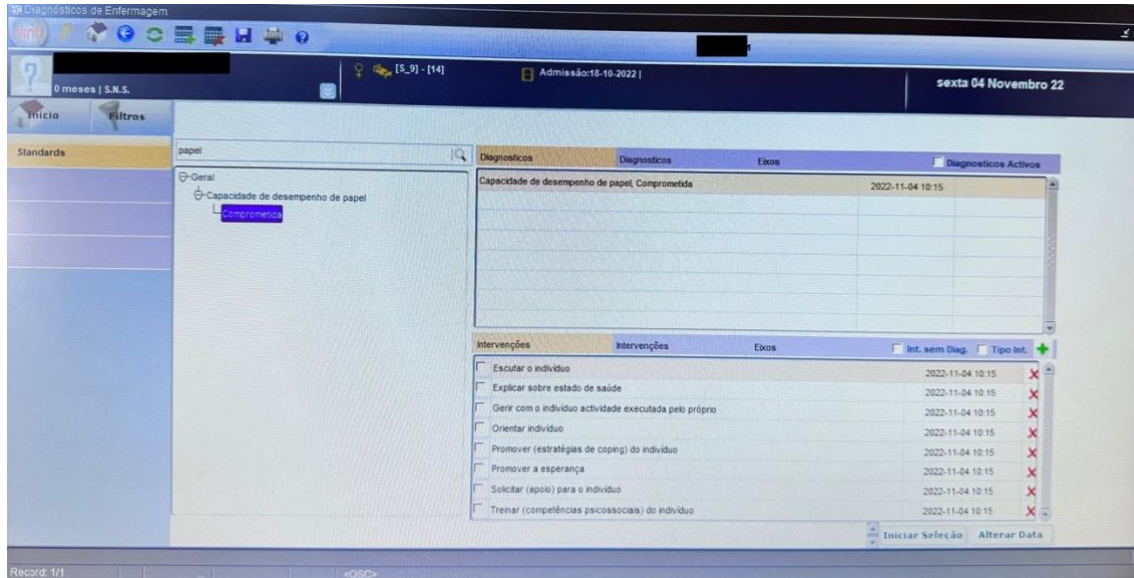
Novembro 2022  
AMESIP Estª Catarina Carvalho

## Referências Bibliográficas

- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE®* (2018)
- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE® Versão 2* (2011)
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2019, Manual do Desktop de Enfermagem – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem
- Regufe, J. R., 2015, Processo Diagnóstico focado no Desempenho Parental com Crianças com Necessidades Especiais Permanentes

Novembro 2022  
AMESIP Estª Catarina Carvalho

## Apêndice XI – Aplicação e Utilização do Diagnóstico de Enfermagem



Escutar o indivíduo

Data de Registo:

Comunicação

**Técnicas de escuta activa**

Acções

Técnicas de escuta activa - Perguntas abertas

Técnicas de escuta activa - Reformulação da mensagem

Técnicas de escuta activa - Validação da comunicação não v...

Descrição completa: Técnicas de escuta activa

Observações:

Técnicas de escuta activa:Técnicas de escuta activa - Perguntas abertas.

Escutar o indivíduo

Data de Registo:

Comunicação

Técnicas de escuta activa

**Acções**

Acção - Estabelecer relação de confiança

Acção - Incentivar o auto-conhecimento

Acção - Incentivar a auto-estima

Acção - Estimular o Empoderamento

Acção - Estimular a expressão de sentimentos e emoções

Acção - Estabelecer metas realistas

Outro

Descrição completa: Acções

Observações:

Técnicas de escuta activa:Técnicas de escuta activa - Perguntas abertas.

Explicar sobre estado de saúde

Data de Registo: 2022-11-04 10:15

—Caracterização

Alvo da informação: Família

Outro: Mãe

Informação fornecida: desengasgamento

Descrição completa: Caracterização

Observações:

Caracterização: Alvo da informação: Família, Outro: Mãe

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Data de Registo: 2022-11-04 10:15

—Estimular

- Recurso a técnicas de conservação de energia
- Exercícios Isométricos

Estimular: Nenhum

- Actividade de vida:
- Higiene pessoal
- Vestir/ Despir
- Respirar
- Comer e beber
- Mover-se
- Actividade física

Descrição completa: Estimular

Observações:

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Data de Registo: ✕ 2022-11-04 10:15 ➕

- Estimular
- Recurso a técnicas de conservação de energia
- Exercícios Isométricos

- Actividade de vida:
- Higiene pessoal
- Vestir/ Despir
- Respirar
- Comer e beber
- Mover-se
- Actividade física
- Recrear/ lazer

Descrição completa: Estimular

Observações:

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Data de Registo: ✕ 2022-11-04 10:15 ➕

- Estimular
- Recurso a técnicas de conservação de energia
- Exercícios Isométricos

- Recrear/ lazer
- Comunicar
- Dormir/ repouso
- Eliminação

Outra:

Especifique actividade:

Dispositivo de apoio:

Descrição completa: Estimular

Observações:



Mestrado em Enfermagem  
Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

**DOSSIER TEMÁTICO:**  
**PROMOÇÃO DA PARENTALIDADE DURANTE A**  
**HOSPITALIZAÇÃO DA CRIANÇA**

**Discente:**

Catarina Carvalho, nº 192021032

**Sob Orientação:**

Professora Doutora Sílvia Ramos

Enfermeira ESIP Eduarda Lima

Lisboa, novembro 2022

## ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	113
<b>Documentos Seleccionados</b> .....	116
<b>Contributo para a aquisição de competências</b> .....	123
<b>Referências Bibliográficas</b> .....	124
<b>Apêndices</b> .....	125
<b>Apêndice 1</b> – Instrução de Trabalho sobre o Diagnóstico de Enfermagem:	
Capacidade de Desempenho de papel, comprometida .....	125
<b>Apêndice 2</b> – Apresentação sobre o Diagnóstico de Enfermagem .....	127
<b>Apêndice 3</b> – Imagens de elaboração do Diagnóstico de Enfermagem e	
Intervenções .....	132
<b>Anexos</b> .....	137
<b>Anexo I</b> – Carta da Criança Hospitalizada .....	137
<b>Anexo II</b> – Anotações à Carta da Criança Hospitalizada .....	153
<b>Anexo III</b> – Convenção sobre os direitos da Criança .....	189
<b>Anexo IV</b> – Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade	
durante a Hospitalização .....	269
<b>Anexo V</b> – Palavras para além da Pandemia .....	312
<b>Anexo VI</b> – Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um	
manual de boas práticas .....	317
<b>Anexo VII</b> – Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à	
ação dos enfermeiros .....	328
<b>Anexo VIII</b> – Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas	
.....	339

## INTRODUÇÃO

Este dossier temático tem como principal foco o desempenho do papel parental durante a hospitalização de uma criança num internamento. A escolha deste tema deve-se ao meu interesse pessoal pelo mesmo, e pela importância descrita na literatura, sobre a inclusão da família nos internamentos pediátricos, trabalhando em tríade (enfermeiro – família – criança). Os pais necessitam de apoio em todas as etapas de desenvolvimento da criança, nomeadamente em situações de particular vulnerabilidade e mesmo no processo de aperfeiçoamento parental. A filosofia dos cuidados pediátricos compreende o processo de parceria de cuidados, assim como os cuidados centrados na família, envolvendo os pais neste processo, tendo em conta os mesmos como principais cuidadores da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015)

A Parentalidade é definida na CIPE® 2.0 como *a ação de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados.*

Segundo a CIPE® (2018), Papel Parental é definido como *um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais (de ser mãe/pai); interiorizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; a expressar estas expectativas sob forma de comportamentos e valores; promover o crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente.*

As duas definições são muito semelhantes, complementando-se na sua globalidade. As responsabilidades de ser pai e mãe são referidas nas duas definições, com vista ao melhor desempenho de um papel parental, de forma a um desempenho de uma parentalidade adequada. A Ordem dos Enfermeiros, o Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização, refere ainda que uma avaliação minuciosa da parentalidade significa identificar informação, validar capacidades parentais, de forma a concetualizar, selecionar e implementar processos de cuidados construídos em parceria. Com o intuito de ajudar os pais a descobrir novas formas de organizar o seio familiar e adaptarem-se aos processos de vida com que se confrontam. Os pais devem ainda apoiar a criança através do exercício da sua autoridade natural,

enquanto figuras de referência. Devem demonstrar um comportamento consistente, empático, coerente com a situação e apropriado com consonância com as necessidades da criança. (Regufe, 2015)

A parentalidade é vista como um dos eventos mais importantes e relevantes na vida, marcando o início de uma nova fase do ciclo vital da família, alterando a função conjugal para parental (Relvas A., 2004). Os pais têm o dever de cuidar, proteger e promover o desenvolvimento dos filhos a nível físico, psicológico e social, estabelecendo um ambiente saudável e favorável à sua evolução (Relvas & Alarcão, 2007; Pires, 2010)

Ao abordar esta temática, existe a necessidade de incluir e englobar a teoria dos Cuidados Centrados na Família (CCF). Em contexto de internamento o enfermeiro possui uma posição privilegiada de capacidade interventiva para facilitar esta adaptação da parentalidade, sendo por isso criadas e implementadas estratégias para a promoção e manutenção do exercício do papel parental (Silva, 2015; Fernandes, 2018). Os cuidados prestados devem ter na sua base a filosofia dos Cuidados Centrados na Família. Estas filosofias reportam os pais como os melhores prestadores e parceiros de cuidados. Desta forma, torna-se indispensável que os enfermeiros apoiem e incentivem os pais durante o internamento, uma vez que se encontram vulneráveis e fragilizados na maioria das vezes, porque para além da situação clínica da criança/jovem também ser instável, também se encontram num momento de transição.

Os CCF podem e devem ser entendidos e experienciados como ferramenta indispensável para o cuidar de enfermagem, cabendo ao enfermeiro especialista (EE) a sua sistemática promoção e utilização como recurso principal e facilitador no contacto com a criança e família. É necessário que os enfermeiros desenvolvam uma ação pensada, organizada e intencional ao serviço dos CCF, apelando à liderança das intervenções de enfermagem com base nesta teoria.

A promoção da parentalidade tem como objetivo a capacitação dos pais, assim como o desenvolvimento de competências e conhecimentos para serem prestadores de cuidados do seu filho, mantendo o desempenho destas funções durante o internamento. Esta tarefa, não sendo fácil, torna-se mais complexa quando a criança necessita de cuidados especializados, levando a um internamento. Este momento dificulta o desempenho adequado da parentalidade, sendo que a compreensão e a intervenção do enfermeiro visam melhorar o processo de transição do papel parental, dando o apoio necessário para um ajuste das competências dos pais nesta adaptação (Fernandes, 2018).

A elaboração deste dossier temático, pretende sumarizar as intervenções de enfermagem adequadas para uma maximização do papel parental durante um internamento, compreendendo também que se trata de um momento de especial vulnerabilidade para aquela família. Podendo ter de ocorrer ajustes das funções parentais dos pais e/ou cuidadores. O EESIP deve estar alerta para que essa situação ocorra, intervindo junto da família, como veículo facilitador para o correto desempenho de funções.

Pretendo assim, a divulgação de ferramentas e aquisição de competências para que desta forma seja possível prestar cuidados de excelência tendo em vista a potencialização da Parentalidade.

Após a introdução, surgem documentos selecionados depois de uma pesquisa bibliográfica, com o intuito de esclarecer dúvidas e fornecer apoio a tomadas de decisão sobre a parentalidade de pais de crianças internadas no internamento de pediatria.

Em apêndice surge a instrução de trabalho sobre o Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade de Desempenho de Papel, comprometida (Apêndice 1) assim como o PowerPoint utilizado para a divulgação à equipa (Apêndice 2) e umas imagens (Apêndice 3) da utilização do diagnóstico durante o registo de notas de enfermagem durante a prestação de cuidados a uma criança e família.

## DOCUMENTOS SELECIONADOS

### Carta da Criança Hospitalizada e Anotações à Carta da Criança Hospitalizada

De acordo com este documento que aparece de seguida, são de destacar os seguintes tópicos:

*2 – Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.*

*3 - Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho.*

*4 - As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.*

*5 - As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.*

*8 - A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.*

Desta forma, este documento vem afirmar a necessidade de permanência dos pais/cuidadores junto das crianças e o direito à informação do estado. De forma a estarem elucidados do real estado de saúde/doença e mantendo o seu papel como cuidadores principais da criança. Mesmo perante o internamento, devem ser incentivados a permanecer junto da criança, de forma a manter o seu papel parental e as competências acrescidas a este papel.

O ESIP deve incentivar a participação dos pais, incluindo-os nos cuidados e mantendo alerta de toda a situação de saúde/doença. Adaptando ensinamentos e arrançando estratégias de forma a garantir os direitos das crianças hospitalizadas e das suas famílias.

## **Convenção sobre os Direitos da Criança**

*Convictos de que a família, elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros, e em particular das crianças, deve receber a proteção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade;*

*Reconhecendo que a criança, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão; (...)*

Assim se lê no preâmbulo da presente convenção e denota-se ao longo da sua leitura, da importância da presença dos pais e das garantias de segurança e de desenvolvimento adequado que garantem para o crescimento dos seus filhos. Assim compreende-se a necessidade de se manter as crianças acompanhadas pelos seus pais, seja qual for a situação. Compreendendo que numa situação de vulnerabilidade, a presença e participação dos mesmos, torna-se crucial e essencial para uma correta abordagem numa situação de transição de uma criança hospitalizada.

A presente convenção reforça a importância da unificação entre pais e filhos, garantindo que todos se mantêm juntos, com relações estáveis. Utilizando a figura de pais, como as pessoas de referência de cada criança. Caso (por diversos motivos) não exista a presença de pais, existem os representantes legais.

Achei adequada a inclusão deste documento, apesar de não abordar literalmente o tema de parentalidade ou papel parental e as suas responsabilidades, engloba a figura dos pais na proteção dos direitos da criança, como principais interessados em manter estes direitos.

## **Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à Parentalidade Durante a Hospitalização**

Este documento pretende apoiar os enfermeiros na promoção da parentalidade durante o internamento de uma criança/jovem. Vem elucidar a importância da presença da família no desenvolvimento da criança, nomeadamente durante uma hospitalização. Deve o enfermeiro então incluir os pais na prestação de cuidados e realizar os ensinamentos adequados para a autonomia dos pais, maximizando e potencializando as suas responsabilidades de papel parental.

Os pais devem adaptar as suas capacidades ao ambiente hospitalar, mantendo-se como principais cuidadores da criança.

Aos enfermeiros compete a habilidade de identificar as necessidades da criança, bem como as necessidades e capacidades dos pais, de forma a manterem as suas responsabilidades e funções durante o internamento.

A Parentalidade tem a capacidade de promover a saúde e o bem-estar da criança ou jovem, em situação de saúde ou doença. Tem como função impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a qualquer nível de desenvolvimento no futuro.

### ***Palavras Para Lá da Pandemia: Cem Lados de uma Crise***

A importância da influência de uma pandemia mundial no papel dos pais durante um internamento. Se o internamento de um filho se torna complicado em situações de vida normais, o surgimento de novos constrangimentos durante a pandemia veio ainda dificultar mais o papel parental numa hospitalização.

O internamento de um filho leva a situações de mudança que os pais não estão preparados, e necessitam de apoio a nível físico, social e emocional. Quando não ocorre um equilíbrio entre estes fatores, o risco de *burnout* parental é muito elevado. O risco de exaustão por uma perturbação mental devido a sentimentos de saturação do papel parental, leva a um impacto no comportamento dos pais perante os seus filhos.

A valorização da parentalidade e o auxílio para o desempenho correto dos papéis parentais faz parte de uma função de enfermeiro especialista. Disponibilizando recursos para uma parentalidade positiva, centrada nos cuidados centrados na família, com deveres parentais realistas e aproximados do valor de cada família.

Este artigo que compila o conhecimento de vários setores da saúde (Centro de Estudos Sociais), vem referir a importância do papel parental e da necessidade da sensibilização dos pais para o autocuidado (pessoal e desempenhado os seus papéis como casal), estimulando a figura paterna a desempenhar um papel mais ativo na parentalidade, não delegando todas as tarefas para a mãe.

## ***Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria***

Este estudo é baseado no conhecimento e na aplicabilidade dos CCF pela equipa de enfermagem. Torna-se importante compreender se este modelo é aplicado e quais os motivos e obstáculos que levam à não adesão.

Apesar de existir evolução nos cuidados prestados e ser englobada a família, constata-se ainda uma centralização nos cuidados à criança.

Assim, é de referir que este estudo revela que apesar dos enfermeiros se encontrarem predispostos a utilizarem os CCF, assumindo a importância na prestação de cuidados, ainda é necessário um longo percurso até que este modelo seja utilizado na prática na sua íntegra. A aplicabilidade implica uma reflexão da prática, essencial para a equipa de enfermagem, que não é realizada. Sendo que a atitude dos enfermeiros relativamente aos CCF é determinante para a sua implementação, é necessária uma reflexão sobre a prática e sobre os cuidados realizados.

A equipa de enfermagem demonstra ainda alguma falta de informação sobre o modelo e sobre estratégias para a sua implementação. As rotinas hospitalares são vistas como um impedimento/dificuldade para os CCF, assim como a falta de tempo, conhecimento e habilidades para os colocar em prática.

Criou-se então um manual de boas práticas, como documento facilitador para a aplicação dos CCF nas intervenções de enfermagem durante a prestação de cuidados, a definindo a conduta dos profissionais.

Na pesquisa efetuada, encontraram-se artigos mais recentes, mas em contexto de cuidados intensivos pediátricos ou neonatais. Tentei não incluir esses artigos por fazerem referência a um contexto que não é o pretendido para este dossier temático.

Assim, apesar do artigo ser de 2012, é possível sensibilizar a equipa de enfermagem para os cuidados a ter, de forma a prestar cuidados centrados na família.

## *Parceria nos Cuidados de Enfermagem em Pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros*

Segundo este artigo, pode-se verificar que os enfermeiros ao refletirem sobre a parceria de cuidados desenvolvida com os pais das crianças, fazem-no com base no conhecimento que têm sobre a parceria e não com base nas ações que desenvolvem nas suas ações para a sua implementação. Desta forma, não suportam as suas práticas, nas teorias que conhecem e estudam, contemplam a parceria no pensar, mas não no agir.

A parceria de cuidados utilizada maioritariamente pelos enfermeiros assenta numa partilha de cuidados com os pais, delegando cuidados aos mesmos. Mas o intuito dos cuidados prestados às crianças/jovens e suas famílias, necessita de um olhar sobre a investigação e conseqüente aplicação na prática. É esperado que a par de um processo contínuo de capacitação e sensibilização, os enfermeiros ao analisar as práticas e após uma reflexão, sejam capazes de potencializar recursos e converter esforços em atividades sistematizadas, de forma a otimizar o processo de parceria de cuidados. Sendo valorizada a parentalidade no processo de cuidar.

Denotou-se neste estudo que os enfermeiros têm acesso e conhecimento sobre práticas de parceria de cuidados com as famílias das crianças, no entanto, a transformação da sabedoria para a prática não acontece como é pretendido e como sabem que deveria acontecer. No entanto, os enfermeiros vêem os pais como principais cuidadores e ao serem informados sobre aspetos de saúde do filho, a capacidade de cuidar torna-se mais potencializada, maximizando ao máximo a capacidade do papel parental que é desempenhado.

### ***Preocupações e Necessidades dos Pais de Crianças Hospitalizadas***

Com a realização deste estudo e após leitura do artigo, verificou-se que o momento de hospitalização de um filho é um acontecimento crítico e stressante não só para a criança/jovem e seus pais, mas para toda a família. O momento de internamento interfere nas rotinas e no bem-estar de todos, implicando um ajuste aos novos horários e novas organizações. Surgem novos desafios e são colocadas exigências devido ao internamento dos mais novos. Verificou-se então, que o internamento de um filho gera impacto em várias áreas da sua vida e é motivo para muitas preocupações e necessidades da família. Os pais, sendo os principais cuidadores ficam com mais responsabilidades e com dificuldades acrescidas durante o internamento, normalmente tentando dividir tarefas entre o casal. O cuidador secundário acaba por assumir as questões laborais, gestão das tarefas domésticas e o cuidado dos outros filhos em casa, enquanto o cuidador principal acompanha de mais perto o filho que se encontra internado, vivendo mais intensamente sentimentos de angústia e apreensão devido ao estado do seu filho. O facto de passar longos períodos no hospital, não se revela tarefa fácil de fora a ajudar a ultrapassar esses sentimentos. O cuidador principal sente-se com “liberdade de movimentos” e sob condições de hotelaria pouco confortáveis e desajustadas às suas necessidades de repouso, higiene e privacidade. Sente ainda uma redução do tempo para o próprio, falta do seu conforto, das rotinas, da sua família, notando-se o maior desgaste neste cuidador. Adicionalmente, a interrupção temporária das despesas financeiras associadas à hospitalização do filho, geram preocupações adicionais.

As intervenções a realizar de modo a diminuir o impacto da experiência negativa do internamento para os pais são o ajuste do ambiente e tentativa de maximizar o conforto durante a hospitalização e a qualidade dos processos comunicacionais, devendo ser estabelecida corretamente de forma ao cuidador se sentir confortável para referir à equipa de saúde as suas preocupações.

Relativamente à primeira intervenção, é muito estrutural, estando relacionada com a própria questão estrutural do hospital e os aparelhos disponíveis. A segunda intervenção, inclui toda a informação disponibilizada aos pais, a utilização de uma linguagem clara e concisa, ajustada à perceção do cuidador. Deve ocorrer uma gestão de expectativas e resposta às necessidades dos pais, diminuindo as suas preocupações.

## **Contributo para a aquisição de competências**

A elaboração deste dossier temático foi muito importante para a minha reflexão sobre a prática diária sobre as crianças e as suas famílias a quem presto cuidados. Com a leitura destes documentos, análise e posterior resumo sobre os mesmos, adquiri novos conhecimentos e teóricas que têm como base os cuidados centrados na família, levando-me a uma reflexão sobre os cuidados centrados na criança que estão bastante presentes na prática diária de equipas de enfermagem com quem desempenho funções.

Ainda me levou a refletir sobre os cuidados centrados na criança com a participação ativa dos pais *versus* os cuidados centrados na família, o que irá mudar a minha prática e pensar se estou apenas a delegar funções nos pais ou realmente a prestar cuidados centrados na família. Levando à necessidade de dar resposta a preocupações dos cuidadores, tentando maximizar o seu desempenho de papel parental perante a criança hospitalizada.

Este dossier surge com o intuito de partilhar a informação com a equipa de enfermagem do internamento de pediatria, ficando disponível para consulta em papel no serviço.

## Referências Bibliográficas

Apolinário, M. (2012). Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência, III Série*(nº 7), 83–92. <https://doi.org/10.12707/riii11145>

Centro de Estudos Sociais, Universidade de Coimbra, *Palavras para lá da Pandemia: Cem lados de uma crise*, 2020, ISBN: 978-989-8847-25-6

Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2019, Manual do Desktop de Enfermagem – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem

*Convenção sobre os Direitos da Criança*. (n.d.). [Www.unicef.org](http://www.unicef.org).  
<https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca>

European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da Criança Hospitalizada (Anotações)*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança

European Association for Children in Hospital (2009). *Carta da Criança Hospitalizada*. Lisboa: Instituto de Apoio à Criança

Goreti Silva Ramos Mendes, M., & Ferreira Pereira da Silva Martins, M. M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, III* (6),113-121 ISSN: 0874-0283. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965015>

Ordem dos Enfermeiros, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, CIPE® (2018)

Ordem dos Enfermeiros, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, CIPE® Versão 2 (2011)

Ordem dos Enfermeiros, *Guia Orientado de Boa Prática – adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*, 2015, Cadernos OE, séria 1 número 8, ISBN: 978-989-8444-26-4

Regufe, J. R. (2015). *Processo diagnóstico focado no desempenho parental com crianças com necessidades especiais permanentes : da formalização do conhecimento envolvido à definição de um modelo clínico de dados*. [Comum.rcaap.pt](http://hdl.handle.net/10400.26/10770).  
<http://hdl.handle.net/10400.26/10770>

Rodrigues, J. I. B., Fernandes, S. M. G. C., & Marques, G. F. dos S. (2020). Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde E Sociedade*, 29(2), e190395. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902020190395>

## APÊNDICES

### Apêndice 1

<h1>Instrução de Trabalho</h1>	
Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade de Desempenho de Papel, comprometida	
Elaborado: 10/2022	Revisão:
Destinatários: Equipa de Enfermagem	
<p><b>CONTEXTUALIZAÇÃO</b> Papel Parental é um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais (de ser mãe/pai); interiorizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; a expressar estas expectativas sob forma de comportamentos e valores; promover o crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente. (CIPE®, 2018)</p> <p><b>Capacidade de desempenho de papel:</b> Capacidade; <b>Comprometida:</b> Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.</p>	
<p><b>OBJETIVO</b> Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre o diagnóstico de “Capacidade de Desempenho de Papel, Comprometida” no plano de cuidados da criança/adolescente, internado no serviço de Pediatria.</p>	
<p><b>OPERACIONALIZAÇÃO</b> Este diagnóstico de enfermagem remete para indivíduos cuja capacidade de desempenho de um determinado papel familiar, social ou profissional está alterada ou comprometida. Através da implementação de intervenções de enfermagem direcionadas, deverá ser possível resolver o problema, ou pelo menos, minimizar o seu impacto.</p> <p><b>Orientações</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborar o diagnóstico sempre que se verifique que a capacidade de desempenho de papel parental não é adequado;</li> <li>- Elaborar o diagnóstico sempre que se realizem ensinamentos aos pais, de acordo com as necessidades identificadas</li> </ul> <p><b>Intervenções de Enfermagem Associadas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Escutar o indivíduo;</li> <li>- Explicar sobre o estado de saúde;</li> <li>- Gerir com o indivíduo atividade executada pelo próprio;</li> <li>- Orientar indivíduo;</li> <li>- Promover (estratégias de coping) do indivíduo;</li> <li>- Promover a esperança;</li> <li>- Solicitar (apoio) para o indivíduo;</li> <li>- Treinar (competências psicossociais) do indivíduo.</li> </ul> <p><b>Conhecimento dos pais sobre:</b> Alimentação; Higiene; Eliminação; Crescimento e Desenvolvimento; Sinais de Alerta; Vigilância de saúde; Prevenção de Acidentes.</p>	

**Possíveis intervenções de Enfermagem:**

- Ensinar manobra de desengasgamento;
- Ensinar mudança da fralda;
- Treinar mudança da fralda;
- Ensinar sobre a eliminação no Recém-nascido;
- Treinar pais sobre alimentação do recém-nascido;
- Ensinar sobre a alimentação da criança;
- Treinar manobra de desengasgamento;
- Ensinar sobre a adesão à vacinação;
- Ensinar sobre resposta à vacinação;
- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico da criança;
- Treinar pais sobre gestão de regime terapêutico da criança;
- Ensinar sobre higiene no recém-nascido/criança;
- Treinar pais sobre higiene do recém-nascido/criança;
- Ensinar sobre hábitos da criança;
- Ensinar sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar sobre regime medicamentoso da criança.

**Diagnósticos Relacionados:**

- Conhecimento sobre a saúde diminuído:

Este diagnóstico de enfermagem está relacionado com indivíduos que apresentam défice de conhecimento ou necessidade de desenvolvimento de competências específicas relativamente a um determinado tema relacionado com a saúde.

Ativar o presente diagnóstico é indispensável para proceder ao ensino ao indivíduo através da intervenção de enfermagem “Ensinar o indivíduo”.

- Continuidade de cuidados comprometida:

O diagnóstico refere-se a situações em que a continuidade de cuidados se encontra comprometida fora do ambiente hospitalar, na qual a intervenção de enfermeiro é fundamental.

**Referências Bibliográficas:**

- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE® (2018)*
- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, CIPE® Versão 2 (2011)*
- *Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2019, Manual do Desktop de Enfermagem – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem*
- *Regufe, J. R., 2015, Processo Diagnóstico focado no Desempenho Parental com Crianças com Necessidades Especiais Permanentes*

**Elaborado por:**

Catarina Carvalho (Enfermeira, Estudante  
MESIP ICS-UCP)

**Revisto por:**

Eduarda Lima,  
Enfermeira ESIP

**Aprovado por:**

## Apêndice 2

Instrução de Trabalho

Elaborado por: AMESIP  
Enfermeira Catarina Carvalho  
Orientada por: Enfermeira  
MESIP Eduarda Lima

### Apresentação do Diagnóstico de Enfermagem:

### Capacidade de Desempenho de Papel, comprometida

## Papel Parental

De acordo com a CIPE® (2018),

*Papel Parental é um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as **responsabilidades parentais** (de ser mãe/pai); interiorizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; a expressar estas expectativas sob forma de comportamentos e valores; promover o crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente.*

## Papel Parental

Uma avaliação minuciosa da parentalidade significa identificar informação, validar capacidades parentais, de forma a concetualizar, selecionar e implementar processos de cuidados construídos em parceria com os pais, com o objetivo de os ajudar a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se confrontam.

(OE, 2015)

Os pais devem apoiar a criança através do exercício da sua autoridade natural, enquanto figuras de referência, demonstrando um comportamento consistente, empático, apropriado e em consonância com as necessidades do filho.

(Refuge, 2015)

Novembro 2022  
AMESIP Estº Catarina Carvalho

### Objetivo

Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre o diagnóstico de “**Capacidade de Desempenho de Papel, Comprometida**” no plano de cuidados da criança/adolescente, internado no serviço de Pediatria.

### Descrição do Diagnóstico

**Capacidade de desempenho de papel:** Capacidade;  
**Comprometida:** Juízo positivo ou negativo: estado julgado como negativo, alterado, comprometido ou ineficaz.

Novembro 2022  
AMESIP Estº Catarina Carvalho

## Operacionalização

Este diagnóstico de enfermagem remete para indivíduos cuja capacidade de desempenho de um determinado papel familiar, social ou profissional está alterada ou comprometida. Através da implementação de intervenções de enfermagem direcionadas, deverá ser possível resolver o problema, ou pelo menos, minimizar o seu impacto.

### Orientações:

- Elaborar o diagnóstico sempre que se verifique que a capacidade de desempenho de papel parental não é adequado;
- Elaborar o diagnóstico sempre que se realizem ensinamentos aos pais, de acordo com as necessidades identificadas.

Novembro 2022  
AMESIP Estº Catarina Carvalho

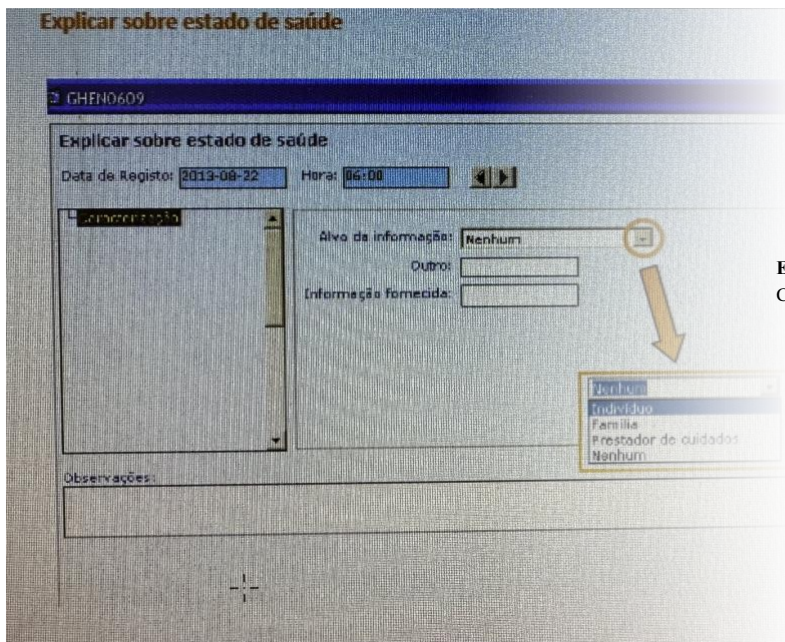
## Intervenções de Enfermagem Associadas

- Escutar o indivíduo;
- Explicar sobre o estado de saúde;
- Gerir com o indivíduo atividade executada pelo próprio;
- Orientar indivíduo;
- Promover (estratégias de *coping*) do indivíduo;
- Promover a esperança;
- Solicitar (apoio) para o indivíduo;
- Treinar (competências psicossociais) do indivíduo.

### Conhecimento dos pais sobre:

Alimentação; Higiene; Eliminação; Crescimento e Desenvolvimento;  
Sinais de Alerta; Vigilância de saúde; Prevenção de Acidentes.

Novembro 2022  
AMESIP Estº Catarina Carvalho



## Exemplo

### Explicar sobre Estado de Saúde

#### Caraterização:

- Alvo de Informação:
  - . Indivíduo;
  - . Família;
  - . Prestador de Cuidados;
  - . Nenhum
- Outro:
- Informação Fornecida

Novembro 2022  
AMESIP-Enfª Catarina Carvalho

## Possíveis intervenções de Enfermagem

- Ensinar manobra de desengastamento;
- Ensinar mudança da fralda;
- Treinar mudança da fralda;
- Ensinar sobre a eliminação no recém-nascido;
- Treinar pais sobre alimentação do recém-nascido;
- Ensinar sobre a alimentação da criança;
- Treinar manobra de desengastamento;
- Ensinar sobre a adesão à vacinação;
- Ensinar sobre resposta à vacinação;
- Ensinar sobre gestão do regime terapêutico da criança;
- Treinar pais sobre gestão de regime terapêutico da criança;
- Ensinar sobre higiene no recém-nascido/criança;
- Treinar pais sobre higiene do recém-nascido/criança;
- Ensinar sobre hábitos da criança;
- Ensinar sobre prevenção de acidentes;
- Ensinar sobre regime medicamentoso da criança.

Novembro 2022  
AMESIP-Enfª Catarina Carvalho

## Diagnósticos Relacionados:

- Conhecimento sobre a saúde diminuído:

Este diagnóstico de enfermagem está relacionado com indivíduos que apresentam défice de conhecimento ou necessidade de desenvolvimento de competências específicas relativamente a um determinado tema relacionado com a saúde.

Ativar o presente diagnóstico é indispensável para proceder ao ensino ao indivíduo através da intervenção de enfermagem “Ensinar o indivíduo”.

- Continuidade de cuidados comprometida:

O diagnóstico refere-se a situações em que a continuidade de cuidados se encontra comprometida fora do ambiente hospitalar, na qual a intervenção de enfermeiro é fundamental.

Novembro 2022  
AMESIP Estª Catarina Carvalho

## Referências Bibliográficas

- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, CIPE® (2018)
- *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*, CIPE® Versão 2 (2011)
- Centro Hospitalar Lisboa Norte, 2019, Manual do Desktop de Enfermagem – Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem
- Regufe, J. R., 2015, Processo Diagnóstico focado no Desempenho Parental com Crianças com Necessidades Especiais Permanentes

Novembro 2022  
AMESIP Estª Catarina Carvalho

### Apêndice 3

Surgem alguns exemplos da elaboração do Diagnóstico de Enfermagem: Capacidade de Desempenho de Papel, comprometida, assim como as intervenções realizadas para esta criança/família em questão.

The screenshot displays a software interface for nursing diagnosis and interventions. The top navigation bar includes 'Início' and 'Outros'. The main content area is divided into several sections:

- Standards:** A tree view showing 'papel' > 'Geral' > 'Capacidade de desempenho de papel' with a sub-item 'Comprometida' highlighted.
- Diagnósticos:** A table with columns 'Diagnósticos', 'Exos', and 'Diagnósticos Activos'. It contains one entry: 'Capacidade de desempenho de papel, Comprometida' with the date '2022-11-04 10:15'.
- Intervenções:** A table with columns 'Intervenções', 'Exos', 'Int. sem Diag.', and 'Tipo Int.'. It lists several interventions, all with a date of '2022-11-04 10:15' and a red 'X' in the 'Tipo Int.' column, indicating they are not selected or completed.

Buttons at the bottom right include 'Iniciar Seleção' and 'Alterar Data'. The status bar at the bottom left shows 'Record: 1/1'.

The screenshot shows a detailed form titled 'Escutar o indivíduo'. The 'Data de Registo' is set to '2022-11-04 10:15'. The form is organized into several sections:

- Comunicação:** A tree view with sub-items 'Técnicas de escuta activa' and 'Acções'.
- Comunicação Verbal:** A text input field.
- Comunicação Não verbal:** A text input field.
- Descrição completa:** A text area containing the word 'Comunicação'.
- Observações:** A large text area for additional notes.

Navigation arrows are visible on the right side of the form.

Escutar o indivíduo

Data de Registo: 2022-11-04 10:15

Comunicação

- Técnicas de escuta activa
- Acções

Técnicas de escuta activa - Perguntas abertas

Técnicas de escuta activa - Reformulação da mensagem

Técnicas de escuta activa - Validação da comunicação não v...

Descrição completa: Técnicas de escuta activa

Observações:

Técnicas de escuta activa:Técnicas de escuta activa - Perguntas abertas.

Escutar o indivíduo

Data de Registo: 2022-11-04 10:15

Comunicação

- Técnicas de escuta activa
- Acções

Acção - Estabelecer relação de confiança

Acção - Incentivar o auto-conhecimento

Acção - Incentivar a auto-estima

Acção - Estimular o Empoderamento

Acção - Estimular a expressão de sentimentos e emoções

Acção - Estabelecer metas realistas

Outro

Descrição completa: Acções

Observações:

Técnicas de escuta activa:Técnicas de escuta activa - Perguntas abertas.

Explicar sobre estado de saúde

Data de Registo: 2022-11-04 10:15

—Caracterização

Alvo da informação: Família

Outro: Mãe

Informação fornecida: desengasamento

Descrição completa: Caracterização

Observações:

Caracterização: Alvo da informação: Família, Outro: Mãe

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Data de Registo: 2022-11-04 10:15

—Estimular

- Recurso a técnicas de conservação de energia
- Exercícios Isométricos

Estimular: Nenhum

- Actividade de vida
- Higiene pessoal
- Vestir/ Despir
- Respirar
- Comer e beber
- Mover-se
- Atividade física

Descrição completa: Estimular

Observações:

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Data de Registo:

- Estimular
  - Recurso a técnicas de conservação de energia
  - Exercícios Isométricos
- Actividade de vida:
  - Higiene pessoal
  - Vestir/ Despir
  - Respirar
  - Comer e beber
  - Mover-se
  - Actividade física
  - Recrear/ lazer

Descrição completa: Estimular

Observações:

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Gerir com o indivíduo actividade executada pelo próprio

Data de Registo:

- Estimular
  - Recurso a técnicas de conservação de energia
  - Exercícios Isométricos
- Recrear/ lazer
- Comunicar
- Dormir/ repouso
- Eliminação
  - Outra:

Descrição completa: Estimular

Observações:

Especifique actividade:

Dispositivo de apoio:

## **ANEXOS**

# Carta da Criança Hospitalizada



**IAC**  
Instituto de Apoio à Criança

HUMANIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS  
DE ATENDIMENTO  
À CRIANÇA





GRUPO

**MEDINFAR**

Compromisso com a Saúde

# CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA



O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças.

HUMANIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS  
DE ATENDIMENTO  
À CRIANÇA

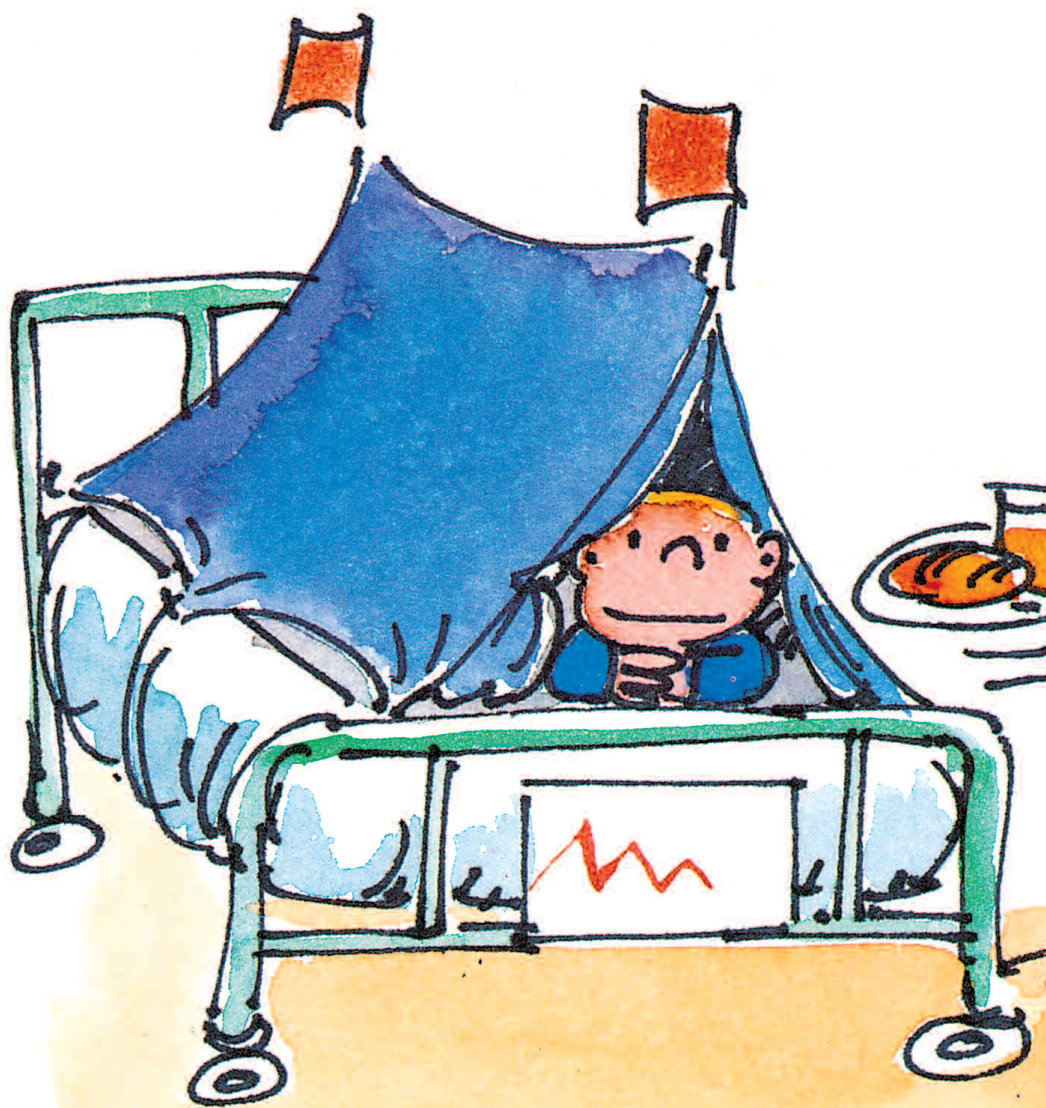


FONDATION  
DE  
FRANCE

**EACH**  
European  
Association  
for Children  
in Hospital

*Ilustrações de Pef*

Esta carta foi preparada por  
várias associações europeias  
em 1988, em Leiden



IAC - Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança - Portugal

APACHE - França

Associazione per Il Bambino in Ospedale (ABIO) - Itália

Kind en Ziekenhuis - Bélgica

Kind en Ziekenhuis - Holanda

Aktionkomitee Kind Im Krankenhaus (AKIK) - Alemanha

Kind und Krankenhaus - Suíça

National Association for the Welfare of Children in Hospital (NAWCH) - Grã-Bretanha

NOBAB - Suécia

NOBAB - Noruega

NOBAB - Dinamarca

NOBAB - Finlândia

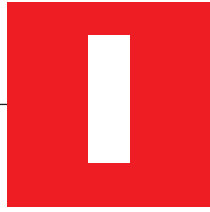
UMHYGGJA - Islândia



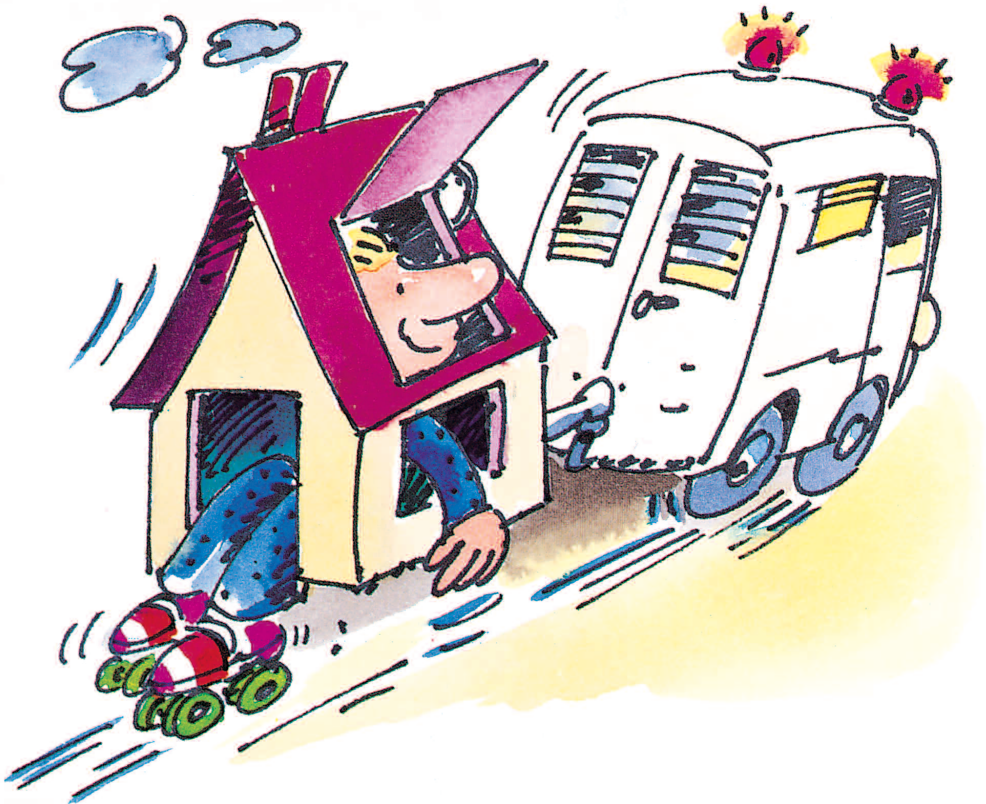
Esta Carta está sujeita à votação do Parlamento de Estrasburgo, bem como à do Conselho da Europa e à Organização Mundial de Saúde.

Esta Carta resume e reafirma os direitos das crianças hospitalizadas.

Para fazer com que a sua aplicação se torne possível em Portugal, divulgue-a.



A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.



2



Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.

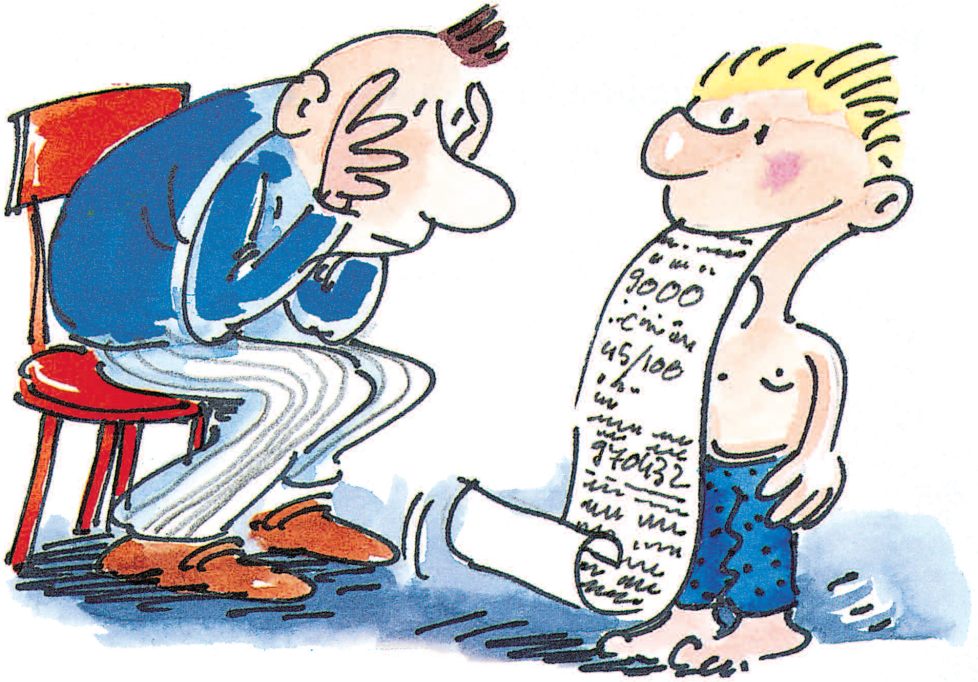
# 3

Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário.

Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem activamente nos cuidados ao seu filho.

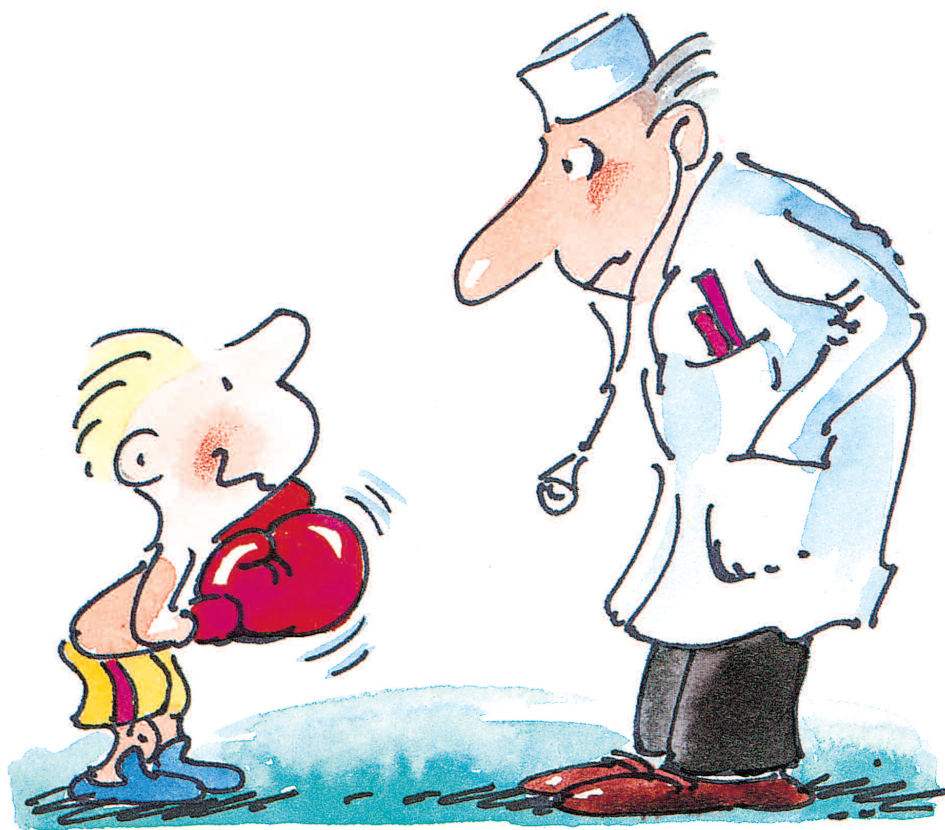


# 4



As crianças e os pais têm o direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.

As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.

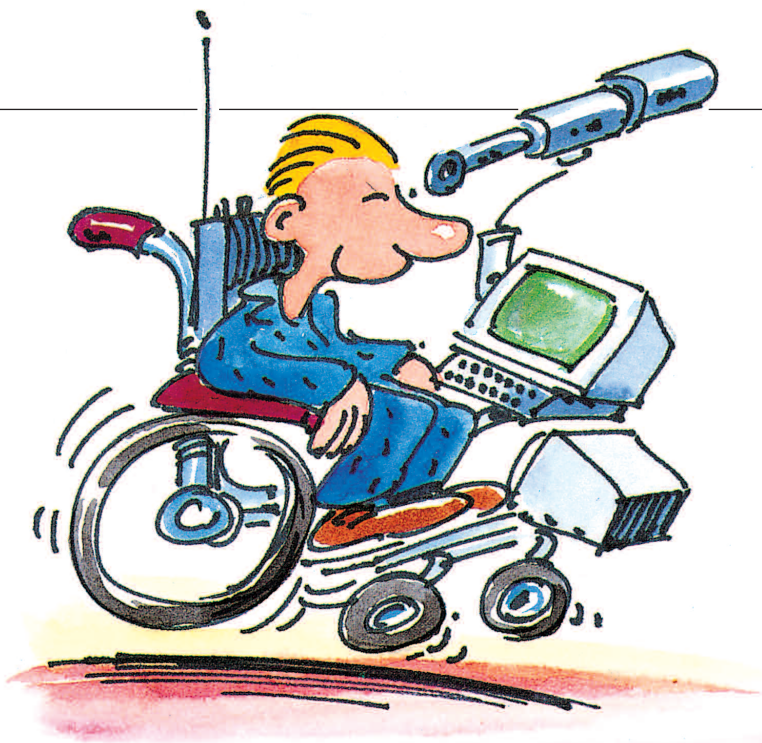




As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança.

As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limites de idade.

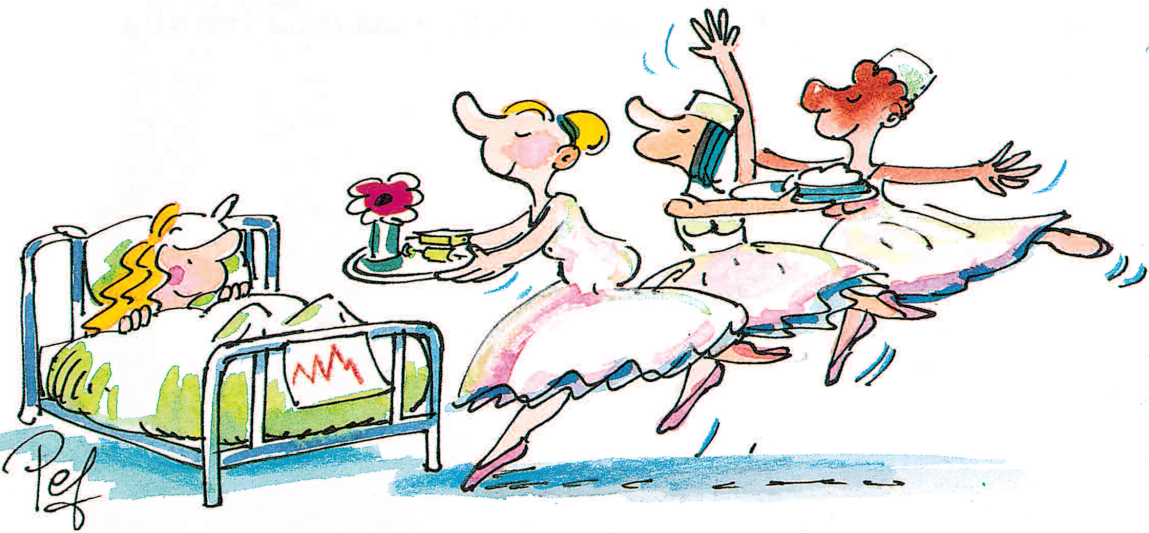
7



O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afectivas e educativas, quer no aspecto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.

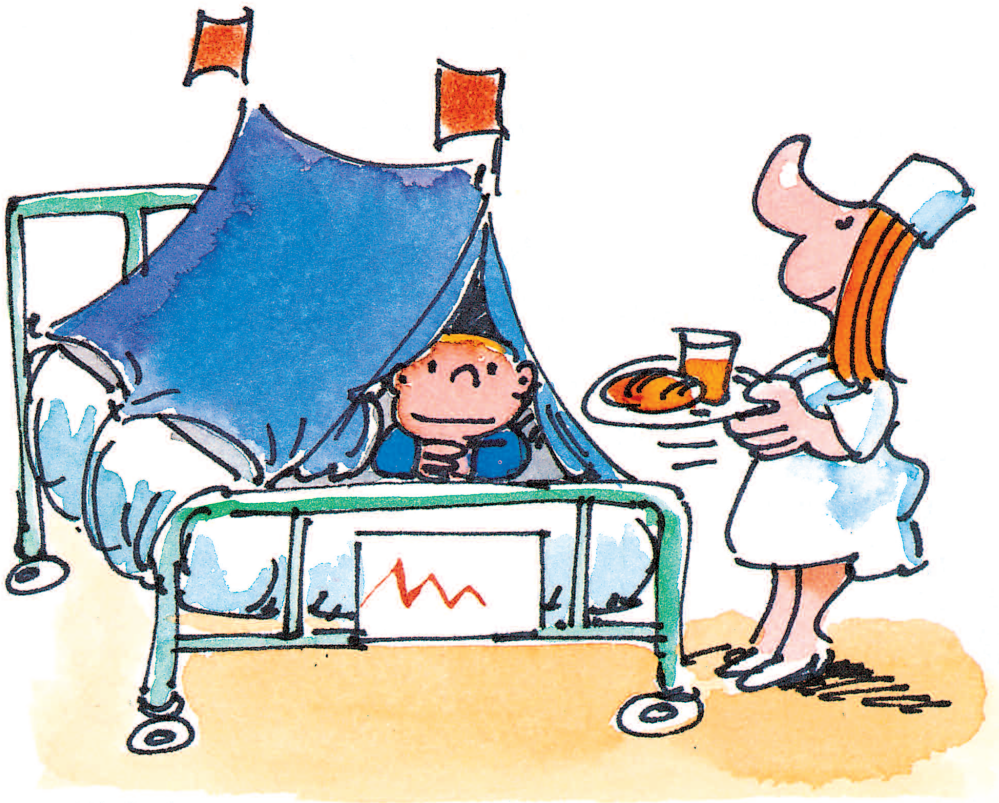
A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.





A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.

A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.





# IAC

Instituto de Apoio à Criança

Largo da Memória, 14 • 1349-045 Lisboa

Tel.: 213 617 880

email: [iacsede@netcabo.pt](mailto:iacsede@netcabo.pt)

[www.iacrianca.pt](http://www.iacrianca.pt)

**HUMANIZAÇÃO  
DOS SERVIÇOS  
DE ATENDIMENTO  
À CRIANÇA**



Rua Sampaio e Pina, n.º 12, r/c • 1070-249 Lisboa

Tel.: 213 807 300

email: [iac.humanizacao@gmail.com](mailto:iac.humanizacao@gmail.com)



**EACH**  
European  
Association  
for Children  
in Hospital



Compromisso com a Saúde

LABORATÓRIO MEDINFAR - PRODUTOS FARMACÊUTICOS, S.A.

Rua Henrique Paiva Couceiro, n.º 27 ou 29 • 2700 – 451 Venda Nova – Amadora

Tel. Geral: 214 997 400 • Fax: 214 997 497 • Serviço de Apoio ao Cliente: 800 204 661

e-mail: [medinfar@medinfar.pt](mailto:medinfar@medinfar.pt) • [www.medinfar.pt](http://www.medinfar.pt)

E A C H  
EUROPEAN  
ASSOCIATION FOR  
CHILDREN IN HOSPITAL



## Anotações à Carta da Criança Hospitalizada

Publicado e distribuído por:  
EACH European Association for Children in Hospital  
[www.each-for-sick-children.org](http://www.each-for-sick-children.org)  
E-mail: [info@each-for-sick-children.org](mailto:info@each-for-sick-children.org)  
Todos os textos e design gráfico: © EACH Charter with Annotations,  
edição atualizada 2016  
Todas as ilustrações: © PEF e EACH

As traduções da Carta da Criança Hospitalizada com Anotações são publicadas pelos membros da EACH. Qualquer pedido deve ser feito ao delegado da EACH no seu país ou diretamente ao coordenador da EACH.

**Título:**

Anotações à Carta da Criança Hospitalizada

**Tradução e Revisão Técnica:**

Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança—Instituto de Apoio à Criança

**Edição:**

Instituto de Apoio à Criança  
Largo da Memória, 14 – 1349-045 Lisboa  
Tel.: 21 361 78 80 Fax: 21 361 78 89

**Arranjo Gráfico:**

Setor da Humanização

**1ª Edição:** Março 2004

**2ª Edição:** Janeiro 2009

**3ª Edição:** Dezembro 2017

## INTRODUÇÃO

A EACH - European Association for Children in Hospital - é uma organização internacional que abrange instituições europeias não-governamentais, sem fins lucrativos, envolvidas no bem-estar das crianças nos hospitais e noutros serviços de saúde. Em 1988 a EACH criou uma Carta que estipula em 10 pontos os direitos das crianças doentes e das suas famílias antes, durante e depois da permanência no hospital ou noutros serviços de saúde. Desde a sua criação a Carta da Criança Hospitalizada foi utilizada pelos membros da EACH como orientação na defesa dos direitos e bem-estar das crianças doentes e, em alguns países europeus, serviu mesmo de base para a legislação em saúde.

Tendo em conta os diferentes estádios de desenvolvimento da saúde na Europa, o Comité da EACH decidiu, em 2001, explicar mais detalhadamente cada ponto da Carta sob a forma de Anotações. Desde 2001, muitos sistemas de saúde na Europa têm sido repetidamente reformulados, por exemplo, cada vez mais os cuidados são prestados em casa em vez de no hospital. Por outro lado as condições de vida de muitas famílias mudaram, as pressões económicas e as incertezas aumentaram e alguns progressos já alcançados com a implementação da Carta foram invertidos. No entanto, as necessidades básicas das crianças doentes mantêm-se.

À luz da situação social atual e dos recentes desenvolvimentos nos cuidados de saúde, o Comité da EACH decidiu atualizar as Anotações à Carta definindo os aspetos necessários à concretização de cuidados de saúde centrados nas famílias. Os membros da EACH têm a expectativa de que a Carta e as suas Anotações revistas contribuam para o bem-estar das crianças nos sistemas de saúde em toda a Europa.

Mieke Schuurman  
Coordenador da EACH, 2016

## A EACH

A EACH - *European Association for Children in Hospital* - é uma organização internacional que abrange instituições europeias não-governamentais, sem fins lucrativos, envolvidas no bem-estar das crianças nos hospitais e noutros serviços de saúde. Associações ou pessoas individuais de outros países do mundo são também bem-vindos a juntarem-se à EACH.

Estudos de psicólogos e pediatras na década de 1950 mostraram que a permanência prolongada das crianças no hospital era prejudicial ao seu bem-estar psicológico e emocional. A sua quase completa separação das famílias, procedimento comum na altura, tinha como resultado perturbações emocionais de diversos graus que podiam ter um efeito de longa duração. Era emergente que as condições das crianças no hospital fossem modificadas, prova disso é o Relatório "O bem-estar das crianças no hospital" de Platt, publicado em 1959 pelo Ministério da Saúde do Reino Unido e os filmes de James Robertson, "A Two Year Old Goes to Hospital" e "*Going to Hospital with Mother*". Assim, em 1961, com a criação da fundação *Mother Care for Children in Hospital*, começaram a formar-se no Reino Unido associações voluntárias para o bem-estar da criança hospitalizada. Estas associações foram criadas em vários países europeus com a finalidade de aconselhar e apoiar pais e todos aqueles que cuidam da criança, e também para informar e cooperar com médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde.

Em 1988, doze das associações então existentes reuniram-se para a sua primeira conferência internacional em Leiden, na Holanda. Embora reconhecendo que os sistemas de saúde variavam consideravelmente entre diferentes países, esta conferência teve como objetivo estabelecer normas aplicáveis em toda a Europa. Para este efeito, os participantes da Conferência de Leiden criaram uma Carta estipulando em 10 pontos os direitos das crianças doentes e das suas famílias antes, durante e depois da permanência no hospital ou noutros serviços de saúde.

Um outro incentivo à constituição de uma carta europeia comum foi a resolução do Parlamento Europeu em 1986 "A Carta Europeia das Crianças no Hospital", que infelizmente nunca entrou em vigor.

Desde então a Carta constituiu-se como um documento de referência para as associações nacionais, uma vez que muitos dos pontos da Carta estavam ainda longe de ser implementados. O "espírito de Leiden" conduziu a uma colaboração contínua entre as várias associações nacionais e finalmente em 1993 à fundação da EACH. A "Carta de Leiden" original tornou-se assim a "Carta da Criança Hospitalizada" (CCH). Desde 1993, realizam-se regularmente conferências europeias, onde são apresentados e discutidos os progressos e as dificuldades sentidas na aplicação efetiva da Carta.

A CCH ganhou ainda mais força com a Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) adotada em 1989 e ratificada nos anos seguintes, gradualmente, por todos os países europeus. Muitos dos pontos descritos na Carta da Criança Hospitalizada são também mencionados na CDC, e foi também definido que criança é todo o indivíduo dos 0 aos 18 anos (ver anexo) e mais recentemente, em 2013, a ONU publicou o Comentário Geral nº 15 sobre o 24º artigo que diz respeito ao direito da criança usufruir dos melhores cuidados de saúde.

Os direitos da criança e em especial os que se relacionam com a saúde têm estado nos últimos anos na agenda das instituições europeias, sendo de destacar que a defesa dos direitos da criança foi incluída nas disposições do Tratado de Lisboa de 2007 e da Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia. Por último, mas não menos importante, o Conselho da Europa, em Estrasburgo, adotou em 2011 as Orientações sobre Cuidados de Saúde Amigos das Crianças, em que a Carta da Criança Hospitalizada foi mencionada como um dos documentos de referência. Estas Orientações foram aprovadas pelos ministros de 47 países europeus que estiveram presentes na 9ª Conferência dos Ministros da Saúde do Conselho da Europa, em Setembro de 2011, em Lisboa.

Ao longo dos anos, a Carta da Criança Hospitalizada foi-se tornando amplamente aceite. A CCH serviu de base à legislação em alguns países europeus e tem sido usada como referência em muitos estudos científicos e até na formação de profissionais. Espera-se que o reconhecimento dos direitos das crianças doentes e todas as suas implicações se transformem em standards europeus uniformes. Apesar deste objetivo estar ainda distante, mantem-se a convicção de que o cumprimento dos direitos inscritos na Carta da Criança Hospitalizada conduz a um atendimento de excelência.

## ANOTAÇÕES À CARTA DA CRIANÇA HOSPITALIZADA

A Carta da Criança Hospitalizada reconhece e aprova os direitos da criança, conforme estipulado na Convenção sobre os Direitos da Criança (CDC) das Nações Unidas e em particular o princípio-chave de que, em todas as situações, prevalece o superior interesse da criança (art. 3).

Além disso, a Carta da Criança Hospitalizada refere o Comentário Geral n.º 15 (2013) da CDC sobre o direito da criança usufruir dos melhores cuidados de saúde (artigo 24.º) e o Comentário Geral n.º 4 (2003) da CDC sobre a saúde e desenvolvimento dos adolescentes.

### **Criança**

A CDC define como crianças todos os indivíduos com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos. De acordo com a CDC, o termo "criança" inclui todas as crianças, de recém-nascido a adolescente.

### **Pais**

O termo "pais" neste documento refere-se ao adulto que presta os cuidados primários à criança, o cuidador. O cuidador não é necessariamente um membro da família, mas deve ser próximo e de confiança da criança e dos pais.

### **Hospital**

O termo "hospital" aplica-se a todos os locais onde se prestam cuidados de saúde incluindo cuidados domiciliários, ambulatório, urgência ou cuidados fora do hospital.



Veja também o Glossário (pp 26-28) que define algumas expressões usadas nas Anotações.

### Artigo 1.º

A admissão de uma criança no Hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia.



- Antes da admissão de uma criança no hospital devem ser exploradas todas as formas de cuidados apropriados quer em casa, quer em hospital de dia ou noutra modalidade semelhante de tratamento, no sentido de encontrar a solução mais adequada.
- O hospital onde a criança é admitida deve ser o mais próximo possível de casa, mas deverá também ser capaz de dar resposta ao estado clínico criança. Deve ter-se em conta a situação particular da família. O cuidado deve ser prestado de acordo com a Carta da Criança Hospitalizada.
- Os direitos das crianças devem ser respeitados quer estas sejam tratadas em casa ou no hospital.
- Durante o internamento devem ser feitas avaliações regulares à condição da criança. As circunstâncias da família e o nível de cuidados requeridos devem também ser avaliados, de modo que a permanência da criança no hospital não seja prolongada desnecessariamente.
- Deve dar-se aos pais toda a informação e apoio necessários, quer a criança seja tratada em casa ou em hospital de dia.

## Artigo 2.º

**Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado.**

- O direito de todas as crianças a terem os seus pais presentes durante todo o tempo e sem restrição deve ser parte integrante do tratamento da criança no hospital.
- Se os pais não puderem ficar com o seu filho, a criança pode ser acompanhada por um familiar ou pessoa de confiança capaz de dar à criança o apoio necessário.
- As crianças, independentemente da sua idade, têm o direito de ter os pais presentes 24 horas por dia. Isto aplica-se a todas as situações em que as crianças precisem, ou possam precisar dos seus pais, por exemplo:
  - Quer a criança esteja ou não a ser tratada ou examinada, com ou sem anestesia local ou sedação;
  - durante a indução de anestesia e no recobro;
  - durante períodos de coma ou de semiconsciência e durante a reanimação (fase durante a qual deve ser oferecido apoio total aos pais);
  - depois do nascimento, seja um bebé saudável ou que precise de cuidados especiais.



Incluindo:

- Crianças em unidades neonatais ou em cuidados intensivos pediátricos, urgência, salas de isolamento, salas de imagiologia, recobro, serviços de transporte ou outros serviços de saúde dentro ou fora do hospital.

### Artigo 3.º

Os pais devem ser encorajados a permanecer junto do seu filho, devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais, sem que isso implique um encargo financeiro ou perda de salário.

Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho.

**(1) Deve ser facultada estadia a todos os pais e estes devem ser acompanhados e encorajados a ficar junto do seu filho.**

- Os membros da equipa responsáveis pela admissão de uma criança e pelos cuidados médicos e não médicos devem convidar os pais a permanecerem junto dela sem impor qualquer critério particular.
- Os membros da equipa devem aconselhar, encorajar e apoiar os pais na decisão de permanecerem no hospital com a criança, e devem oferecer o apoio e os serviços que facilitem a sua permanência.



- Os hospitais devem oferecer espaço suficiente e adequado, que permitam aos pais permanecer com a criança. Este espaço deve incluir uma cama junto da cama da criança, casa de banho, e locais para repouso e refeições, assim como espaço para arrumar os objetos pessoais.

**(2) Os pais não devem ter necessidade de efetuar despesas extra ou perder rendimentos.**

- Os pais não devem incorrer em gastos adicionais associados à sua permanência no hospital. Devem ter direito a pernoitar gratuitamente e a alimentação grátis ou comparticipada.

- Os pais que ficarem impedidos de trabalhar ou de cumprir as tarefas domésticas não devem sofrer reduções de salário nem incorrer em gastos extra devido a:
  - permanência no hospital com a criança;
  - tratamento a tempo inteiro da criança no hospital;
  - cuidados diários em casa aos filhos saudáveis por outras pessoas.
- Deve ser dado apoio quando as circunstâncias financeiras impeçam os pais de permanecer ou visitar os filhos (ex.: despesas de viagem e outras).
- Enquanto cuidam dos seus filhos, no hospital ou em casa, os pais devem ter direito a licença paga durante o período de doença do filho.

***(3) Os pais devem ser informados sobre a rotina do serviço de forma a poderem participar nos cuidados ao seu filho. A sua participação deve ser encorajada.***

#### **Participação dos Pais nos Cuidados Médicos**

- A equipa deve facilitar a participação dos pais nos cuidados diários ao seu filho das seguintes formas:
  - definir com os pais que tarefas dos cuidados diários a criança quer assumir;
  - apoiar os pais nestas tarefas;
  - respeitar a sua forma de cuidar e aceitar as suas decisões;
  - aconselhar os pais sobre os cuidados que podem ajudar na recuperação.

#### **Participação dos Pais nos Cuidados de Enfermagem**

Ao participar nos cuidados de enfermagem durante a permanência no hospital, os pais tornam-se mais competentes e confiantes na prestação de cuidados aquando do regresso a casa. O desenvolvimento destas competências pode influenciar a duração do internamento.

- A equipa deve apoiar os pais a desempenhar um papel ativo nos cuidados de enfermagem aos seus filhos das seguintes formas:
  - partilhar informações, competências e experiência;
  - Capacitar os pais;
  - acompanhar os pais até que se sintam à vontade para realizar os cuidados necessários;
  - analisar regularmente as tarefas de cuidados de enfermagem que os pais são capazes ou estão dispostos a desempenhar;
  - oferecer suporte emocional quando necessário.

#### Artigo 4.º

**As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão.**

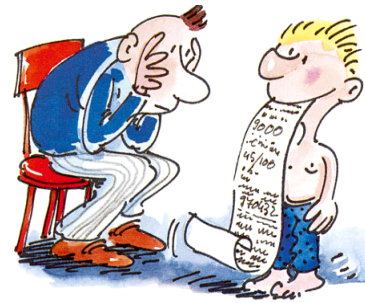
**As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.**

##### **(1) Informação apropriada**

As crianças, e os seus pais, têm direito a saber quais os procedimentos antes de um exame, tratamento ou outra intervenção. Uma informação clara e adaptada permite às crianças manter uma sensação de controlo sobre os seus cuidados de saúde.

##### **Informação para crianças**

- A informação para as crianças deve:
  - basear-se na idade e compreensão, tendo em consideração o nível de desenvolvimento da criança;
  - ter em conta o que a criança já sabe ou imagina;
  - incluir explicações simples e verdadeiras sobre a sua condição e os resultados do tratamento;
  - explicar tudo o que vai acontecer, incluindo o que a criança poderá ver, cheirar, ouvir e sentir;



- A equipa que transmite a informação deve ter em conta a capacidade da criança compreender a informação que lhe está a ser transmitida e exprimir os seus pontos de vista. A equipa deve:

- encorajar e responder a todas as perguntas e confortar a criança quando esta expressa preocupações ou medos;
- ajudar a criança a desenvolver e a pôr em prática estratégias de *coping*;
- certificar-se de que todas as explicações dadas foram corretamente compreendidas.

A preparação só terá um efeito positivo se a criança se sentir segura. Portanto, a informação deve ser dada, sempre que possível, na presença dos pais. Os pais precisam de saber que informação a criança tem para que possam repeti-la até que esta a entenda corretamente.

### ***Informação para pais***

- A informação para os pais deve:

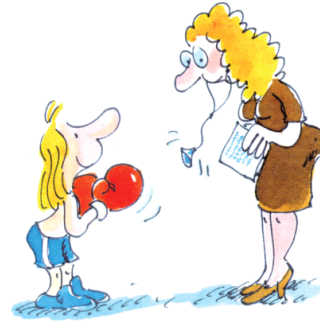
- ser clara e compreensível;
- considerar a situação atual dos pais, especialmente os seus sentimentos de medo, pena, culpa, ansiedade ou stress em relação à situação da criança;

A equipa que dá a informação deve:

- encorajar perguntas;
- informar os pais sobre a pessoa de referência com quem podem contactar sempre que necessitem de informação;
- satisfazer a necessidade de informação orientando os pais para outras fontes de informação e para grupos de apoio;
- proporcionar livre acesso a documentação - impressa ou digital - relativa à doença da criança;
- Não usar a criança doente ou um irmão como um canal de informação aos pais.

### ***Informação para crianças e pais***

- Para corresponder às necessidades da criança e dos pais a informação deve:
  - ser contínua durante toda a estadia;
  - incluir informações relativas aos cuidados após a alta;
  - ser fornecida num ambiente calmo, que dê segurança e que respeite a confidencialidade, sem pressão de tempo;
  - ser dada por pessoal experiente, com formação e competente para comunicar com crianças e pais de forma compreensível;
  - Ser dada, de preferência, na língua materna, com a assistência de um tradutor, se necessário;
  - ser repetida tantas vezes quantas forem necessárias para facilitar a compreensão, assegurando-se de que a informação foi devidamente compreendida, tanto pela criança como pelos pais.



As crianças têm o direito a expressar a sua opinião e que esta seja considerada. Desde que tenham competência suficiente para compreender as questões, as crianças podem recusar o acesso dos pais à informação sobre a sua saúde, dependendo do que estiver estipulado pelas leis nacionais. Nestes casos, a equipa deve agir com extremo cuidado para avaliar corretamente a situação. A equipa do hospital deve assegurar proteção, aconselhamento e apoio tanto à criança como aos pais.

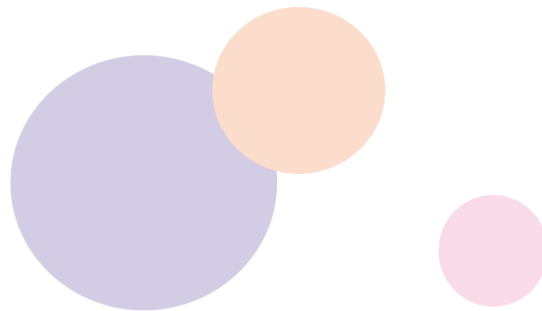
**(2) As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo.**

Todas as crianças, incluindo bebês prematuros e de termo, têm direito a um alívio da dor adequado e devem ser protegidas contra o desconforto. Bem-estar significa mais do que a ausência de sofrimento físico.

- Para reduzir a dor e as agressões físicas e emocionais da criança, as medidas preventivas devem:
  - ser adaptadas às necessidades individuais da criança;
  - ajudar a criança a desenvolver e pôr em prática estratégias de *coping*;
  - oferecer técnicas de distração adequadas;
  - envolver especialistas devidamente formados na área do brincar;
  - evitar a contenção ou qualquer outra forma de imobilização forçada durante procedimentos médicos, a menos que não haja alternativa em situação de risco de vida;
  - prevenir ou reduzir a dor durante exames, tratamentos médicos ou durante intervenções pré ou pós-operatórias;
  - garantir períodos de descanso suficientes entre os tratamentos;
  - oferecer proteção contra experiências perturbadoras inevitáveis;
  - prevenir sentimentos de solidão e de desamparo;
  - evitar ou reduzir situações ou atos descritos pela criança como stressantes;
  - reconhecer os medos ou receios da criança, explícitos ou não, e agir sobre eles.
- A equipa deve:
  - estar atenta ao stress que uma criança pode sofrer por estar isolada ou como reação à condição de outros doentes e tomar as devidas precauções;
  - encorajar o contacto contínuo com os pais, irmãos e amigos;
  - oferecer atividades recreativas e de lazer adequadas à idade e desenvolvimento da criança;
  - permitir que as crianças e os pais tenham a oportunidade de conviver num ambiente calmo e devidamente equipado.

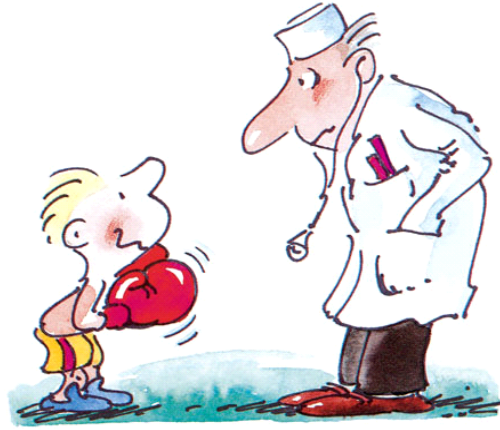
- Para atenuar as situações de stress inevitáveis, deve disponibilizar-se aos pais:
  - apoio emocional, especialmente a pais cujos filhos estão a receber cuidados paliativos;
  - medidas que assegurem a sua proteção contra a utilização de força excessiva durante os cuidados ao seu filho;
  - contactos com os assistentes sociais, psicólogos ou outros profissionais de saúde;
  - apoio ou aconselhamento religioso, quando solicitado, tendo em conta a cultura da família;
  - contactos com grupos de auto-ajuda, grupos de apoio relevantes e associações de doentes.

Se ocorrerem situações ou acontecimentos de maior stress, deve ser dada oportunidade às crianças e aos pais de apresentarem queixa e de serem informados sobre o processo.



### Artigo 5.º

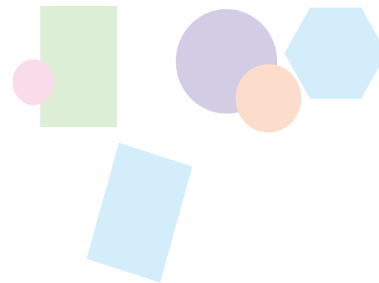
As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde.  
Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável.



***(1) A criança e os pais têm o direito à participação informada em todas as decisões relativas aos seus cuidados de saúde.***

- A participação informada em decisões requer informação prévia sobre todas as medidas que precisem de ser tomadas.
- O direito da **criança** participar nos seus cuidados de saúde requer que a equipa:
  - crie um ambiente baseado na confiança;
  - tenha a capacidade de escutar;
  - partilhe informações e dê orientações;
  - respeite o direito da criança expressar as suas opiniões em todos os assuntos que lhe digam respeito;
  - dê a devida importância à sua opinião, de acordo com as suas capacidades;
  - faça uma interpretação culturalmente apropriada da visão da criança;
  - aceite que as crianças tenham o direito de não expressar a sua opinião ou de fazê-lo através dos seus pais.

- A comunicação e a interação com os outros, em particular com os pais, começa no nascimento. Como os pais conhecem melhor os filhos, as suas observações sobre a forma como estes exprimem stress, desconforto ou dor têm de ser levados a sério. Além disso:
  - as crianças podem expressar as suas opiniões através do brincar, da arte e de outras atividades;
  - os membros da equipa devem estar atentos à linguagem corporal utilizada pelas crianças quando expressam as suas opiniões;
  - o facto de impedir a criança de ter informações pode aumentar o seu medo;
  - a equipa deve respeitar e ter em consideração os sinais ou respostas não verbais de crianças que são ainda muito pequenas ou que não sejam capazes de exprimir-se verbalmente.
- O direito ao consentimento informado por parte dos pais e da criança, implica que a equipa:
  - respeite as capacidades e competências das crianças e dos pais;
  - forneça informações adequadas e oportunas à criança e aos pais sobre: a condição de saúde do seu filho; o objetivo e importância do tratamento; o processo e os riscos;
  - ofereça informações adequadas e confiáveis sobre formas alternativas de tratamento;
  - aconselhe e apoie a criança e os pais na avaliação do plano de ação proposto;
  - reconheça e leve a sério o conhecimento e a experiência dos pais e das crianças em relação à condição geral de saúde da criança e à sua condição atual.



**(2) A criança deve ser protegida de tratamentos médicos e de investigação desnecessários.**

Neste contexto, qualquer tratamento ou investigação é desnecessária se não houver nenhum benefício individual para a criança.

- No sentido de realizar pesquisas sobre doenças específicas da criança e a sua resposta à medicação e a novas formas de tratamento, as crianças dentro de um grupo particular de risco podem ser convidadas a participar em programas de investigação. Deve ser pedido o consentimento informado, tanto das crianças, como dos seus pais, antes das crianças serem envolvidas em processos de ensino e pesquisa.
- A investigação com crianças deve ser desenhada, orientada e avaliada em colaboração com representantes de grupos específicos de apoio a doentes. Quaisquer efeitos colaterais e resultados nocivos devem ser explicados claramente às famílias que estejam a considerar participar nestes processos.
- Todos os projetos de investigação realizados com crianças devem ser supervisionados por uma Comissão de Ética em Pesquisa Humana, que inclui representantes de grupos específicos de apoio aos doentes/pais.
- As crianças têm de ser protegidas de quaisquer danos resultantes do seu envolvimento em pesquisas ou investigações (incluindo a formação de pessoal médico).
- Aqueles que inicialmente concordaram em participar têm o direito de interromper o seu consentimento a qualquer momento sem necessidade de justificação. Tal decisão não deve alterar o acesso ao tratamento.



## Artigo 6.º

**As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e actividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limite de idade.**

***(1) As crianças devem ser tratadas com outras crianças do mesmo nível de desenvolvimento e não devem ser admitidas em serviços de adultos***

Independentemente da duração da sua permanência no hospital ou noutro serviço de saúde, todas as crianças, qualquer que seja a sua doença ou incapacidade, precisam de um ambiente e de estímulos mentais, emocionais e físicos, adaptados à sua idade e condição. Estas medidas ajudam a minimizar a ansiedade e a normalizar o que pode ser uma situação estranha.

- O tratamento de crianças que tenham as mesmas necessidades inclui:
  - repouso;
  - entretenimento;
  - actividades em grupo ou similares;
  - actividades para crianças de vários grupos etários;
  - quartos e actividades separadas de acordo com idade e género, se solicitado pela criança ou pais;
  - medidas de protecção para crianças com doenças ou incapacidades específicas.
- As crianças devem ser protegidas de experiências perturbadoras durante o seu cuidado;
- Deve ser evitada qualquer forma de violência;
- As necessidades específicas dos adolescentes devem ser consideradas, procurando oferecer equipamento e acomodação específica e separada e oportunidades de lazer apropriadas.

- Os cuidados de crianças e adultos na mesma enfermaria não são aceitáveis. Isto significa que:
  - as crianças não devem ser admitidas ou tratadas nas enfermarias de adultos;
  - os adultos não devem ser admitidos ou tratados em pediatria. Admitir pacientes adultos com capacidades mentais de uma criança na pediatria pode ser perturbador para as crianças e desrespeitoso para os adultos;
  - devem existir áreas separadas para cuidar de crianças e adultos, em locais como a urgência, cirurgia, salas de reanimação, ambulatório e hospital de dia, assim como salas de observação e tratamento.

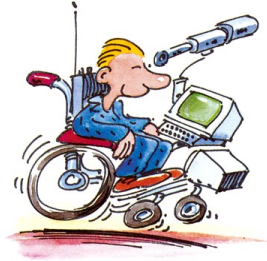
***(2) As visitas às crianças no hospital devem ser aceites sem limite de idade.***

- O horário de visita para irmãos e amigos não deve ser baseado na idade do visitante mas sim na situação da criança doente e na saúde da criança visitante.



### Artigo 7.º

**O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança.**



As crianças têm direito a um ambiente adaptado às necessidades de todas as idades e situações, independentemente de onde estejam a ser tratadas. Isto aplica-se a hospitais, unidades de ambulatório ou outras estruturas onde as crianças estejam a ser tratadas ou examinadas.

- A arquitetura e o design interior das instalações devem considerar todas as idades e doenças. O ambiente deve ser adaptável às necessidades dos diferentes grupos etários.
- Deve existir pessoal qualificado e em número suficiente, disponível para atender as necessidades lúdicas, recreativas e escolares das crianças, independentemente do estado de saúde e idade da criança.
- Todo o pessoal em contacto com as crianças, tanto médico, como não médico, deve compreender as suas necessidades lúdicas e recreativas.
- Os momentos de brincar, de recreio e de educação, apoiados por materiais lúdicos, recursos e equipamentos apropriados devem ser disponibilizados a todos os grupos etários existentes no serviço e devem:
  - ser assegurados todos os dias da semana;
  - estimular a criatividade em todas as crianças, incluindo as que estão em isolamento;
  - permitir a continuidade da educação das crianças, respeitando o nível em que se encontram.
- O Serviço deve permitir a continuidade dos estudos.

### Artigo 8.º

**A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família.**



- Os profissionais que cuidam de crianças devem ter uma formação específica em pediatria, competências e sensibilidade para que consigam responder às necessidades específicas das crianças e dos seus pais.
- Todos os hospitais ou instituições prestadoras de cuidados de saúde devem assegurar-se que as crianças sejam examinadas, tratadas e cuidadas por pessoal com formação e experiência em saúde infantil.
- Se uma criança necessitar de ser tratada por pessoal não pediátrico, esse tratamento só deve acontecer com a cooperação, e sob a supervisão de pessoal especialmente treinado e qualificado em saúde infantil.
- A equipa deve ter formação contínua e adaptada de forma a garantir o nível de competências necessário.
- Todos os profissionais que cuidam de crianças devem ter formação em proteção da criança e ser capazes de reconhecer sinais de maus-tratos e negligência e capacidade de intervir em colaboração e cooperação próxima com profissionais especialistas.

- As crianças devem ter acesso a aconselhamento em saúde, adequado e confidencial, independentemente da idade, com ou sem o consentimento ou presença dos pais. Pode ser necessário em situações em que crianças ou jovens experienciam maus-tratos em casa ou recorrem a serviços de planeamento familiar. Podem ainda precisar de aconselhamento em caso de conflito com os seus pais sobre o acesso aos serviços de saúde.
- Membros da equipa devem apoiar os pais em particular no sentido de ultrapassar situações críticas que a criança possa sofrer, especialmente quando há perigo de vida.
- Os cuidados paliativos devem começar quando uma criança é diagnosticada com uma doença terminal.  
Cuidados Paliativos Pediátricos:
  - centram-se em atenuar o stress físico, psicológico e social;
  - envolvem uma abordagem multidisciplinar, que inclui a família, sob a orientação de uma equipa de cuidados paliativos;
  - são providenciados quer a doença esteja ou não a ser ativamente tratada;
  - pode ser fornecido no hospital, estruturas comunitárias e em casa.
- Quando uma criança está prestes a morrer, deve ser prestado todo o apoio, cuidado e assistência à criança e à sua família. A equipa deve ter formação para lidar com situações de luto. A informação sobre a morte da criança deve ser dada de forma empática, sensível, pessoalmente e em privado.

### Artigo 9.º

**A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança.**

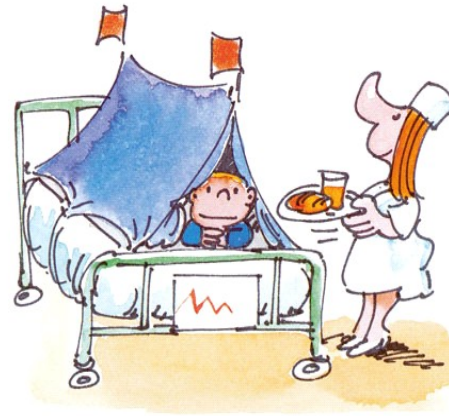
- A continuidade de cuidados inclui continuidade na prestação de tratamentos e continuidade dos profissionais que prestam os cuidados à criança.
- A continuidade dos cuidados deve aplicar-se, tanto nos hospitais, como na transição para os cuidados domiciliários ou em hospital de dia. Isto pode ser conseguido pela comunicação e pelo trabalho de equipa de todos os envolvidos, incluindo a família. Deve prestar-se especial atenção à partilha de informação em tempo útil e disponibilizar-se os equipamentos necessários.
- O trabalho em equipa requer um número limitado e definido de pessoas que trabalham em conjunto. As suas ações baseiam-se em níveis complementares de conhecimento e regem-se por critérios de qualidade coerentes, centrados no bem-estar físico, emocional, social e psicológico da criança.
- As crianças com problemas de saúde a longo prazo ou com uma doença crónica devem ser preparadas em tempo útil para uma transição suave para o serviço de adultos. Este processo deve começar quando o adolescente se sentir preparado e termina quando o adolescente estiver confiante que a nova situação é o melhor para si.



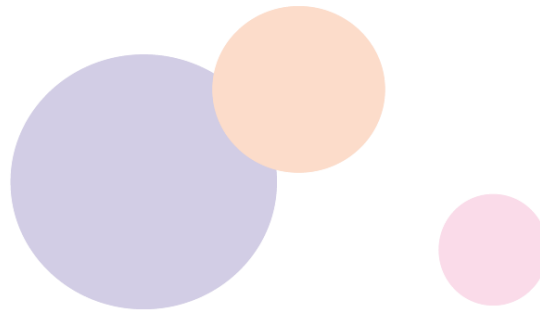
### Artigo 10.º

**A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias.**

- Tato e compreensão no cuidado à criança requerem:
  - respeito pelo direito de ser criança;
  - consideração pela sua dignidade, opinião, necessidades, individualidade e o seu nível de desenvolvimento;
  - ter em consideração qualquer deficiência ou necessidade especial;
  - respeito pelas crenças religiosas e bases culturais da criança e da família;
  - ter em conta que os desejos das crianças no que respeita à privacidade podem mudar à medida que se desenvolvem.
  
- Independentemente da idade ou nível de desenvolvimento, a proteção da privacidade da criança deve ser assegurada em todas as situações e deve incluir:
  - proteção contra a exposição durante examinação física e atividades de higiene pessoal, e.g. vestir e banho;
  - proteção contra tratamentos e ambientes que diminuam o auto respeito ou que façam a criança sentir-se ridicularizada ou humilhada;
  - o direito ao recolhimento e a estar sozinho;
  - o direito a uma comunicação privada com a equipa;
  - o direito a estar com familiares e amigos sem ser perturbado.



# Glossário



Os seguintes termos são usados na Carta ou nas Anotações com o significado abaixo descrito (por ordem alfabética com referência à parte do texto onde foram usados primeiro).

**Ambiente (art.º 7º)**

Inclui todos os quartos, pisos, salas de espera e espaços exteriores utilizados pelas crianças durante a sua permanência no hospital.

**Apropriados/adequados/adaptados (Anotações, art.º 1º et al.)**

Se existirem várias possibilidades ou medidas disponíveis, deve ser escolhida a que melhor responde às necessidades da criança e a que ofereça a melhor qualidade de cuidados.

**Criança (art.º 1º)**

Por criança entende-se todo o indivíduo menor de 18 anos (art.º 1 da Convenção sobre os Direitos da Criança das Nações Unidas e definição da OMS).

**Cuidados (art.º 1º)**

- a) Todas as ações veiculadas para ou com a criança.
- b) No que se refere aos membros da equipa: aplicação de todas as medidas médicas, de enfermagem, terapêuticas, psicológicas, sociais e educacionais respeitantes ao tratamento.
- c) No que se refere aos pais: todas as atividades do dia-a-dia da criança, podendo incluir aquelas para as quais os pais recebem instruções específicas.
- d) No que se refere a outros prestadores de cuidados: apoio psicossocial.
- e) Locais de cuidados: Ver Hospital, formas e locais.

**Cuidados centrados na família**

Os cuidados centrados na família garantem a saúde e bem-estar das crianças e das suas famílias através de uma parceria entre a família e um profissional. Respeita as qualidades, as culturas, as tradições e os conhecimentos que todos trazem para esta relação.

**Cuidados de Saúde (art.º 5)**

Compreendem todas as ações prestadas à criança no hospital, incluindo hospital de dia, ambulatório e cuidados domiciliários. (ver também instalações).

**Estadia (art.º 3º)**

Presença dos pais durante 24 horas, incluindo alojamento (permanência durante toda a noite e refeições). Normalmente os pais permanecem com a criança no mesmo quarto, podendo, por vezes, permanecer noutros quartos dentro ou perto do hospital. Uma prática orientada para as necessidades da criança significa que nenhuma das possibilidades anteriormente mencionadas é excluída.

**Família**

Ver Pais / Pais ou Substitutos

**Hospital (art.º 1)**

Instituição de saúde especializada e qualificada para os cuidados à criança.

***Hospital ou todas as formas e locais para tratamento apropriado***

Instituição de saúde que assegure cuidados apropriados para o tratamento de crianças:

- cuidados de ambulatório ou hospital de dia;
- cuidados de emergência;
- cuidados domiciliários (com apoio de um médico ou enfermeira);
- cuidados em residências ou instituições fora do hospital.

**Instalações (Anotações, art.º 7)**

Inclui todas as unidades, quartos ou áreas especializadas e qualificadas para o tratamento ou cuidados às crianças quer em internamento, quer em hospital de dia ou ambulatório de uma instituição de saúde.

**Membros da Equipa/Equipa (Anotações, art.º 3 et al.)**

Refere-se a todas as categorias profissionais que trabalham no hospital, tais como médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos, técnicos de serviço social e pedagogos. Abrange ainda todos os envolvidos quando as crianças são submetidas a exames e também a equipa de cuidados domiciliários e de transporte.

**Necessidades (Anotações, art.º 4 et al.; CCH, art.º 7)**

Tudo o que é necessário para garantir o desenvolvimento mental, emocional e físico e o bem-estar da criança.

**Pais (art.º 2)**

Este termo inclui os pais biológicos, padrasto ou madrasta, pais adotivos e pais de acolhimento, assim como famílias monoparentais e tutores.

**Pais ou substitutos (art.º 2º)**

Pessoa com quem a criança tem uma relação e que pode desempenhar as tarefas parentais, por exemplo, o irmão mais velho, avós ou outros familiares, amas, amigos da família e apoio especializado. A expressão não descreve um grau específico de relação (para facilitar, a expressão “pais” é usada ao longo de todo o texto).

**Opinião da Criança (anotações, art.º 4 et al.)**

Refere-se ao direito à autodeterminação da criança, de acordo com a sua idade e maturidade (ver também art.º 12.1 da CDC).

**Prestador de cuidados/todo aquele que cuida da criança (Anotações, art.º8)**

Pessoa qualificada, selecionada para os cuidados à criança aceite por esta e pelos pais. Esta pessoa deve ser responsável pelos cuidados psicossociais da criança quando os pais estão impedidos de participar e durante todo o tempo que a criança necessite.

**Rotina (art.º 3)**

Inclui os horários diários do serviço onde a criança é admitida, mas também os horários individuais de cuidados à criança (meios auxiliares de diagnóstico, terapêuticas e/ou cirurgia), assim como a rotina de trabalho dentro do serviço.

**Serviço de adultos (art.º 6)**

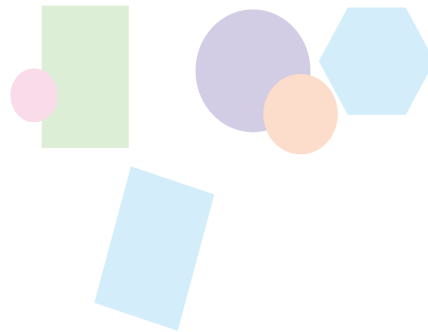
Refere-se a todos os quartos, unidades ou departamentos onde os adultos são tratados.

**Tratamento/Tratamento Médico (Anotações, art.º 1 et al.)**

Todas as ações aplicadas diretamente à criança pelos profissionais com o fim de conseguir o alívio ou a recuperação da criança.

# ANEXO

## A Carta da Criança Hospitalizada e a Convenção sobre os Direitos da Criança



Os dez princípios da Carta da Criança Hospitalizada relacionam-se em muitos aspectos com os direitos da Criança em geral, tais como foram estipulados na CDC, e com o reconhecimento das diferentes necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança, de acordo com a sua idade.

Em particular, o art.º 3º da CDC sublinha a primazia do bem-estar da criança. Desenvolver este princípio de bem-estar requer um cuidado efetivo centrado na criança.

Desenvolver a Carta da Criança Hospitalizada significa desenvolver em particular os seguintes artigos da CDC:

#### **CDC – Definição de Idade**

A CDC define criança como todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.

Em muitos países europeus, as crianças são aceites em hospitais ou serviços de pediatria apenas até aos 16 anos ou menos.

#### **Art.º 24**

##### **Direito da Criança à Saúde e aos Serviços de Saúde** (CCH, art.1)

(1) *“Os Estados Membro reconhecem à Criança o direito de gozar do melhor estado de saúde possível...”*

Em 2013 o Comité sobre os Direitos da Criança publicou o seu Comentário Geral n.º15, afirmando no Setor D. Investir na saúde infantil, artº. 104: *“Nas suas decisões sobre alocação e gastos orçamentais, os Estados devem esforçar-se para garantir disponibilidade, acessibilidade, aceitabilidade e qualidade dos serviços essenciais de saúde infantil para todos, sem discriminação.”*

#### **Art.º 3**

##### **Superior Interesse da Criança** (CCH, art.º 1-3, 6-8)

(1) *“Todas as decisões relativas a crianças... terão primacialmente em conta o interesse superior da criança.”*

(3) *“Os Estados Partes garantem que o funcionamento de instituições, serviços e estabelecimentos que têm crianças a seu cargo e asseguram que a sua proteção seja conforme às normas fixadas pelas autoridades competentes, nomeadamente nos domínios da segurança e saúde, relativamente ao número e qualificação do seu pessoal, bem como quanto à existência de uma adequada fiscalização.”*

#### **Art.º 5**

##### **Orientação da Criança e evolução das suas capacidades** (CCH, art.º4-5)

*“Os Estados Partes respeitam as responsabilidades, direitos e deveres dos pais e, sendo caso disso, dos membros da família alargada ou da comunidade nos termos dos costumes locais, dos representantes legais ou de outras pessoas que tenham a criança legalmente a seu cargo, de assegurar à criança, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades, a orientação e os conselhos adequados ao exercício dos direitos que lhe são reconhecidos pela presente Convenção.”*

#### **Art.º 9**

##### **Separação dos Pais** (CCH, art.º 2-3)

*(1) “Os Estados Partes garantem que a criança não é separada de seus pais contra a vontade destes (...)”*

#### **Art.º 12**

##### **Opinião da Criança** (CCH, art.º 4-5)

*(1) “Os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade.*

A equipa deve ter competência para ouvir a criança, trata-la com respeito, comunicar de forma eficaz e, em caso de desentendimento, conseguir encontrar uma solução benéfica para ambas as partes.

#### **Art.º 16**

##### **Proteção da vida privada** (CCH, art.º 10)

Aplica-se a todas as crianças, em todas as situações, incluindo no interior da família, cuidados alternativos, e todas as instituições, instalações e serviços.

#### **Art.º 17**

##### **Acesso a informação apropriada** (CCH, art.º 5)

Os Estados Partes devem garantir à criança acesso a informação e a materiais provenientes de fontes diversas – especialmente aqueles que visem promover o bem-estar e a saúde física e mental.

### **Art.º 18**

#### **Responsabilidades dos Pais** (CCH, art.º 2-4)

(1) *“Os Estados Partes diligenciam de forma a assegurar o reconhecimento do princípio segundo o qual ambos os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança. A responsabilidade de educar a criança e de assegurar o seu desenvolvimento cabe primordialmente aos pais e, sendo caso disso, aos representantes legais. O interesse superior da criança deve constituir a sua preocupação fundamental.”*

(2) *“Para garantir e promover os direitos enunciados na presente Convenção, os Estados Partes asseguram uma assistência adequada aos pais e representantes legais da criança no exercício da responsabilidade que lhes cabe de educar a criança e garantem o estabelecimento de instituições, instalações e serviços de assistência à infância.”*

### **Art.º 19**

#### **Proteção contra todas as formas de violência** (CCH, art.º 8-10)

A criança deve ser protegida de “todas as formas de violência física ou mental”, enquanto se encontrar sob a guarda dos seus pais ou de outros.

### **Artº 23**

#### **Criança deficiente**

(3) *“Atendendo às necessidades particulares da criança deficiente, a assistência fornecida ... é concebida de maneira a que a criança deficiente tenha efetivo acesso à educação, à formação, aos cuidados de saúde (...)”*

(4) *“... os Estados Partes promovem a troca de informações pertinentes no domínio dos cuidados preventivos de saúde e do tratamento médico, psicológico e funcional das crianças deficientes...”*

Os princípios da Carta aplicam-se a crianças com todo o tipo de doença ou deficiência.

### **Artº 25**

#### **Revisão periódica da colocação** (CCH, art.º 8)

A criança, quando colocada num estabelecimento para fins de assistência, proteção ou tratamento físico ou mental, tem direito à revisão periódica do tratamento e das circunstâncias que motivaram o processo.

### **Artº 28**

#### **Educação** (CCH, art.º 7)

O direito à educação não é limitado ao ensino ministrado numa escola. Deve ser dada a possibilidade da criança continuar a sua educação durante a permanência no hospital.

### **Artº 29**

#### **Objetivos da Educação** (CCH, art.º 7, 10)

(1) *“Os Estados Partes acordam em que a educação da criança deve destinar-se a:*

*(a) Promover o desenvolvimento da personalidade da criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicos, na medida das suas potencialidades;...*

*(c) Inculcar na criança o respeito pelos pais, pela sua identidade cultural, língua e valores, pelos valores nacionais do país em que vive, do país de origem e pelas civilizações diferentes da sua; ...”*

### **Artº 30**

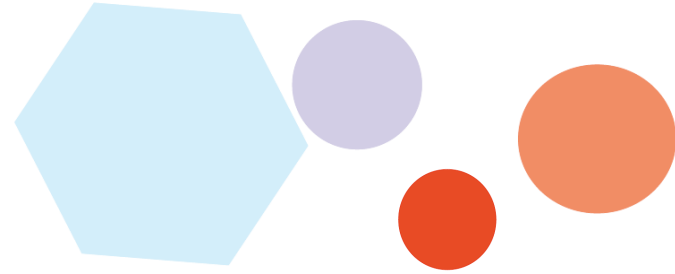
#### **Crianças de minorias ou de populações indígenas** (CCH, art.º 10)

Protege o direito da criança a usufruir da sua própria cultura, a praticar a sua religião e utilizar a sua língua materna.

### **Artº 31**

#### **Lazer, atividades recreativas e vida cultural** (CCH, art.º 7)

Especialmente durante a permanência no hospital, o brincar e as atividades recreativas constituem um fator importante na sua recuperação.



O **Instituto de Apoio à Criança** (IAC) é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, criada em 1983, que tem por objetivo principal contribuir para o desenvolvimento integral da criança, na defesa e promoção dos seus direitos, sendo a criança encarada na sua globalidade, como total sujeito dos seus direitos nas diferentes áreas, quer seja na saúde, educação, segurança social ou nos seus tempos livres.



Em 1989 o IAC criou o **Setor da Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança** que tem por objectivos:

- Promover a divulgação e implementação da Carta da Criança Hospitalizada;
- Promover a discussão do conceito de humanização, através de uma abordagem interinstitucional, favorecendo a mudança de atitudes e comportamentos dos profissionais de saúde e do público em geral;
- Identificar e refletir sobre os fatores que condicionam a humanização dos serviços de atendimento à criança;
- Divulgar o resultado dessa reflexão como forma de sensibilizar os diferentes intervenientes no processo de humanização;
- Propor estratégias de intervenção e apoiar ações no âmbito da defesa dos direitos da criança hospitalizada, promovendo o seu reconhecimento legal.
- Desenvolver trabalho em parceria, de forma a fortalecer as relações entre as diferentes entidades interessadas na saúde da criança e do jovem.

---

#### **Donativos**

Os fins do Instituto de Apoio à Criança são considerados de Superior Interesse Social, pelo que todos os donativos que lhe sejam atribuídos, permitem usufruir de descontos especiais no IRS e IRC.

Instituto de Apoio à Criança  
Setor de Humanização dos Serviços de Atendimento à Criança  
Rua Sampaio e Pina, 12, r/c – 1070-049 Lisboa  
Tel. +351 21 3807300 – Fax: +351 21 3869199  
e-mail: [iac.humanizacao@gmail.com](mailto:iac.humanizacao@gmail.com)  
<http://www.iacrianca.pt>



unicef 

para todas as crianças

# Convenção sobre os Direitos da Criança

**Título**

Convenção sobre os Direitos da Criança  
e Protocolos Facultativos

**Edição**

Comité Português para a UNICEF  
Edição revista 2019

**Desenho gráfico e paginação**

Sofia Fischer

**Fotografias**

© Direitos reservados

**Tiragem**

1000 exemplares

Depósito Legal n.º 462471/19

# **Convenção sobre os Direitos da Criança e Protocolos Facultativos**

---

---

# Convenção sobre os Direitos da Criança

---

Adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas  
em 20 de Novembro de 1989 e ratificada por Portugal  
em 21 de Setembro de 1990

## Preâmbulo

Os Estados Partes na presente Convenção:

*Considerando* que, em conformidade com os princípios proclamados pela Carta das Nações Unidas, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana e dos seus direitos iguais e inalienáveis constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

*Tendo presente* que, na Carta, os povos das Nações Unidas proclamaram, de novo, a sua fé nos direitos humanos\* fundamentais, na dignidade e no valor da pessoa humana e que resolveram favorecer o progresso social e instaurar melhores condições de vida numa liberdade mais ampla;

*Reconhecendo* que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos pactos internacionais relativos aos direitos humanos, proclamaram e acordaram em que toda a pessoa humana pode invocar os direitos e liberdades aqui enunciados, sem distinção alguma, nomeadamente de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra, de origem nacional ou social, de fortuna, nascimento ou de qualquer outra situação;

*Recordando* que, na Declaração Universal dos Direitos Humanos, a Organização das Nações Unidas proclamou que a infância tem direito a uma ajuda e assistência especiais;

*Convictos* de que a família, elemento natural e fundamental da sociedade e meio natural para o crescimento e bem-estar de todos os seus membros,

*Resumo não oficial das principais disposições*

### Preâmbulo

O Preâmbulo lembra os princípios fundamentais das Nações Unidas e as disposições precisas de vários tratados de direitos humanos e textos pertinentes.

E reafirma o facto de as crianças, devido à sua vulnerabilidade, necessitarem de uma protecção e de uma atenção especiais, e sublinha de forma particular a responsabilidade fundamental da família no que diz respeito aos cuidados e protecção.

Reafirma, ainda, a necessidade de protecção jurídica e não jurídica da criança antes e após o nascimento, a importância do respeito pelos valores culturais da comunidade da criança, e o papel vital da cooperação internacional para que os direitos da criança sejam uma realidade.

---

\* O Conselho de Ministros, de 17 de Janeiro de 2019, aprovou a resolução que adopta a expressão universalista «Direitos Humanos», em substituição da expressão «Direitos do Homem»

e em particular das crianças, deve receber a protecção e a assistência necessárias para desempenhar plenamente o seu papel na comunidade;

*Reconhecendo* que a criança, para o desenvolvimento harmonioso da sua personalidade, deve crescer num ambiente familiar, em clima de felicidade, amor e compreensão;

*Considerando* que importa preparar plenamente a criança para viver uma vida individual na sociedade e ser educada no espírito dos ideais proclamados na Carta das Nações Unidas e, em particular, num espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade;

*Tendo presente* que a necessidade de garantir uma protecção especial à criança foi enunciada pela Declaração de Genebra de 1924 sobre os Direitos da Criança e pela Declaração dos Direitos da Criança adoptada pelas Nações Unidas em 1959, e foi reconhecida pela Declaração Universal dos Direitos Humanos, pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Civis e Políticos (nomeadamente nos artigos 23.º e 24.º), pelo Pacto Internacional sobre os Direitos Económicos, Sociais e Culturais (nomeadamente o artigo 10.º) e pelos estatutos e instrumentos pertinentes das agências especializadas e organizações internacionais que se dedicam ao bem-estar da criança;

*Tendo presente* que, como indicado na Declaração dos Direitos da Criança, adoptada em 20 de Novembro de 1959 pela Assembleia Geral das Nações Unidas, «a criança, por motivo da sua falta de maturidade física e intelectual, tem necessidade de uma protecção e cuidados especiais, nomeadamente de protecção jurídica adequada, tanto antes como depois do nascimento»;

*Recordando* as disposições da Declaração sobre os Princípios Sociais e Jurídicos Aplicáveis à Protecção e Bem-Estar das Crianças, com Especial Referência à Adopção e Colocação Familiar nos Planos Nacional e Internacional (Resolução n.º 41/85 da Assembleia Geral, de 3 de Dezembro de 1986), o Conjunto de Regras Mínimas das Nações Unidas relativas à Administração de Justiça de Jovens (“Regras de Beijing”) (Resolução n.º 40/33 da Assembleia Geral, de 29 de Novembro de 1985) e a Declaração sobre Protecção de Mulheres e Crianças em Situação de Emergência ou de Conflito Armado (Resolução n.º 3318 (XXIX) da Assembleia Geral, de 14 de Dezembro de 1974);

*Reconhecendo* que em todos os países do mundo há crianças que vivem em condições particularmente difíceis e que importa assegurar uma atenção especial a essas crianças;

*Tendo devidamente em conta* a importância das tradições e valores culturais de cada povo para a protecção e o desenvolvimento harmonioso da criança;

*Reconhecendo* a importância da cooperação internacional para a melhoria das condições de vida das crianças em todos os países, em particular nos países em desenvolvimento;

*Acordam no seguinte:*

## Parte I

### Artigo 1.º

---

Nos termos da presente Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo.

### Artigo 2.º

---

1. Os Estados Partes comprometem-se a respeitar e a garantir os direitos previstos na presente Convenção a todas as crianças que se encontrem sujeitas à sua jurisdição, sem discriminação alguma, independentemente de qualquer consideração de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou outra da criança, de seus pais ou representantes legais, ou da sua origem nacional, étnica ou social, fortuna, incapacidade, nascimento ou de qualquer outra situação.
2. Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para que a criança seja efectivamente protegida contra todas as formas de discriminação ou de sanção decorrentes da situação jurídica, de actividades, opiniões expressas ou convicções de seus pais, representantes legais ou outros membros da sua família.

### Artigo 3.º

---

1. Todas as decisões relativas a crianças, adoptadas por instituições públicas ou privadas de protecção social, por tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, terão primordialmente em conta o interesse superior da criança.

#### **Definição de criança**

A criança é definida como todo o ser humano com menos de dezoito anos, excepto se a lei nacional confere a maioridade mais cedo.

#### **Não discriminação**

Todos os direitos se aplicam a todas as crianças sem excepção. O Estado tem obrigação de proteger a criança contra todas as formas de discriminação e de tomar medidas positivas para promover os seus direitos.

#### **Interesse superior da criança**

Todas as decisões que digam respeito à criança devem ter plenamente em conta o seu interesse superior.

2. Os Estados Partes comprometem-se a garantir à criança a protecção e os cuidados necessários ao seu bem-estar, tendo em conta os direitos e deveres dos pais, representantes legais ou outras pessoas que a tenham legalmente a seu cargo e, para este efeito, tomam todas as medidas legislativas e administrativas adequadas.
3. Os Estados Partes garantem que o funcionamento de instituições, serviços e estabelecimentos que têm crianças a seu cargo e asseguram a sua protecção seja conforme às normas fixadas pelas autoridades competentes, nomeadamente nos domínios da segurança e saúde, relativamente ao número e qualificação do seu pessoal, bem como quanto à existência de uma adequada fiscalização.

#### Artigo 4.º

---

Os Estados Partes comprometem-se a tomar todas as medidas legislativas, administrativas e outras necessárias à realização dos direitos reconhecidos pela presente Convenção. No caso de direitos económicos, sociais e culturais, tomam essas medidas no limite máximo dos seus recursos disponíveis e, se necessário, no quadro da cooperação internacional.

#### Artigo 5.º

---

Os Estados Partes respeitam as responsabilidades, direitos e deveres dos pais e, sendo caso disso, dos membros da família alargada ou da comunidade nos termos dos costumes locais, dos representantes legais ou de outras pessoas que tenham a criança legalmente a seu cargo, de assegurar à criança, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades, a orientação e os conselhos adequados ao exercício dos direitos que lhe são reconhecidos pela presente Convenção.

O Estado deve garantir à criança cuidados adequados quando os pais, ou outras pessoas responsáveis por ela não tenham capacidade para o fazer.

#### Aplicação dos direitos

O Estado deve fazer tudo o que puder para aplicar os direitos contidos na Convenção.

#### Orientação da criança e evolução das suas capacidades

O Estado deve respeitar os direitos e responsabilidades dos pais e da família alargada na orientação da criança de uma forma que corresponda ao desenvolvimento das suas capacidades.

## Artigo 6.º

---

1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito inerente à vida.
2. Os Estados Partes asseguram na máxima medida possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

## Artigo 7.º

---

1. A criança é registada imediatamente após o nascimento e tem desde o nascimento o direito a um nome, o direito a adquirir uma nacionalidade e, sempre que possível, o direito de conhecer os seus pais e de ser educada por eles.
2. Os Estados Partes garantem a realização destes direitos de harmonia com a legislação nacional e as obrigações decorrentes dos instrumentos jurídicos internacionais relevantes neste domínio, nomeadamente nos casos em que, de outro modo, a criança ficasse apátrida.

## Artigo 8.º

---

1. Os Estados Partes comprometem-se a respeitar o direito da criança a preservar a sua identidade, incluindo a nacionalidade, o nome e relações familiares, nos termos da lei, sem ingerência ilegal.
2. No caso de uma criança ser ilegalmente privada de todos os elementos constitutivos da sua identidade ou de alguns deles, os Estados Partes devem assegurar-lhe assistência e protecção adequadas, de forma a que a sua identidade seja restabelecida o mais rapidamente possível.

### **Sobrevivência e desenvolvimento**

Todas as crianças têm o direito inerente à vida, e o Estado tem obrigação de assegurar a sobrevivência e desenvolvimento da criança.

### **Nome e nacionalidade**

A criança tem direito a um nome desde o nascimento. A criança tem também o direito de adquirir uma nacionalidade e, na medida do possível, de conhecer os seus pais e de ser criada por eles.

### **Protecção da identidade**

O Estado tem a obrigação de proteger e, se necessário, de restabelecer os aspectos fundamentais da identidade da criança (incluindo o nome, a nacionalidade, e relações familiares).

## Artigo 9.º

1. Os Estados Partes garantem que a criança não é separada dos seus pais contra a vontade destes, salvo se as autoridades competentes decidirem, sem prejuízo de revisão judicial e de harmonia com a legislação e o processo aplicáveis, que essa separação é necessária no interesse superior da criança. Tal decisão pode mostrar-se necessária no caso de, por exemplo, os pais maltratarem ou negligenciarem a criança ou no caso de os pais viverem separados e uma decisão sobre o lugar da residência da criança tiver de ser tomada.
2. Em todos os casos previstos no n.º 1 todas as partes interessadas devem ter a possibilidade de participar nas deliberações e de dar a conhecer os seus pontos de vista.
3. Os Estados Partes respeitam o direito da criança separada de um ou de ambos os seus pais de manter regularmente relações pessoais e contactos directos com ambos, salvo se tal se mostrar contrário ao interesse superior da criança.
4. Quando a separação resultar de medidas tomadas por um Estado Parte, tais como a detenção, prisão, exílio, expulsão ou morte (incluindo a morte ocorrida no decurso de detenção, independentemente da sua causa) de ambos os pais ou de um deles, ou da criança, o Estado Parte, se tal lhe for solicitado, dará aos pais, à criança ou, sendo esse o caso, a um outro membro da família, informações essenciais sobre o local onde se encontram o membro ou membros da família, a menos que a divulgação de tais informações se mostre prejudicial ao bem-estar da criança. Os Estados Partes comprometem-se, além disso, a que a apresentação de um pedido de tal natureza não determine em si mesmo consequências adversas para a pessoa ou pessoas interessadas.

### **Separação dos pais**

A criança tem o direito de viver com os seus pais a menos que tal seja considerado incompatível com o seu interesse superior.

A criança tem também o direito de manter contacto com ambos os pais se estiver separada de um ou de ambos.

## Artigo 10.º

---

1. Nos termos da obrigação decorrente para os Estados Partes ao abrigo do n.º 1 do artigo 9.º, todos os pedidos formulados por uma criança ou por seus pais para entrar num Estado Parte ou para o deixar, com o fim de reunificação familiar, são considerados pelos Estados Partes de forma positiva, com humanidade e diligência. Os Estados Partes garantem, além disso, que a apresentação de um tal pedido não determinará consequências adversas para os seus autores ou para os membros das suas famílias.
2. Uma criança cujos pais residem em diferentes Estados Partes tem o direito de manter, salvo circunstâncias excepcionais, relações pessoais e contactos directos regulares com ambos. Para esse efeito, e nos termos da obrigação que decorre para os Estados Partes ao abrigo do n.º 2 do artigo 9.º, os Estados Partes respeitam o direito da criança e de seus pais de deixar qualquer país, incluindo o seu, e de regressar ao seu próprio país. O direito de deixar um país só pode ser objecto de restrições que, sendo previstas na lei, constituam disposições necessárias para proteger a segurança nacional, a ordem pública, a saúde ou moral públicas, ou os direitos e liberdades de outrem, e se mostrem compatíveis com os outros direitos reconhecidos na presente Convenção.

## Artigo 11.º

---

1. Os Estados Partes tomam as medidas adequadas para combater a deslocação e a retenção ilícitas de crianças no estrangeiro.
2. Para esse efeito, os Estados Partes promovem a conclusão de acordos bilaterais ou multilaterais ou a adesão a acordos existentes.

### Reunificação da família

As crianças e os seus pais têm o direito de deixar qualquer país e entrar no seu para fins de reunificação ou para a manutenção das relações pais-filhos.

### Deslocações e retenções ilícitas

O Estado tem obrigação de combater as deslocações e retenções ilícitas de crianças no estrangeiro levadas a cabo por um dos pais ou por terceiros.

---

## Artigo 12.º

1. Os Estados Partes garantem à criança com capacidade de discernimento o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre as questões que lhe respeitem, sendo devidamente tomadas em consideração as opiniões da criança, de acordo com a sua idade e maturidade.
2. Para este fim, é assegurada à criança a oportunidade de ser ouvida nos processos judiciais e administrativos que lhe respeitem, seja directamente, seja através de representante ou de organismo adequado, segundo as modalidades previstas pelas regras de processo da legislação nacional.

---

## Artigo 13.º

1. A criança tem direito à liberdade de expressão. Este direito compreende a liberdade de procurar, receber e expandir informações e ideias de toda a espécie, sem consideração de fronteiras, sob forma oral, escrita, impressa ou artística ou por qualquer outro meio à escolha da criança.
2. O exercício deste direito só pode ser objecto de restrições previstas na lei e que sejam necessárias:
  - a) Ao respeito dos direitos e da reputação de outrem;
  - b) À salvaguarda da segurança nacional, da ordem pública, da saúde ou da moral públicas.

---

## Artigo 14.º

1. Os Estados Partes respeitam o direito da criança à liberdade de pensamento, de consciência e de religião.

---

### Opinião da criança

A criança tem o direito de exprimir livremente a sua opinião sobre questões que lhe digam respeito e de ver essa opinião tomada em consideração.

---

### Liberdade de expressão

A criança tem o direito de exprimir os seus pontos de vista, obter informações, dar a conhecer ideias e informações, sem considerações de fronteiras.

2. Os Estados Partes respeitam os direitos e deveres dos pais e, sendo caso disso, dos representantes legais, de orientar a criança no exercício deste direito, de forma compatível com o desenvolvimento das suas capacidades.
3. A liberdade de manifestar a sua religião ou as suas convicções só pode ser objecto de restrições previstas na lei e que se mostrem necessárias à protecção da segurança, da ordem e da saúde públicas, ou da moral e das liberdades e direitos fundamentais de outrem.

### Artigo 15.º

1. Os Estados Partes reconhecem os direitos da criança à liberdade de associação e à liberdade de reunião pacífica.
2. O exercício destes direitos só pode ser objecto de restrições previstas na lei e que sejam necessárias, numa sociedade democrática, no interesse da segurança nacional ou da segurança pública, da ordem pública, para proteger a saúde ou a moral públicas ou os direitos e liberdades de outrem.

### Artigo 16.º

1. Nenhuma criança pode ser sujeita a intromissões arbitrárias ou ilegais na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou correspondência, nem a ofensas ilegais à sua honra e reputação.
2. A criança tem direito à protecção da lei contra tais intromissões ou ofensas.

#### **Liberdade de pensamento, consciência e religião**

O Estado respeita o direito da criança à liberdade de pensamento, consciência e religião, no respeito pelo papel de orientação dos pais.

#### **Liberdade de associação**

As crianças têm o direito de se reunir e de aderir ou formar associações.

#### **Protecção da vida privada**

A criança tem o direito de ser protegida contra intromissões na sua vida privada, na sua família, residência e correspondência, e contra ofensas ilegais à sua honra e reputação.

## Artigo 17.º

---

Os Estados Partes reconhecem a importância da função exercida pelos órgãos de comunicação social e asseguram o acesso da criança à informação e a documentos provenientes de fontes nacionais e internacionais diversas, nomeadamente aqueles que visem promover o seu bem-estar social, espiritual e moral, assim como a sua saúde física e mental. Para esse efeito, os Estados Partes devem:

- a) Encorajar os órgãos de comunicação social a difundir informação e documentos que revistam utilidade social e cultural para a criança e se enquadrem no espírito do artigo 29.º;
- b) Encorajar a cooperação internacional tendente a produzir, trocar e difundir informação e documentos dessa natureza, provenientes de diferentes fontes culturais, nacionais e internacionais;
- c) Encorajar a produção e a difusão de livros para crianças;
- d) Encorajar os órgãos de comunicação social a ter particularmente em conta as necessidades linguísticas das crianças indígenas ou que pertençam a um grupo minoritário;
- e) Favorecer a elaboração de princípios orientadores adequados à protecção da criança contra a informação e documentos prejudiciais ao seu bem-estar, nos termos do disposto nos artigos 13.º e 18.º.

## Artigo 18.º

---

1. Os Estados Partes diligenciam de forma a assegurar o reconhecimento do princípio segundo o qual ambos os pais têm uma responsabilidade comum na educação e no desenvolvimento da criança.

### **Acesso a informação apropriada**

O Estado deve garantir à criança o acesso a uma informação e a materiais provenientes de fontes diversas, e encorajar os media a difundir informação que seja de interesse social e cultural para a criança. O Estado deve tomar medidas para proteger a criança contra materiais prejudiciais ao seu bem-estar.

A responsabilidade de educar a criança e de assegurar o seu desenvolvimento cabe primacialmente aos pais e, sendo caso disso, aos representantes legais. O interesse superior da criança deve constituir a sua preocupação fundamental.

2. Para garantir e promover os direitos enunciados na presente Convenção, os Estados Partes asseguram uma assistência adequada aos pais e representantes legais da criança no exercício da responsabilidade que lhes cabe de educar a criança e garantem o estabelecimento de instituições, instalações e serviços de assistência à infância.
3. Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para garantir às crianças, cujos pais trabalham, o direito de beneficiar de serviços e instalações de assistência às crianças para os quais reúnam as condições requeridas.

## Artigo 19.º

1. Os Estados Partes tomam todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas adequadas à protecção da criança contra todas as formas de violência física ou mental, dano ou sevícia, abandono ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração, incluindo a violência sexual, enquanto se encontrar sob a guarda de seus pais ou de um deles, dos representantes legais ou de qualquer outra pessoa a cuja guarda haja sido confiada.
2. Tais medidas de protecção devem incluir, consoante o caso, processos eficazes para o estabelecimento de programas sociais destinados a assegurar o apoio necessário à criança e àqueles a cuja guarda está confiada, bem como outras formas de prevenção, e para identificação, elaboração de relatório, transmissão, investigação, tratamento e acompanhamento dos casos de maus-tratos

### Responsabilidade dos pais

Cabe aos pais a principal responsabilidade comum de educar a criança, e o Estado deve ajudá-los a exercer esta responsabilidade.

O Estado deve conceder uma ajuda apropriada aos pais na educação dos filhos.

### Protecção contra maus-tratos e negligência

O Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas.

infligidos à criança, acima descritos, compreendendo igualmente, se necessário, processos de intervenção judicial.

### Artigo 20.º

---

1. A criança temporária ou definitivamente privada do seu ambiente familiar ou que, no seu interesse superior, não possa ser deixada em tal ambiente, tem direito à protecção e assistência especiais do Estado.
2. Os Estados Partes asseguram a tais crianças uma protecção alternativa, nos termos da sua legislação nacional.
3. A protecção alternativa pode incluir, entre outras, a forma de colocação familiar, a kafala do direito islâmico, a adopção ou, no caso de tal se mostrar necessário, a colocação em estabelecimentos adequados de assistência às crianças. Ao considerar tais soluções, importa atender devidamente à necessidade de assegurar continuidade à educação da criança, bem como à sua origem étnica, religiosa, cultural e linguística.

### Artigo 21.º

---

Os Estados Partes que reconhecem e ou permitem a adopção asseguram que o interesse superior da criança será a consideração primordial neste domínio e:

- a) Garantem que a adopção de uma criança é autorizada unicamente pelas autoridades competentes, que, nos termos da lei e do processo aplicáveis e baseando-se em todas as informações credíveis relativas ao caso concreto, verificam que a adopção pode ter lugar face à situação da criança relativamente a seus pais, parentes e representantes legais e que, se necessário, as pessoas interessadas deram em consciência o seu consentimento à adopção, após

### Protecção da criança privada de ambiente familiar

O Estado tem a obrigação de assegurar protecção especial à criança privada do seu ambiente familiar e de zelar para que possa beneficiar de cuidados alternativos adequados ou colocação em instituições apropriadas. Todas as medidas relativas a esta obrigação deverão ter devidamente em conta a origem cultural da criança.

### Adopção

Em países em que a adopção é reconhecida ou permitida só poderá ser levada a cabo no interesse superior da criança, e quando estiverem reunidas todas as autorizações necessárias por parte das autoridades competentes, bem como todas as garantias necessárias.

- se terem socorrido de todos os pareceres julgados necessários;
- b) Reconhecem que a adopção internacional pode ser considerada como uma forma alternativa de protecção da criança se esta não puder ser objecto de uma medida de colocação numa família de acolhimento ou adoptiva, ou se não puder ser convenientemente educada no seu país de origem;
  - c) Garantem à criança sujeito de adopção internacional o gozo das garantias e normas equivalentes às aplicáveis em caso de adopção nacional;
  - d) Tomam todas as medidas adequadas para garantir que, em caso de adopção internacional, a colocação da criança se não traduza num benefício material indevido para os que nela estejam envolvidos;
  - e) Promovem os objectivos deste artigo pela conclusão de acordos ou tratados bilaterais ou multilaterais, consoante o caso, e neste domínio procuram assegurar que as colocações de crianças no estrangeiro sejam efectuadas por autoridades ou organismos competentes.

## Artigo 22.º

1. Os Estados Partes tomam as medidas necessárias para que a criança que requeira o estatuto de refugiado ou que seja considerada refugiado, de harmonia com as normas e processos de direito internacional ou nacional aplicáveis, quer se encontre só, quer acompanhada de seus pais ou de qualquer outra pessoa, beneficie de adequada protecção e assistência humanitária, de forma a permitir o gozo dos direitos reconhecidos pela presente Convenção e outros instrumentos internacionais relativos aos direitos humanos ou de carácter humanitário, de que os referidos Estados sejam Partes.

### Crianças refugiadas

Protecção especial deve ser dada à criança refugiada ou que procure obter o estatuto de refugiada. O Estado tem a obrigação de colaborar com as organizações competentes que asseguram esta protecção.

2. Para esse efeito, os Estados Partes cooperam, nos termos considerados adequados, nos esforços desenvolvidos pela Organização das Nações Unidas e por outras organizações intergovernamentais ou não governamentais competentes que colaborem com a Organização das Nações Unidas na protecção e assistência de crianças que se encontrem em tal situação, e na procura dos pais ou de outros membros da família da criança refugiada, de forma a obter as informações necessárias à reunificação familiar. No caso de não terem sido encontrados os pais ou outros membros da família, a criança deve beneficiar, à luz dos princípios enunciados na presente Convenção, da protecção assegurada a toda a criança que, por qualquer motivo, se encontre privada temporária ou definitivamente do seu ambiente familiar.

### Artigo 23.º

1. Os Estados Partes reconhecem à criança mental e fisicamente deficiente o direito a uma vida plena e decente em condições que garantam a sua dignidade, favoreçam a sua autonomia e facilitem a sua participação activa na vida da comunidade.
2. Os Estados Partes reconhecem à criança deficiente o direito de beneficiar de cuidados especiais e encorajam e asseguram, na medida dos recursos disponíveis, a prestação à criança que reúna as condições requeridas e àqueles que a tenham a seu cargo de uma assistência correspondente ao pedido formulado e adaptada ao estado da criança e à situação dos pais ou daqueles que a tiverem a seu cargo.
3. Atendendo às necessidades particulares da criança deficiente, a assistência fornecida nos termos do n.º 2 será gratuita sempre que tal seja possível, atendendo aos recursos financeiros dos pais ou

#### **Crianças com deficiência**

A criança com deficiência tem direito a cuidados especiais, educação e formação adequados que lhe permitam ter uma vida plena e decente, em condições de dignidade, e atingir o maior grau de autonomia e integração social possível.

daqueles que tiverem a criança a seu cargo, e é concebida de maneira a que a criança deficiente tenha efectivo acesso à educação, à formação, aos cuidados de saúde, à reabilitação, à preparação para o emprego e a actividades recreativas, e beneficie desses serviços de forma a assegurar uma integração social tão completa quanto possível e o desenvolvimento pessoal, incluindo nos domínios cultural e espiritual.

4. Num espírito de cooperação internacional, os Estados Partes promovem a troca de informações pertinentes no domínio dos cuidados preventivos de saúde e do tratamento médico, psicológico e funcional das crianças deficientes, incluindo a difusão de informações respeitantes aos métodos de reabilitação e aos serviços de formação profissional, bem como o acesso a esses dados, com vista a permitir que os Estados Partes melhorem as suas capacidades e qualificações e alarguem a sua experiência nesses domínios. A este respeito atender-se-á de forma particular às necessidades dos países em desenvolvimento.

## Artigo 24.º

1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos e de reabilitação\*. Os Estados Partes velam pela garantia de que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a tais serviços de saúde.
2. Os Estados Partes prosseguem a realização integral deste direito e, nomeadamente, tomam medidas adequadas para:

### Saúde e serviços médicos

A criança tem direito a gozar do melhor estado de saúde possível e a beneficiar de serviços médicos. Os Estados devem dar especial atenção aos cuidados de saúde primários e às medidas de prevenção, à educação em termos de saúde pública e à diminuição da mortalidade infantil.

\* Tradução livre. No original da versão em inglês, "rehabilitation".

- a) Fazer baixar a mortalidade entre as crianças de tenra idade e a mortalidade infantil;
  - b) Assegurar a assistência médica e os cuidados de saúde necessários a todas as crianças, enfatizando o desenvolvimento dos cuidados de saúde primários;
  - c) Combater a doença e a má nutrição, no quadro dos cuidados de saúde primários, graças nomeadamente à utilização de técnicas facilmente disponíveis e ao fornecimento de alimentos nutritivos e de água potável, tendo em consideração os perigos e riscos da poluição do ambiente;
  - d) Assegurar às mães os cuidados de saúde, antes e depois do nascimento;
  - e) Assegurar que todos os grupos da população, nomeadamente os pais e as crianças, sejam informados, tenham acesso e sejam apoiados na utilização de conhecimentos básicos sobre a saúde e a nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, a higiene e a salubridade do ambiente, bem como a prevenção de acidentes;
  - f) Desenvolver os cuidados preventivos de saúde, os conselhos aos pais e a educação sobre planeamento familiar e os serviços respectivos.
3. Os Estados Partes tomam todas as medidas eficazes e adequadas com vista a abolir as práticas tradicionais prejudiciais à saúde das crianças.
  4. Os Estados Partes comprometem-se a promover e a encorajar a cooperação internacional, de forma a garantir progressivamente a plena realização do direito reconhecido no presente artigo.  
A este respeito atender-se-á de forma particular às necessidades dos países em desenvolvimento.

Neste sentido, os Estados encorajam a cooperação internacional e esforçam-se por assegurar que nenhuma criança seja privada do direito de acesso a serviços de saúde eficazes.

---

### Artigo 25.º

---

Os Estados Partes reconhecem à criança que foi objecto de uma medida de colocação num estabelecimento pelas autoridades competentes, para fins de assistência, protecção ou tratamento físico ou mental, o direito à revisão periódica do tratamento a que foi submetida e de quaisquer outras circunstâncias ligadas à sua colocação.

---

### Artigo 26.º

---

1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito de beneficiar da segurança social e tomam todas as medidas necessárias para assegurar a plena realização deste direito, nos termos da sua legislação nacional.
2. As prestações, se a elas houver lugar, devem ser atribuídas tendo em conta os recursos e a situação da criança e das pessoas responsáveis pela sua manutenção, assim como qualquer outra consideração relativa ao pedido de prestação feito pela criança ou em seu nome.

---

### Artigo 27.º

---

1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito a um nível de vida suficiente, de forma a permitir o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social.
2. Cabe primordialmente aos pais e às pessoas que têm a criança a seu cargo a responsabilidade de assegurar, dentro das suas possibilidades e disponibilidades económicas, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança.
3. Os Estados Partes, tendo em conta as condições nacionais e na medida dos seus meios, tomam

---

#### Revisão periódica da colocação

A criança colocada numa instituição pelas autoridades competentes para fins de assistência, protecção ou tratamento tem direito a uma revisão periódica dessa colocação.

---

#### Segurança social

A criança tem o direito de beneficiar da segurança social, incluindo prestações sociais.

as medidas adequadas para ajudar os pais e outras pessoas que tenham a criança a seu cargo a realizar este direito e asseguram, em caso de necessidade, auxílio material e programas de apoio, nomeadamente no que respeita à alimentação, vestuário e alojamento.

4. Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas tendentes a assegurar a cobrança da pensão alimentar devida à criança, de seus pais ou de outras pessoas que tenham a criança economicamente a seu cargo, tanto no seu território quanto no estrangeiro. Nomeadamente, quando a pessoa que tem a criança economicamente a seu cargo vive num Estado diferente do da criança, os Estados Partes devem promover a adesão a acordos internacionais ou a conclusão de tais acordos, assim como a adopção de quaisquer outras medidas julgadas adequadas.

## Artigo 28.º

1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança à educação e, tendo nomeadamente em vista assegurar progressivamente o exercício desse direito na base da igualdade de oportunidades:
  - a) Tornam o ensino primário obrigatório e gratuito para todos;
  - b) Encorajam a organização de diferentes sistemas de ensino secundário, geral e profissional, tornam estes públicos e acessíveis a todas as crianças e tomam medidas adequadas, tais como a introdução da gratuidade do ensino e a oferta de auxílio financeiro em caso de necessidade;
  - c) Tornam o ensino superior acessível a todos, em função das capacidades de cada um, por todos os meios adequados;

### Nível de vida

A criança tem direito a um nível de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social. Cabe aos pais a principal responsabilidade primordial de lhe assegurar um nível de vida adequado. O Estado tem o dever de tomar medidas para que esta responsabilidade possa ser – e seja – assumida.

A responsabilidade do Estado pode incluir uma ajuda material aos pais e aos seus filhos.

### Educação

A criança tem direito à educação e o Estado tem a obrigação de tornar o ensino primário obrigatório e gratuito, encorajar a organização de diferentes sistemas de ensino secundário acessíveis a todas as crianças e tornar o ensino superior acessível a todos, em função das capacidades de cada um. A disciplina escolar deve respeitar os direitos e a dignidade da criança. Para garantir o respeito por este direito, os Estados devem promover e encorajar a cooperação internacional.

- d) Tornam a informação e a orientação escolar e profissional públicas e acessíveis a todas as crianças;
  - e) Tomam medidas para encorajar a frequência escolar regular e a redução das taxas de abandono escolar.
2. Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para velar por que a disciplina escolar seja assegurada de forma compatível com a dignidade humana da criança e nos termos da presente Convenção.
3. Os Estados Partes promovem e encorajam a cooperação internacional no domínio da educação, nomeadamente de forma a contribuir para a eliminação da ignorância e do analfabetismo no mundo e a facilitar o acesso aos conhecimentos científicos e técnicos e aos modernos métodos de ensino. A este respeito atender-se-á de forma particular às necessidades dos países em desenvolvimento.

## Artigo 29.º

1. Os Estados Partes acordam em que a educação da criança deve destinar-se a:
- a) Promover o desenvolvimento da personalidade da criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicos na medida das suas potencialidades;
  - b) Inculcar na criança o respeito pelos direitos humanos e liberdades fundamentais e pelos princípios consagrados na Carta das Nações Unidas;
  - c) Inculcar na criança o respeito pelos pais, pela sua identidade cultural, língua e valores, pelos valores

### Objectivos da educação

A educação deve destinar-se a promover o desenvolvimento da personalidade da criança, dos seus dons e aptidões mentais e físicas, na medida das suas potencialidades. E deve preparar a criança para uma vida adulta activa numa sociedade livre e inculcar o respeito pelos pais, pela sua identidade, pela sua língua e valores culturais, bem como pelas culturas e valores diferentes dos seus.

nacionais do país em que vive, do país de origem e pelas civilizações diferentes da sua;

- d) Preparar a criança para assumir as responsabilidades da vida numa sociedade livre, num espírito de compreensão, paz, tolerância, igualdade entre os sexos e de amizade entre todos os povos, grupos étnicos, nacionais e religiosos e com pessoas de origem indígena;
- e) Promover o respeito da criança pelo meio ambiente.

2. Nenhuma disposição deste artigo ou do artigo 28.º pode ser interpretada de forma a ofender a liberdade dos indivíduos ou das pessoas colectivas de criar e dirigir estabelecimentos de ensino, desde que sejam respeitados os princípios enunciados no n.º 1 do presente artigo e que a educação ministrada nesses estabelecimentos seja conforme às regras mínimas prescritas pelo Estado.

### Artigo 30.º

---

Nos Estados em que existam minorias étnicas, religiosas ou linguísticas ou pessoas de origem indígena, nenhuma criança indígena ou que pertença a uma dessas minorias poderá ser privada do direito de, conjuntamente com membros do seu grupo, ter a sua própria vida cultural, professar e praticar a sua própria religião ou utilizar a sua própria língua.

### Artigo 31.º

---

1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito ao repouso e aos tempos livres, o direito de participar em jogos e actividades recreativas próprias da sua idade e de participar livremente na vida cultural e artística.

### Crianças de minorias ou de populações indígenas

A criança pertencente a uma população indígena ou a uma minoria tem o direito de ter a sua própria vida cultural, praticar a sua religião e utilizar a sua própria língua.

### Lazer, actividades recreativas e culturais

A criança tem direito ao repouso, a tempos livres e a participar em actividades culturais e artísticas.

2. Os Estados Partes respeitam e promovem o direito da criança de participar plenamente na vida cultural e artística e encorajam a organização, em seu benefício, de formas adequadas de tempos livres e de actividades recreativas, artísticas e culturais, em condições de igualdade.

### Artigo 32.º

---

1. Os Estados Partes reconhecem à criança o direito de ser protegida contra a exploração económica ou a sujeição a trabalhos perigosos ou capazes de comprometer a sua educação, prejudicar a sua saúde ou o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social.
2. Os Estados Partes tomam medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas para assegurar a aplicação deste artigo. Para esse efeito, e tendo em conta as disposições relevantes de outros instrumentos jurídicos internacionais, os Estados Partes devem, nomeadamente:
  - a) Fixar uma idade mínima ou idades mínimas para a admissão a um emprego;
  - b) Adoptar regulamentos próprios relativos à duração e às condições de trabalho; e
  - c) Prever penas ou outras sanções adequadas para assegurar uma efectiva aplicação deste artigo.

### Artigo 33.º

---

Os Estados Partes adoptam todas as medidas adequadas, incluindo medidas legislativas, administrativas, sociais e educativas para proteger as crianças contra o consumo ilícito de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, tais como definidos nas convenções internacionais aplicáveis, e para prevenir a

#### **Trabalho das crianças**

A criança tem o direito de ser protegida contra qualquer trabalho que ponha em perigo a sua saúde, a sua educação ou o seu desenvolvimento. O Estado deve fixar idades mínimas de admissão no emprego e regulamentar as condições de trabalho.

#### **Consumo e tráfico de drogas**

A criança tem o direito de ser protegida contra o consumo de estupefacientes e de substâncias psicotrópicas, e contra a sua utilização na produção e tráfico de tais substâncias.

utilização de crianças na produção e no tráfico ilícitos de tais substâncias.

### Artigo 34.º

---

Os Estados Partes comprometem-se a proteger a criança contra todas as formas de exploração e de violência sexuais. Para esse efeito, os Estados Partes devem, nomeadamente, tomar todas as medidas adequadas, nos planos nacional, bilateral e multilateral para impedir:

- a) Que a criança seja incitada ou coagida a dedicar-se a uma actividade sexual ilícita;
- b) Que a criança seja explorada para fins de prostituição ou de outras práticas sexuais ilícitas;
- c) Que a criança seja explorada na produção de espectáculos ou de material de natureza pornográfica.

### Artigo 35.º

---

Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas, nos planos nacional, bilateral e multilateral, para impedir o rapto, a venda ou o tráfico de crianças, independentemente do seu fim ou forma.

### Artigo 36.º

---

Os Estados Partes protegem a criança contra todas as formas de exploração prejudiciais a qualquer aspecto do seu bem-estar.

#### **Exploração sexual**

O Estado deve proteger a criança contra a violência e a exploração sexual, nomeadamente contra a prostituição e a participação em qualquer produção de carácter pornográfico.

#### **Venda, tráfico e rapto**

O Estado tem a obrigação de tudo fazer para impedir o rapto, a venda ou o tráfico de crianças.

#### **Outras formas de exploração**

A criança tem o direito de ser protegida contra qualquer outra forma de exploração não contemplada nos artigos 32, 33, 34 e 35.

## Artigo 37.º

Os Estados Partes garantem que:

- a) Nenhuma criança será submetida à tortura ou a penas ou tratamentos cruéis, desumanos ou degradantes. A pena de morte e a prisão perpétua sem possibilidade de libertação não serão impostas por infracções cometidas por pessoas com menos de 18 anos;
- b) Nenhuma criança será privada de liberdade de forma ilegal ou arbitrária: a captura, detenção ou prisão de uma criança devem ser conformes à lei, serão utilizadas unicamente como medida de último recurso e terão a duração mais breve possível;
- c) A criança privada de liberdade deve ser tratada com a humanidade e o respeito devidos à dignidade da pessoa humana e de forma consentânea com as necessidades das pessoas da sua idade. Nomeadamente, a criança privada de liberdade deve ser separada dos adultos, a menos que, no superior interesse da criança, tal não pareça aconselhável e tem o direito de manter contacto com a sua família através de correspondência e visitas, salvo em circunstâncias excepcionais;
- d) A criança privada de liberdade tem o direito de aceder rapidamente à assistência jurídica ou a outra assistência adequada e o direito de impugnar a legalidade da sua privação de liberdade perante um tribunal ou outra autoridade competente, independente e imparcial, bem como o direito a uma rápida decisão sobre tal matéria.

### **Tortura e privação de liberdade**

Nenhuma criança deve ser submetida à tortura, a penas ou tratamentos cruéis, à prisão ou detenção ilegais. A pena de morte e a prisão perpétua sem possibilidade de libertação são interditas para infracções cometidas por pessoas menores de 18 anos. A criança privada de liberdade deve ser separada dos adultos, a menos que, no interesse superior da criança, tal não pareça aconselhável. A criança privada de liberdade tem o direito de beneficiar de assistência jurídica ou qualquer outro tipo de assistência adequada, e o direito de manter contacto com a sua família.

---

**Artigo 38.º**

---

1. Os Estados Partes comprometem-se a respeitar e a fazer respeitar as normas de direito humanitário internacional que lhes sejam aplicáveis em caso de conflito armado e que se mostrem relevantes para a criança.
2. Os Estados Partes devem tomar todas as medidas possíveis na prática para garantir que nenhuma criança com menos de 15 anos participe directamente nas hostilidades.
3. Os Estados Partes devem abster-se de incorporar nas forças armadas as pessoas que não tenham a idade de 15 anos. No caso de incorporação de pessoas de idade superior a 15 anos e inferior a 18 anos, os Estados Partes devem incorporar prioritariamente os mais velhos.
4. Nos termos das obrigações contraídas à luz do direito internacional humanitário para a protecção da população civil em caso de conflito armado, os Estados Partes na presente Convenção devem tomar todas as medidas possíveis na prática para assegurar protecção e assistência às crianças afectadas por um conflito armado.

---

**Artigo 39.º**

---

Os Estados Partes tomam todas as medidas adequadas para promover a recuperação física e psicológica e a reinserção social da criança vítima de qualquer forma de negligência, exploração ou sevícias, de tortura ou qualquer outra pena ou tratamento cruéis, desumanos ou degradantes ou de conflito armado. Essas recuperação e reinserção devem ter lugar num ambiente que favoreça a saúde, o respeito por si próprio e a dignidade da criança.

---

**Conflitos armados**

Os Estados Partes tomam todas as medidas possíveis na prática para que nenhuma criança com menos de 15 anos participe directamente nas hostilidades. Nenhuma criança com menos de 15 anos deve ser incorporada nos exércitos. Os Estados devem assegurar protecção e assistência às crianças afectadas por conflitos armados, nos termos das disposições previstas pelo direito internacional nesta matéria.

---

**Recuperação e reinserção**

O Estado tem a obrigação de assegurar que as crianças vítimas de conflitos armados, tortura, negligência, exploração ou sevícias beneficiem de cuidados adequados para a sua recuperação e reinserção social.

## Artigo 40.º

1. Os Estados Partes reconhecem à criança suspeita, acusada ou que se reconheceu ter infringido a lei penal o direito a um tratamento capaz de favorecer o seu sentido de dignidade e valor, reforçar o seu respeito pelos direitos humanos e as liberdades fundamentais de terceiros e que tenha em conta a sua idade e a necessidade de facilitar a sua reintegração social e o assumir de um papel construtivo no seio da sociedade.
2. Para esse efeito, e atendendo às disposições pertinentes dos instrumentos jurídicos internacionais, os Estados Partes garantem, nomeadamente, que:
  - a) Nenhuma criança seja suspeita, acusada ou reconhecida como tendo infringido a lei penal por acções ou omissões que, no momento da sua prática, não eram proibidas pelo direito nacional ou internacional;
  - b) A criança suspeita ou acusada de ter infringido a lei penal tenha, no mínimo, direito às garantias seguintes:
    - i) Presumir-se inocente até que a sua culpabilidade tenha sido legalmente estabelecida;
    - ii) A ser informada pronta e directamente das acusações formuladas contra si ou, se necessário, através de seus pais ou representantes legais, e beneficiar de assistência jurídica ou de outra assistência adequada para a preparação e apresentação da sua defesa;
    - iii) A sua causa ser examinada sem demora por uma autoridade competente, independente e imparcial ou por um tribunal, de forma

### Administração da justiça juvenil

A criança suspeita, acusada ou reconhecida como culpada de ter cometido um delito tem direito a um tratamento que favoreça o seu sentido de dignidade e valor pessoal, que tenha em conta a sua idade e que vise a sua reintegração na sociedade. A criança tem direito a garantias fundamentais, bem como a uma assistência jurídica ou outra adequada à sua defesa. Os procedimentos judiciais e a colocação em instituições devem ser evitados sempre que possível.

equitativa nos termos da lei, na presença do seu defensor ou de outrem assegurando assistência adequada e, a menos que tal se mostre contrário ao interesse superior da criança, nomeadamente atendendo à sua idade ou situação, na presença de seus pais ou representantes legais;

- iv) A não ser obrigada a testemunhar ou a confessar-se culpada; a interrogar ou fazer interrogar as testemunhas de acusação e a obter a comparência e o interrogatório das testemunhas de defesa em condições de igualdade;
- v) No caso de se considerar que infringiu a lei penal, a recorrer dessa decisão e das medidas impostas em sequência desta para uma autoridade superior, competente, independente e imparcial, ou uma autoridade judicial, nos termos da lei;
- vi) A fazer-se assistir gratuitamente por um intérprete, se não compreender ou falar a língua utilizada;
- vii) A ver plenamente respeitada a sua vida privada em todos os momentos do processo.

3. Os Estados Partes procuram promover o estabelecimento de leis, processos, autoridades e instituições especificamente adequadas a crianças suspeitas, acusadas ou reconhecidas como tendo infringido a lei penal, e, nomeadamente:
- a) O estabelecimento de uma idade mínima abaixo da qual se presume que as crianças não têm capacidade para infringir a lei penal;
  - b) Quando tal se mostre possível e desejável, a adopção de medidas relativas a essas crianças

sem recurso ao processo judicial, assegurando-se o pleno respeito dos direitos humanos e das garantias previstas pela lei.

4. Um conjunto de disposições relativas, nomeadamente, à assistência, orientação e controlo, conselhos, regime de prova, colocação familiar, programas de educação geral e profissional, bem como outras soluções alternativas às institucionais, serão previstas de forma a assegurar às crianças um tratamento adequado ao seu bem-estar e proporcionado à sua situação e à infracção.

#### Artigo 41.º

Nenhuma disposição da presente Convenção afecta as disposições mais favoráveis à realização dos direitos da criança que possam figurar:

- a) Na legislação de um Estado Parte;
- b) No direito internacional em vigor para esse Estado.

#### **Respeito pelas normas estabelecidas**

Se uma disposição relativa aos direitos da criança que figura no direito nacional ou internacional em vigor num Estado for mais favorável do que a disposição análoga na Convenção, é a norma mais favorável que se aplica.

## Parte II

### Artigo 42.º

Os Estados Partes comprometem-se a tornar amplamente conhecidos, por meios activos e adequados, os princípios e as disposições da presente Convenção, tanto pelos adultos como pelas crianças.

### Artigo 43.º

1. Com o fim de examinar os progressos realizados pelos Estados Partes no cumprimento das obrigações que lhes cabem nos termos da presente Convenção, é instituído um Comité dos Direitos da Criança, que desempenha as funções seguidamente definidas.
2. O Comité é composto de 18 peritos de alta autoridade moral e de reconhecida competência no domínio abrangido pela presente Convenção. Os membros do Comité são eleitos pelos Estados Partes de entre os seus nacionais e exercem as suas funções a título pessoal, tendo em consideração a necessidade de assegurar uma repartição geográfica equitativa e atendendo aos principais sistemas jurídicos.
3. Os membros do Comité são eleitos por escrutínio secreto de entre uma lista de candidatos designados pelos Estados Partes. Cada Estado Parte pode designar um perito de entre os seus nacionais.
4. A primeira eleição tem lugar nos seis meses seguintes à data da entrada em vigor da presente Convenção e, depois disso, todos os dois anos. Pelo menos quatro meses antes da data de cada eleição, o Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas convida, por escrito, os Estados Partes a proporem os seus candidatos num prazo de dois meses. O Secretário-Geral elabora, em seguida, a

### Aplicação e entrada em vigor

As disposições dos artigos 42 a 54 prevêem nomeadamente os pontos seguintes:

- 1) A obrigação do Estado tornar amplamente conhecidos os direitos contidos na Convenção, tanto pelos adultos como pelas crianças.
- 2) A criação de um Comité dos direitos da criança composto por dez peritos encarregados de examinar os relatórios que os Estados Partes devem submeter dois anos após a ratificação e, em seguida, de cinco em cinco anos. A Convenção entra em vigor após a sua ratificação por 20 países, sendo então constituído o Comité.
- 3) Os Estados Partes asseguram aos seus relatórios uma larga difusão nos seus próprios países.
- 4) O Comité pode propor a realização de estudos específicos sobre questões relativas aos direitos das crianças. Essas sugestões e recomendações de ordem geral são transmitidas aos Estados interessados e levadas ao conhecimento da Assembleia Geral.

- lista alfabética dos candidatos assim apresentados, indicando por que Estado foram designados, e comunica-a aos Estados Partes na presente Convenção.
5. As eleições realizam-se aquando das reuniões dos Estados Partes convocadas pelo Secretário-Geral para a sede da Organização das Nações Unidas. Nestas reuniões, em que o quórum é constituído por dois terços dos Estados Partes, são eleitos para o Comité os candidatos que obtiverem o maior número de votos e a maioria absoluta dos votos dos representantes dos Estados Partes presentes e votantes.
  6. Os membros do Comité são eleitos por um período de quatro anos. São reelegíveis no caso de recandidatura. O mandato de cinco dos membros eleitos na primeira eleição termina ao fim de dois anos. O presidente da reunião tira à sorte, imediatamente após a primeira eleição, os nomes destes cinco elementos.
  7. Em caso de morte ou de demissão de um membro do Comité ou se, por qualquer outra razão, um membro declarar que não pode continuar a exercer funções no seio do Comité, o Estado Parte que havia proposto a sua candidatura designa um outro perito, de entre os seus nacionais, para preencher a vaga até ao termo do mandato, sujeito a aprovação do Comité.
  8. O Comité adopta o seu regulamento interno.
  9. O Comité elege o seu secretariado por um período de dois anos.
  10. As reuniões do Comité têm habitualmente lugar na sede da Organização das Nações Unidas ou em qualquer outro lugar julgado conveniente e determinado pelo Comité. O Comité reúne em regra anualmente. A duração das sessões do Comité

5) A fim de «promover a aplicação efectiva da Convenção e encorajar a cooperação internacional», agências especializadas das Nações Unidas (como a OIT, a OMS e a UNESCO) e a UNICEF podem assistir às reuniões do Comité. E podem – como qualquer organismo considerado «competente», nomeadamente as ONGs que gozem de um estatuto consultivo junto das Nações Unidas e órgãos das Nações como o ACNUR – apresentar informações pertinentes ao Comité e vir a ser convidadas a dar parecer sobre a melhor forma de garantir a aplicação da Convenção.

é determinada, e se necessário revista, por uma reunião dos Estados Partes na presente Convenção, sujeita à aprovação da Assembleia Geral.

11. O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas põe à disposição do Comité o pessoal e as instalações necessárias para o desempenho eficaz das funções que lhe são confiadas ao abrigo da presente Convenção.
12. Os membros do Comité instituído pela presente Convenção recebem, com a aprovação da Assembleia Geral, emolumentos provenientes dos recursos financeiros das Nações Unidas, segundo as condições e modalidades fixadas pela Assembleia Geral.

#### Artigo 44.º

---

1. Os Estados Partes comprometem-se a apresentar ao Comité, através do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, relatórios sobre as medidas que hajam adoptado para dar aplicação aos direitos reconhecidos pela Convenção e sobre os progressos realizados no gozo desses direitos:
  - a) Nos dois anos subsequentes à data da entrada em vigor da presente Convenção para os Estados Partes;
  - b) Em seguida, de cinco em cinco anos.
2. Os relatórios apresentados em aplicação do presente artigo devem indicar os factores e as dificuldades, se a elas houver lugar, que impeçam o cumprimento, pelos Estados Partes, das obrigações decorrentes da presente Convenção. Devem igualmente conter informações suficientes para dar ao Comité uma ideia precisa da aplicação da Convenção no referido país.

3. Os Estados Partes que tenham apresentado ao Comité um relatório inicial completo não necessitam de repetir, nos relatórios subsequentes, submetidos nos termos do n.º 1, alínea b), as informações de base anteriormente comunicadas.
4. O Comité pode solicitar aos Estados Partes informações complementares relevantes para a aplicação da Convenção.
5. O Comité submete de dois em dois anos à Assembleia Geral, através do Conselho Económico e Social, um relatório das suas actividades.
6. Os Estados Partes asseguram aos seus relatórios uma larga difusão nos seus próprios países.

#### Artigo 45.º

---

De forma a promover a aplicação efectiva da Convenção e a encorajar a cooperação internacional no domínio coberto pela Convenção:

- a) As agências especializadas, a UNICEF e outros órgãos das Nações Unidas podem fazer-se representar quando for apreciada a aplicação de disposições da presente Convenção que se inscrevam no seu mandato. O Comité pode convidar as agências especializadas, a UNICEF e outros organismos competentes considerados relevantes a fornecer o seu parecer técnico sobre a aplicação da convenção no âmbito dos seus respectivos mandatos. O Comité pode convidar as agências especializadas, a UNICEF e outros órgãos das Nações Unidas a apresentar relatórios sobre a aplicação da Convenção nas áreas relativas aos seus domínios de actividade;
- b) O Comité transmite, se o julgar necessário, às agências especializadas, à UNICEF e a outros organismos competentes os relatórios dos Estados Partes que contenham pedidos ou indiquem

necessidades de conselho ou de assistência técnicos, acompanhados de eventuais observações e sugestões do Comitê relativos àqueles pedidos ou indicações;

- c) O Comitê pode recomendar à Assembleia Geral que solicite ao Secretário-Geral a realização, para o Comitê, de estudos sobre questões específicas relativas aos direitos da criança;
- d) O Comitê pode fazer sugestões e recomendações de ordem geral com base nas informações recebidas em aplicação dos artigos 44.º e 45.º da presente Convenção. Essas sugestões e recomendações de ordem geral são transmitidas aos Estados interessados e levadas ao conhecimento da Assembleia Geral, acompanhadas, se necessário, dos comentários dos Estados Partes.

## Parte III

### Artigo 46.º

---

A presente Convenção está aberta à assinatura de todos os Estados.

### Artigo 47.º

---

A presente Convenção está sujeita a ratificação. Os instrumentos de ratificação serão depositados junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.

### Artigo 48.º

---

A presente Convenção está aberta à adesão de todos os Estados. A adesão far-se-á pelo depósito de um instrumento de adesão junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.

### Artigo 49.º

---

1. A presente Convenção entrará em vigor no 30.º dia após a data do depósito junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas do 20.º instrumento de ratificação ou de adesão.
2. Para cada um dos Estados que ratificarem a presente Convenção ou a ela aderirem após o depósito do 20.º instrumento de ratificação ou de adesão, a Convenção entrará em vigor no 30.º dia após a data do depósito, por parte desse Estado, do seu instrumento de ratificação ou de adesão.

### Artigo 50.º

---

1. Qualquer Estado Parte pode propor uma emenda e depositar o seu texto junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas. O Secretário-Geral

transmite, em seguida, a proposta de emenda aos Estados Partes na presente Convenção, solicitando que lhe seja comunicado se são favoráveis à convocação de uma conferência de Estados Partes para apreciação e votação da proposta. Se, nos quatro meses subsequentes a essa comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se declarar a favor da realização da referida conferência, o Secretário-Geral convocá-la-á sob os auspícios da Organização das Nações Unidas.

As emendas adoptadas pela maioria dos Estados Partes presentes e votantes na conferência são submetidas à Assembleia Geral das Nações Unidas para aprovação.

2. As emendas adoptadas nos termos do disposto no n.º 1 do presente artigo entram em vigor quando aprovadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas e aceites por uma maioria de dois terços dos Estados Partes.
3. Quando uma emenda entrar em vigor, terá força vinculativa para os Estados que a hajam aceite, ficando os outros Estados Partes ligados pelas disposições da presente Convenção e por todas as emendas anteriores que tenham aceite.

### Artigo 51.º

---

1. O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas recebe e comunica a todos os Estados o texto das reservas que forem feitas pelos Estados no momento da ratificação ou da adesão.
2. Não é autorizada nenhuma reserva incompatível com o objecto e com o fim da presente Convenção.
3. As reservas podem ser retiradas em qualquer momento por via de notificação dirigida ao

Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, o qual informará todos os Estados Partes na Convenção. A notificação produz efeitos na data da sua recepção pelo Secretário-Geral.

#### **Artigo 52.º**

---

Um Estado Parte pode denunciar a presente Convenção por notificação escrita dirigida ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas. A denúncia produz efeitos um ano após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral.

#### **Artigo 53.º**

---

O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas é designado como depositário da presente Convenção.

#### **Artigo 54.º**

---

A presente Convenção, cujos textos em inglês, árabe, chinês, espanhol, francês e russo fazem igualmente fé, será depositada junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.



---

# Protocolos facultativos à Convenção

---

---

## **Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil**

Adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 25 de Maio de 2000 e ratificado por Portugal em 5 de Março de 2003

---

Os Estados Partes no presente Protocolo:

*Considerando* que, para melhor realizar os objectivos da Convenção sobre os Direitos da Criança e a aplicação das suas disposições, especialmente dos artigos 1.º, 11.º, 21.º, 32.º, 33.º, 34.º, 35.º e 36.º, seria adequado alargar as medidas que os Estados Partes devem adoptar a fim de garantir a protecção da criança contra a venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil;

*Considerando*, também, que a Convenção sobre os Direitos da Criança reconhece à criança o direito de ser protegida contra a exploração económica ou a sujeição a trabalhos perigosos ou capazes de comprometer a sua educação, prejudicar a sua saúde ou o seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral ou social;

*Serriamente preocupados* perante o significativo e crescente tráfico internacional de crianças para fins de venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil; Profundamente preocupados com a prática generalizada e contínua do turismo sexual, à qual as crianças são especialmente vulneráveis, na medida em que promove directamente a venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil;

*Profundamente preocupados* com a prática generalizada e contínua do turismo sexual, à qual as crianças são especialmente vulneráveis, na medida em que promove directamente a venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil;

*Reconhecendo* que determinados grupos particularmente vulneráveis, nomeadamente as raparigas, se encontram em maior risco de exploração sexual, e que se regista um número desproporcionadamente elevado de raparigas entre as vítimas de exploração sexual;

*Preocupados* com a crescente disponibilização de pornografia infantil na Internet e outros novos suportes tecnológicos e recordando a Conferência Internacional sobre o Combate à Pornografia Infantil da Internet (Viena, 1999) e, em particular, as suas conclusões que apelam à criminalização mundial da produção, distribuição, exportação, transmissão, importação, posse intencional e publicidade da pornografia infantil, e sublinhando a importância de uma cooperação e parceria mais estreitas entre os governos e a indústria da Internet;

*Acreditando* que a eliminação da venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil será facilitada pela adopção de uma abordagem global que tenha em conta os factores que contribuem para a existência de tais fenómenos, nomeadamente o subdesenvolvimento, a pobreza, as desigualdades económicas, a iniquidade da estrutura socioeconómica, a disfunção familiar, a falta de educação, o êxodo rural, a discriminação sexual, o comportamento sexual irresponsável dos adultos, as práticas tradicionais nocivas, os conflitos armados e o tráfico de crianças;

*Acreditando* que são necessárias medidas de sensibilização pública para reduzir a procura que está na origem da venda de crianças, prostituição infantil e pornografia infantil, e acreditando também na importância do reforço da parceria global entre todos os agentes e do aperfeiçoamento da aplicação da lei a nível nacional;

*Tomando* nota das disposições dos instrumentos jurídicos internacionais pertinentes em matéria de protecção das crianças, nomeadamente a Convenção da Haia sobre a Protecção das Crianças e a Cooperação Relativamente à Adopção Internacional, a Convenção da Haia sobre os Aspectos Cíveis do Rapto Internacional de Crianças, Convenção da Haia sobre a Jurisdição, Direito Aplicável, Reconhecimento, Aplicação e Cooperação Relativamente à Responsabilidade Parental e Medidas para a Protecção das Crianças, e a Convenção n.º 182 da Organização Internacional do Trabalho, Relativa à Interdição das Piores Formas de Trabalho das Crianças e à Acção Imediata com vista à Sua Eliminação;

*Encorajados* pelo apoio esmagador à Convenção sobre os Direitos da Criança, demonstrativo da existência de um empenho generalizado na promoção e protecção dos direitos da criança;

*Reconhecendo* a importância da aplicação das disposições do Programa de Acção para a Prevenção da Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil

e da Declaração e Programa de Acção adoptados no Congresso Mundial contra a Exploração Sexual de Crianças para Fins Comerciais, realizado em Estocolmo de 27 a 31 de Agosto de 1996, e outras decisões e recomendações pertinentes dos organismos internacionais competentes;

*Tendo devidamente* em conta a importância das tradições e dos valores culturais de cada povo para a protecção e o desenvolvimento harmonioso da criança;

*Acordaram o seguinte:*

### Artigo 1.º

---

Os Estados Partes deverão proibir a venda de crianças, a prostituição infantil e a pornografia infantil, conforme disposto no presente Protocolo.

### Artigo 2.º

---

Para os efeitos do presente Protocolo:

- a) Venda de crianças designa qualquer acto ou transacção pelo qual uma criança é transferida por qualquer pessoa ou grupo de pessoas para outra pessoa ou grupo contra remuneração ou qualquer outra retribuição;
- b) Prostituição infantil designa a utilização de uma criança em actividades sexuais contra remuneração ou qualquer outra retribuição;
- c) Pornografia infantil designa qualquer representação, por qualquer meio, de uma criança no desempenho de actividades sexuais explícitas reais ou simuladas ou qualquer representação dos órgãos sexuais de uma criança para fins predominantemente sexuais.

### Artigo 3.º

---

- 1. Todo o Estado Parte deverá garantir que, no mínimo, os seguintes actos e actividades sejam plenamente abrangidos pelo seu direito penal, quer sejam cometidos dentro ou fora das suas fronteiras ou numa base individual ou organizada:
  - a) No contexto da venda de crianças, conforme definida na alínea a) do artigo 2.º:
  - ii) A oferta, entrega ou aceitação de uma criança, por qualquer meio, para fins de:
    - a. Exploração sexual da criança;
    - b. Transferência dos órgãos da criança com intenção lucrativa;
    - c. Submissão da criança a trabalho forçado;

- b) A oferta, obtenção, procura ou entrega de uma criança para fins de prostituição infantil, conforme definida na alínea b) do artigo 2.º;
  - c) A produção, distribuição, difusão, importação, exportação, oferta, venda ou posse para os anteriores fins de pornografia infantil, conforme definida na alínea c) do artigo 2.º.
2. Sem prejuízo das disposições do direito interno do Estado Parte, o mesmo se aplica à tentativa de praticar qualquer destes actos e à cumplicidade ou participação em qualquer deles.
  3. Todo o Estado Parte deverá penalizar estas infracções com penas adequadas à sua gravidade.
  4. Sem prejuízo das disposições do respectivo direito interno, todo o Estado Parte deverá adoptar medidas, sempre que necessário, para estabelecer a responsabilidade das pessoas colectivas pelas 3 infracções enunciadas no n.º 1 do presente artigo. De acordo com os princípios jurídicos do Estado Parte, a responsabilidade das pessoas colectivas poderá ser penal, civil ou administrativa.
  5. Os Estados Partes deverão adoptar todas as medidas legislativas e administrativas adequadas a fim de garantir que todas as pessoas envolvidas na adopção de uma criança actuem em conformidade com os instrumentos jurídicos internacionais aplicáveis.

#### Artigo 4.º

---

1. Todo o Estado Parte deverá adoptar as medidas que se mostrem necessárias para estabelecer a sua jurisdição relativamente às infracções previstas no n.º 1 do artigo 3.º, caso essas infracções sejam cometidas no seu território ou a bordo de um navio ou aeronave registados nesse Estado.
2. Todo o Estado Parte poderá adoptar as medidas que se mostrem necessárias para estabelecer a sua jurisdição relativamente às infracções previstas no n.º 1 do artigo 3.º, nos seguintes casos:
  - a) Quando o presumível autor for nacional desse Estado ou tiver a sua residência habitual no respectivo território;
  - b) Quando a vítima for nacional desse Estado.

3. Todo o Estado Parte deverá adoptar também as medidas que se mostrem necessárias para estabelecer a sua jurisdição relativamente às infracções acima referidas sempre que o presumível autor se encontre no seu território e não for extraditado para outro Estado Parte com fundamento no facto de a infracção ter sido cometida por um dos seus nacionais.
4. O presente Protocolo não prejudica qualquer competência penal exercida em conformidade com o direito interno.

### Artigo 5.º

---

1. As infracções previstas no n.º 1 do artigo 3.º serão consideradas incluídas nas infracções passíveis de extradição em qualquer tratado de extradição existente entre os Estados Partes e serão incluídas em qualquer tratado de extradição que venha a ser celebrado entre eles, em conformidade com as condições estabelecidas nesses tratados.
2. Sempre que a um Estado Parte que condiciona a extradição à existência de um tratado for apresentado um pedido de extradição por um outro Estado Parte com o qual não tenha celebrado qualquer tratado de extradição, esse Estado pode considerar o presente Protocolo como base jurídica da extradição relativamente a essas infracções. A extradição ficará sujeita às condições previstas pela lei do Estado requerido.
3. Os Estados Partes que não condicionam a extradição à existência de um tratado deverão reconhecer essas infracções como passíveis de extradição entre si, nas condições previstas pela lei do Estado requerido.
4. Tais infracções serão consideradas, para fins de extradição entre os Estados Partes, como tendo sido cometidas não apenas no local onde tenham ocorrido mas também nos territórios dos Estados obrigados a estabelecer a sua competência em conformidade com o artigo 4.º.
5. Sempre que seja apresentado um pedido de extradição relativamente a uma infracção prevista no n.º 1 do artigo 3.º e caso o Estado Parte requerido não possa ou não queira extraditar com fundamento na nacionalidade do infractor, esse Estado adoptará medidas adequadas para apresentar o caso às suas autoridades competentes para efeitos de exercício da acção penal.

---

## Artigo 6.º

---

1. Os Estados Partes deverão prestar toda a colaboração mútua possível no que concerne a investigações, processos penais ou procedimentos de extradição que se iniciem relativamente às infracções previstas no n.º 1 do artigo 3.º, incluindo assistência na recolha dos elementos de prova ao seu dispor que sejam necessários ao processo.
2. Os Estados Partes deverão cumprir as suas obrigações ao abrigo do número anterior do presente artigo, em conformidade com quaisquer tratados ou outros acordos sobre auxílio judiciário mútuo que possam existir entre eles. Na ausência de tais tratados ou acordos, os Estados Partes deverão prestar toda a colaboração mútua em conformidade com o seu direito interno.

---

## Artigo 7.º

---

Os Estados Partes deverão, em conformidade com o seu direito interno:

- a) Adoptar medidas que visem a apreensão e a perda, conforme o caso, de:
  - i) Bens, tais como materiais, valores e outros instrumentos utilizados para praticar ou facilitar a prática das infracções previstas no presente Protocolo;
  - ii) Produtos derivados da prática dessas infracções;
- b) Satisfazer pedidos de outro Estado Parte para apreensão ou perda dos bens ou produtos enunciados na alínea a);
- c) Adoptar medidas destinadas a encerrar, temporária ou definitivamente, as instalações utilizadas para a prática de tais infracções.

---

## Artigo 8.º

---

1. Os Estados Partes deverão adoptar medidas adequadas para proteger, em todas as fases do processo penal, os direitos e interesses das crianças vítimas das práticas proibidas pelo presente Protocolo, em particular:
  - a) Reconhecendo a vulnerabilidade das crianças vítimas e adaptando os procedimentos às suas necessidades específicas, incluindo as suas necessidades específicas enquanto testemunhas;

- b) Informando as crianças vítimas dos seus direitos, do seu papel e do âmbito, duração e evolução do processo, e da solução dada ao seu caso;
  - c) Permitindo que as opiniões, necessidades e preocupações das crianças vítimas sejam apresentadas e tomadas em consideração nos processos que afectem os seus interesses pessoais, de forma consentânea com as regras processuais do direito interno;
  - d) Proporcionando às crianças vítimas serviços de apoio adequados ao longo de todo o processo judicial;
  - e) Protegendo, adequadamente, a privacidade e identidade das crianças vítimas e adoptando medidas em conformidade com o direito interno a fim de evitar a difusão de informação que possa levar à sua identificação;
  - f) Garantindo, sendo caso disso, a segurança das crianças vítimas, bem como das suas famílias e testemunhas de acusação, contra actos de intimidação e represálias;
  - g) Evitando atrasos desnecessários na decisão das causas e execução de sentenças ou despachos que concedam indemnização às crianças vítimas.
2. Os Estados Partes deverão garantir que a incerteza quanto à verdadeira idade da vítima não impeça o início das investigações criminais, nomeadamente das investigações destinadas a apurar a idade da vítima.
  3. Os Estados Partes deverão garantir que, no tratamento dado pelo sistema de justiça penal às crianças vítimas das infracções previstas no presente Protocolo, o interesse superior da criança seja a consideração primacial.
  4. Os Estados Partes deverão adoptar medidas destinadas a garantir a adequada formação, em particular nos domínios do direito e da psicologia das pessoas que trabalham junto das vítimas das infracções previstas nos termos do presente Protocolo.
  5. Os Estados Partes deverão, sempre que necessário, adoptar medidas a fim de proteger a segurança e integridade das pessoas e ou organizações envolvidas na prevenção e ou protecção e reabilitação das vítimas de tais infracções.
  6. Nenhuma das disposições do presente artigo será interpretada no sentido de prejudicar os direitos do arguido a um processo equitativo e imparcial.

---

## Artigo 9.º

---

1. Os Estados Partes deverão adoptar ou reforçar, aplicar e difundir legislação, medidas administrativas, políticas e programas sociais a fim de prevenir a ocorrência das infracções previstas no presente Protocolo. Deverá ser prestada particular atenção à protecção das crianças especialmente vulneráveis a tais práticas.
2. Os Estados Partes deverão promover a sensibilização do público em geral, incluindo as crianças, através da informação por todos os meios apropriados, da educação e da formação, a respeito das medidas preventivas e efeitos nocivos das infracções previstas no presente Protocolo. No cumprimento das obrigações impostas pelo presente artigo, os Estados Partes deverão incentivar a participação da comunidade e, em particular, das crianças e crianças vítimas, nesses programas de educação e formação, designadamente a nível internacional.
3. Os Estados Partes deverão adoptar todas as medidas que lhes sejam possíveis a fim de garantir toda a assistência adequada às vítimas de tais infracções, nomeadamente a sua plena reinserção social e completa recuperação física e psicológica.
4. Os Estados Partes deverão garantir que todas as crianças vítimas das infracções enunciadas no presente Protocolo tenham acesso a procedimentos adequados que lhes permitam, sem discriminação, reclamar dos presumíveis responsáveis indemnização pelos danos sofridos.
5. Os Estados Partes deverão adoptar todas as medidas adequadas a fim de proibir eficazmente a produção e difusão de material que faça publicidade às infracções previstas no presente Protocolo.

---

## Artigo 10.º

---

1. Os Estados Partes deverão adoptar todas as medidas necessárias a fim de reforçar a cooperação internacional, através de acordos multilaterais, regionais e bilaterais para a prevenção, detecção, investigação, exercício da acção penal e punição dos responsáveis por actos que envolvam a venda de crianças, prostituição infantil, pornografia infantil e turismo sexual. Os Estados Partes deverão também promover a cooperação e coordenação internacionais entre as suas autoridades, organizações não governamentais nacionais e internacionais e organizações internacionais.

2. Os Estados Partes deverão promover a cooperação internacional destinada a auxiliar as crianças vítimas na sua recuperação física e psicológica, reinserção social e repatriamento.
3. Os Estados Partes deverão promover o reforço da cooperação internacional a fim de lutar contra as causas profundas, nomeadamente a pobreza e o subdesenvolvimento, que contribuem para que as crianças se tornem vulneráveis aos fenómenos da venda de crianças, prostituição infantil, pornografia infantil e turismo sexual.
4. Os Estados Partes em posição de o fazer deverão prestar assistência financeira, técnica ou de outro tipo através dos programas existentes a nível multilateral, regional, bilateral ou outro.

### Artigo 11.º

---

Nenhuma disposição do presente Protocolo afecta as disposições mais favoráveis à realização dos direitos da criança que possam figurar:

- a) Na legislação de um Estado Parte;
- b) No direito internacional em vigor para esse Estado.

### Artigo 12.º

---

1. Cada Estado Parte deverá apresentar ao Comité dos Direitos da Criança, nos dois anos subsequentes à entrada em vigor do Protocolo para o Estado Parte em causa, um relatório contendo informação detalhada sobre as medidas por si adoptadas para tornar efectivas as disposições do Protocolo.
2. Após a apresentação do relatório detalhado, cada Estado Parte deverá incluir nos relatórios que apresenta ao Comité dos Direitos da Criança, em conformidade com o artigo 44.º da Convenção, quaisquer informações complementares relativas à aplicação do Protocolo. Os outros Estados Partes no Protocolo deverão apresentar um relatório de cinco em cinco anos.
3. O Comité dos Direitos da Criança poderá solicitar aos Estados Partes o fornecimento de informação complementar pertinente para efeitos da aplicação do presente Protocolo.

### Artigo 13.º

---

1. O presente Protocolo está aberto à assinatura de todos os Estados que sejam partes na Convenção ou a tenham assinado.
2. O presente Protocolo está sujeito a ratificação e aberto à adesão de todos os Estados que sejam partes na Convenção ou a tenham assinado. Os instrumentos de ratificação ou adesão serão depositados junto do Secretário-Geral das Nações Unidas.

### Artigo 14.º

---

1. O presente Protocolo entrará em vigor três meses após o depósito do 10.º instrumento de ratificação ou de adesão.
2. Para cada um dos Estados que ratifiquem o presente Protocolo ou a ele adiram após a respectiva entrada em vigor, o presente Protocolo entrará em vigor um mês após a data de depósito do respectivo instrumento de ratificação ou de adesão.

### Artigo 15.º

---

1. Qualquer Estado Parte poderá denunciar o presente Protocolo a todo o tempo, por notificação escrita dirigida ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, que deverá então informar os outros Estados Partes na Convenção e todos os Estados que tenham assinado a Convenção. A denúncia produzirá efeitos um ano após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.
2. Tal denúncia não exonerará o Estado Parte das suas obrigações em virtude do Protocolo relativamente a qualquer infracção que ocorra antes da data em que a denúncia comece a produzir efeitos. A denúncia não obstará de forma alguma a que o Comité prossiga a apreciação de qualquer matéria iniciada antes dessa data.

### Artigo 16.º

---

1. Todo o Estado Parte poderá propor alterações, depositando a proposta junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas. O Secretário-Geral transmite, em seguida, a proposta aos Estados Partes, solicitando que lhe

seja comunicado se são favoráveis à convocação de uma conferência dos Estados Partes para apreciação e votação da proposta. Se, nos quatro meses subsequentes a essa comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se declarar a favor da realização da referida conferência, o Secretário-Geral convocá-la-á sob os auspícios da Organização das Nações Unidas. As alterações adoptadas pela maioria dos Estados Partes presentes e votantes na conferência serão submetidas à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas para aprovação.

2. As alterações adoptadas nos termos do disposto no número anterior entrarão em vigor quando aprovadas pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas e aceites por uma maioria de dois terços dos Estados Partes.
3. Logo que as alterações entrem em vigor, terão força vinculativa para os Estados Partes que as tenham aceite, ficando os restantes Estados Partes vinculados pelas disposições do presente Protocolo e por todas as alterações anteriores que tenham aceite.

### Artigo 17.º

---

1. O presente Protocolo, cujos textos em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo fazem igualmente fé, ficará depositado nos arquivos da Organização das Nações Unidas.
2. O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas enviará cópias autenticadas do presente Protocolo a todos os Estados Partes na Convenção e a todos os Estados que a tenham assinado.



## Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à participação de crianças em conflitos armados

Adoptada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 25 de Maio de 2000 e ratificado por Portugal em 28 de Março de 2003

*No momento da assinatura, Portugal proferiu a seguinte declaração:*

*Relativamente ao artigo 2.º do Protocolo, a República Portuguesa, considerando que teria preferido que o Protocolo excluísse a incorporação de todas as pessoas menores de 18 anos - quer tal incorporação fosse ou não voluntária, declara que irá aplicar a sua legislação interna, a qual proíbe a incorporação voluntária de pessoas menores de 18 anos e depositará uma declaração vinculativa, em conformidade com o n.º 2 do artigo 3.º do Protocolo, estabelecendo os 18 anos como idade mínima para a incorporação voluntária em Portugal.*

---

Os Estados Partes no presente Protocolo:

*Encorajados* pelo apoio esmagador à Convenção sobre os Direitos da Criança, o qual demonstra a existência de um empenho generalizado na promoção e protecção dos direitos da criança;

*Reafirmando* que os direitos da criança requerem uma protecção especial e apelando à melhoria contínua da situação das crianças, sem distinção, bem como ao seu desenvolvimento e educação em condições de paz e segurança;

*Preocupados* com o impacte negativo e alargado dos conflitos armados nas crianças e com as suas repercussões a longo prazo em matéria de manutenção da paz, segurança e desenvolvimento duradouros;

*Condenando* o facto de em conflitos armados as crianças serem convertidas em alvo, bem como os ataques directos contra bens protegidos pelo direito internacional, incluindo locais que contam geralmente com a presença significativa de crianças, tais como escolas e hospitais;

*Tomando* nota da adopção do Estatuto de Roma do Tribunal Penal Internacional em particular da inclusão no mesmo, entre os crimes de guerra cometidos em

conflitos armados, de índole internacional ou não internacional, do recrutamento e do alistamento de menores de 15 anos nas forças armadas nacionais ou a sua utilização para participar activamente nas hostilidades;

*Considerando*, por conseguinte, que, para um continuado reforço da aplicação dos direitos reconhecidos na Convenção sobre os Direitos da Criança, é necessário reforçar a protecção das crianças contra qualquer participação em conflitos armados;

*Notando* que o artigo 1.º da Convenção sobre os Direitos da Criança especifica que, para os fins da Convenção, criança é todo o ser humano menor de 18 anos, salvo se, nos termos da lei que lhe for aplicável, atingir a maioridade mais cedo;

*Convictos* de que a adopção de um protocolo facultativo à Convenção destinado a elevar a idade mínima para o recrutamento de pessoas nas forças armadas e para a sua participação nas hostilidades contribuirá de forma efectiva para a aplicação do princípio segundo o qual em todas as decisões relativas a crianças se terá primacialmente em conta o interesse superior da criança;

*Notando* que a 26.ª Conferência Internacional da Cruz Vermelha e do Crescente Vermelho realizada em Dezembro 1995 recomendou, designadamente, que as Partes num conflito adoptem todas as medidas possíveis para evitar que as crianças com menos de 18 anos participem em hostilidades;

*Congratulando-se* com a adopção, por unanimidade, em Junho de 1999, da Convenção n.º 182 da Organização Internacional do Trabalho sobre a Proibição e Acção Imediata para a Eliminação das Piores Formas de Trabalho Infantil, que proíbe, designadamente, o recrutamento forçado ou obrigatório de crianças com vista à sua utilização em conflitos armados;

*Condenando* com profunda preocupação o recrutamento, treino e utilização de crianças em hostilidades, dentro e fora das fronteiras nacionais, por grupos armados distintos das forças armadas de um Estado, e reconhecendo a responsabilidade daqueles que recrutam, treinam e utilizam crianças desta forma;

*Relembrando* a obrigação de cada parte num conflito armado de respeitar as disposições do direito internacional humanitário;

*Salientando* que o presente Protocolo não prejudica os fins e princípios consignados na Carta das Nações Unidas, nomeadamente o artigo 51.º, e as normas relevantes de direito humanitário;

*Tendo presente* que as condições de paz e segurança, assentes no pleno respeito pelos fins e princípios consignados na Carta e o respeito pelos instrumentos de direitos humanos aplicáveis, são indispensáveis para a plena protecção das crianças, em particular durante conflitos armados e em situações de ocupação estrangeira;

*Reconhecendo* as necessidades especiais daquelas crianças que, em função da sua situação económica e social ou do seu sexo, estão especialmente expostas ao recrutamento ou utilização em hostilidades, com violação do presente Protocolo;

*Conscientes* da necessidade de serem tidas em conta as causas económicas, sociais e políticas que motivam a participação de crianças em conflitos armados;

*Convictos* da necessidade de fortalecer a cooperação internacional para assegurar a aplicação do presente Protocolo, bem como as actividades de recuperação física e psicossocial e de reinserção social de crianças vítimas de conflitos armados;

*Encorajando* a participação da comunidade e, em particular, das crianças e das crianças vítimas na divulgação de programas informativos e educativos relativos à aplicação do Protocolo;

*Acordaram no seguinte:*

---

### Artigo 1.º

---

Os Estados Partes devem adoptar todas as medidas possíveis para garantir que os membros das suas forças armadas menores de 18 anos não participem directamente nas hostilidades.

### Artigo 2.º

---

Os Estados Partes devem garantir que os menores de 18 anos não sejam compulsivamente incorporados nas respectivas forças armadas.

### Artigo 3.º

---

1. Os Estados Partes devem elevar a idade mínima de recrutamento voluntário nas forças armadas nacionais para uma idade superior à que se encontra referida no n.º 3 do artigo 38.º da Convenção sobre os Direitos da Criança, tendo em conta os princípios contidos naquele artigo e reconhecendo que, nos termos da Convenção, os menores de 18 anos têm direito a protecção especial.
2. Cada Estado Parte deve depositar uma declaração vinculativa no momento da ratificação ou adesão ao presente Protocolo indicando a idade mínima a partir da qual autoriza o recrutamento voluntário nas suas forças armadas e descrevendo as garantias adoptadas para garantir que esse recrutamento não se realiza através da força ou da coacção.
3. Os Estados Partes que permitam o recrutamento voluntário nas suas forças armadas de menores de 18 anos devem assegurar no mínimo que:
  - a) Esse recrutamento é inequivocamente voluntário;
  - b) Esse recrutamento é realizado com o consentimento esclarecido dos pais ou representantes legais do interessado;
  - c) Esses menores estão plenamente informados dos deveres que decorrem do serviço militar;
  - d) Esses menores apresentam prova fiável da sua idade antes de serem aceites no serviço militar nacional.
4. Cada Estado Parte poderá, a todo o momento, reforçar a sua declaração, através de uma notificação para tal efeito dirigida ao Secretário-Geral da Organização

das Nações Unidas, o qual informará todos os Estados Partes. Essa notificação produzirá efeitos a partir da data em que for recebida pelo Secretário-Geral.

5. A obrigação de elevar a idade referida no n.º 1 do presente artigo não é aplicável aos estabelecimentos de ensino sob administração ou controlo das forças armadas dos Estados Partes, em conformidade com os artigos 28.º e 29.º da Convenção sobre os Direitos da Criança.

#### Artigo 4.º

---

1. Os grupos armados distintos das forças armadas de um Estado não devem, em circunstância alguma, recrutar ou utilizar menores de 18 anos em hostilidades.
2. Os Estados Partes adoptam todas as medidas possíveis para evitar o recrutamento e utilização referidos no número anterior, designadamente através da adopção de medidas de natureza jurídica necessárias para proibir e penalizar essas práticas.
3. A aplicação do disposto no presente artigo não afecta o estatuto jurídico de nenhuma das partes num conflito armado.

#### Artigo 5.º

---

Nenhuma disposição do presente Protocolo será interpretada como impedindo a aplicação de disposições da legislação de um Estado Parte, de instrumentos internacionais ou do direito internacional humanitário mais favoráveis à realização dos direitos da criança.

#### Artigo 6.º

---

1. Cada Estado Parte adoptará todas as medidas jurídicas, administrativas e outras para assegurar a aplicação e o cumprimento efectivos das disposições do presente Protocolo.
2. Os Estados Partes comprometem-se a divulgar e promover amplamente, através dos meios adequados, os princípios e disposições do presente Protocolo, tanto junto de adultos como de crianças.
3. Os Estados Partes adoptarão todas as medidas possíveis para que as pessoas que se encontrem sob a sua jurisdição e tenham sido recrutadas ou utilizadas

---

em hostilidades de forma contrária ao presente Protocolo sejam desmobilizadas ou de outra forma libertadas das obrigações militares. Os Estados Partes devem, quando necessário, conceder a essas pessoas toda a assistência adequada à sua recuperação física e psicossocial e à sua reinserção social.

### Artigo 7.º

---

1. Os Estados Partes devem cooperar na aplicação do presente Protocolo, incluindo na prevenção de qualquer actividade contrária ao mesmo, e na reabilitação e reinserção social das pessoas vítimas de actos contrários ao presente Protocolo, nomeadamente através de cooperação técnica e assistência financeira. Tal assistência e cooperação deverão ser empreendidas em consulta com os Estados Partes interessados e com as organizações internacionais pertinentes.
2. Os Estados Partes em posição de o fazer devem prestar assistência através de programas de natureza multilateral, bilateral ou outros já existentes ou, entre outros, através de um fundo voluntário criado de acordo com as regras da Assembleia Geral.

### Artigo 8.º

---

1. Cada Estado Parte deverá apresentar ao Comité dos Direitos da Criança, nos dois anos subsequentes à data da entrada em vigor do Protocolo para o Estado Parte em causa, um relatório, contendo informação detalhada sobre as medidas por si adoptadas para tornar efectivas as disposições do Protocolo, incluindo as medidas adoptadas para aplicar as disposições sobre participação e recrutamento.
2. Após a apresentação do relatório detalhado, cada Estado Parte deverá incluir nos relatórios que apresentar ao Comité dos Direitos da Criança, em conformidade com o artigo 44.º da Convenção, quaisquer informações adicionais relativas à aplicação do Protocolo. Os outros Estados Partes no Protocolo deverão apresentar um relatório de cinco em cinco anos.
3. O Comité dos Direitos da Criança pode solicitar aos Estados Partes informações complementares relevantes para a aplicação do presente Protocolo.

### Artigo 9.º

---

1. O presente Protocolo está aberto à assinatura de todos os Estados que sejam Partes na Convenção ou a tenham assinado.
2. O presente Protocolo está sujeito a ratificação e aberto à adesão de todos os Estados que sejam Partes na Convenção ou a tenham assinado. Os instrumentos de ratificação ou de adesão serão depositados junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.
3. O Secretário-Geral, na sua qualidade de depositário da Convenção e do Protocolo, informará todos os Estados Partes na Convenção e todos os Estados que a tenham assinado de cada uma das declarações depositadas nos termos do artigo 3.º.

### Artigo 10.º

---

1. O presente Protocolo entrará em vigor três meses após o depósito do 10.º instrumento de ratificação ou de adesão.
2. Para cada um dos Estados que ratifiquem o presente Protocolo ou a ele adiram após a sua entrada em vigor, o presente Protocolo entrará em vigor um mês após a data de depósito do respectivo instrumento de ratificação ou de adesão.

### Artigo 11.º

---

1. Todo o Estado Parte poderá denunciar o presente Protocolo a todo o tempo por notificação escrita dirigida ao Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas, que deverá então informar os outros Estados Partes na Convenção e todos os Estados que a tenham assinado. A denúncia produzirá efeitos um ano após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas.
2. Tal denúncia não exonerará o Estado Parte das suas obrigações em virtude do Protocolo relativamente a qualquer infracção que ocorra antes da data em que a denúncia comece a produzir efeitos. A denúncia não obstará de forma alguma que o Comité prossiga a apreciação de qualquer matéria iniciada antes dessa data.

---

## Artigo 12.º

---

1. Todo o Estado Parte poderá propor alterações, depositando a proposta junto do Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas. O Secretário-Geral transmite, em seguida, a proposta aos Estados Partes, solicitando que lhe seja comunicado se são favoráveis à convocação de uma conferência de Estados Partes para apreciação e votação da proposta. Se, nos quatro meses subsequentes a essa comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se declarar a favor da realização da referida conferência, o Secretário-Geral convocá-la-á sob os auspícios da Organização das Nações Unidas. As alterações adoptadas pela maioria dos Estados Partes presentes e votantes na conferência serão submetidas à Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas para aprovação.
2. As alterações adoptadas nos termos do disposto no número anterior entrarão em vigor quando aprovadas pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas e aceites por uma maioria de dois terços dos Estados Partes.
3. Logo que as alterações entrem em vigor, terão força vinculativa para os Estados Partes que as tenham aceite, ficando os restantes Estados Partes vinculados pelas disposições do presente Protocolo e por todas as alterações anteriores que tenham aceite.

---

## Artigo 13.º

---

1. O presente Protocolo, cujos textos em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo fazem igualmente fé, ficará depositado nos arquivos da Organização das Nações Unidas.
2. O Secretário-Geral da Organização das Nações Unidas enviará cópias autenticadas do presente Protocolo a todos os Estados Partes na Convenção e a todos os Estados que a tenham assinado.

## Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos da Criança relativo à Instituição de um Procedimento de Comunicação

Aprovado pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 19 de Dezembro de 2011 e ratificado por Portugal em 9 de Setembro de 2013

---

Os Estados Partes no presente Protocolo:

*Considerando* que, em conformidade com os princípios proclamados na Carta das Nações Unidas, o reconhecimento da dignidade inerente a todos os membros da família humana, bem como dos seus direitos iguais e inalienáveis, constitui o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo;

*Notando* que os Estados Partes na Convenção sobre os Direitos da Criança (doravante designada como «a Convenção») reconhecem a cada criança sob a sua jurisdição os direitos nela previstos, sem discriminação alguma, independentemente da raça, da cor, do sexo, da língua, da religião, da opinião política ou outra, da origem nacional, étnica ou social, da fortuna, da incapacidade, do nascimento ou de qualquer outra situação da criança, dos seus pais ou do seu tutor legal;

*Reafirmando* a universalidade, indivisibilidade, interdependência e inter-relação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;

*Reafirmando* igualmente o estatuto da criança enquanto sujeito de direitos e ser humano com dignidade e capacidades evolutivas;

*Reconhecendo* que o estatuto especial e a situação de dependência da criança podem criar-lhe dificuldades reais na prossecução das vias de recurso em caso de violação dos seus direitos;

*Considerando* que o presente Protocolo irá reforçar e complementar os mecanismos nacionais e regionais que permitem às crianças apresentar queixas por violação dos seus direitos;

*Reconhecendo* que na prossecução das vias de recurso em caso de violação dos direitos da criança o respeito pelo superior interesse da criança deveria ser a

principal consideração e que no quadro dessas vias de recurso dever-se-ia ter em conta a necessidade de haver a todos os níveis procedimentos adaptados à criança;

*Encorajando* os Estados Partes a desenvolverem mecanismos nacionais adequados que permitam à criança, cujos direitos tenham sido violados, aceder a vias de recurso internas eficazes;

*Relembrando* o papel importante que as instituições nacionais de direitos humanos e outras instituições especializadas competentes, encarregadas de promover e proteger os direitos da criança, podem desempenhar a este respeito;

*Considerando* que a fim de reforçar e complementar esses mecanismos nacionais e de melhorar ainda mais a aplicação da Convenção e, se for caso disso, do Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil e do Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados, conviria permitir que o Comité dos Direitos da Criança (doravante designado como «o Comité») desempenhasse as funções previstas no presente Protocolo;

*Acordam no seguinte:*

## Parte I - Disposições gerais

### Artigo 1.º

---

#### Competência do Comitê dos Direitos da Criança

1. Um Estado Parte no presente Protocolo reconhece a competência do Comitê, tal como prevista no presente Protocolo.
2. O Comitê não exercerá a sua competência em relação a um Estado Parte no presente Protocolo em questões respeitantes à violação de direitos estabelecidos num instrumento no qual esse Estado não seja parte.
3. O Comitê não receberá nenhuma comunicação respeitante a um Estado Parte que não seja parte no presente Protocolo.

### Artigo 2.º

---

#### Princípios gerais orientadores do exercício das funções do Comitê

No exercício das funções que lhe são conferidas pelo presente Protocolo, o Comitê deve guiar-se pelo princípio do interesse superior da criança. Deve também ter em consideração os direitos e as opiniões da criança, atribuindo a essas opiniões o devido peso, em função da idade e do grau de maturidade da criança.

### Artigo 3.º

---

#### Regulamento interno

1. O Comitê adotará um regulamento interno para aplicar no exercício das funções que lhe são conferidas pelo presente Protocolo. Ao fazê-lo, terá especialmente em conta o artigo 2.º do presente Protocolo, a fim de garantir que os procedimentos são adaptados à criança.
2. O Comitê incluirá no seu regulamento interno mecanismos de salvaguarda para impedir que a criança seja manipulada por aqueles que agem em seu nome, podendo recusar-se a analisar qualquer comunicação que considere não ser no interesse superior da criança.

---

## Artigo 4.º

---

### Medidas de proteção

1. Um Estado Parte adoptará todas as medidas adequadas para garantir que os indivíduos sob a sua jurisdição não sejam objecto de nenhuma violação dos direitos humanos, de maus-tratos ou intimidação por terem comunicado ou cooperado com o Comité ao abrigo do presente Protocolo.
2. A identidade de qualquer indivíduo ou grupo de indivíduos em causa não será publicamente revelada sem o seu consentimento expresse.

## Parte II - Procedimento de comunicação

---

## Artigo 5.º

---

### Comunicações individuais

1. As comunicações podem ser apresentadas por ou em nome de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos, sob a jurisdição de um Estado Parte, que afirmem ser vítimas de uma violação, por esse Estado Parte, de qualquer um dos direitos estabelecidos em qualquer um dos seguintes instrumentos nos quais o Estado seja parte:
  - a) A Convenção;
  - b) O Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil;
  - c) O Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados.
2. Quando uma comunicação é apresentada em nome de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos, é necessário o seu consentimento, a menos que o autor possa justificar o facto de estar a agir em seu nome sem o referido consentimento.

## Artigo 6.º

---

### Medidas provisórias

1. Em qualquer momento após a recepção de uma comunicação e antes de se pronunciar sobre o mérito, o Comité pode solicitar ao Estado Parte em causa a apreciação urgente de um pedido que lhe dirigiu para que adopte as medidas provisórias consideradas necessárias, em circunstâncias excepcionais, a fim de evitar eventuais danos irreparáveis à ou às vítimas das alegadas violações.
2. O exercício, pelo Comité, da faculdade prevista no n.º 1 do presente artigo não implica uma decisão sobre a admissibilidade ou o mérito da comunicação.

## Artigo 7.º

---

### Admissibilidade

O Comité considerará não admissível a comunicação que:

- a) Seja anónima;
- b) Não seja apresentada por escrito;
- c) Constitua um abuso do direito de apresentar essas comunicações ou seja incompatível com o disposto na Convenção e ou nos Protocolos Facultativos à mesma;
- d) Incida sobre uma questão que já tenha sido analisada pelo Comité ou tenha sido ou esteja a ser analisada no quadro de outro processo internacional de investigação ou regulação;
- e) Seja apresentada sem se terem esgotado todas as vias de recurso internas disponíveis. Esta regra não se aplicará, se o processo relativo a esses recursos se prolongar injustificadamente ou se for pouco provável que ele conduza a uma reparação eficaz;
- f) Seja manifestamente infundada ou não esteja suficientemente fundamentada;
- g) Se refira a factos que são objecto da mesma e tenham ocorrido antes da entrada em vigor do presente Protocolo para o Estado Parte em causa, a menos que os factos perdurem após essa data;

- h) Não seja apresentada no prazo de um ano após se terem esgotado as vias internas de recurso, salvo nos casos em que o autor consiga demonstrar que não foi possível apresentar a comunicação nesse prazo.

## Artigo 8.º

---

### Transmissão da comunicação

1. A menos que considere uma comunicação inadmissível sem a remeter ao Estado Parte em causa, o Comité, de forma confidencial e o mais rapidamente possível, levará ao conhecimento do Estado Parte em causa qualquer comunicação que lhe seja apresentada ao abrigo do presente Protocolo.
2. O Estado Parte apresentará ao Comité por escrito explicações ou declarações que esclareçam a questão, indicando, se for caso disso, as medidas correctivas adoptadas. O Estado Parte apresentará a sua resposta logo possível, no prazo de seis meses.

## Artigo 9.º

---

### Resolução amigável

1. O Comité disponibilizará os seus bons ofícios às partes em causa tendo em vista uma resolução amigável da questão com base no respeito pelas obrigações definidas na Convenção e ou nos Protocolos Facultativos à mesma.
2. Um acordo de resolução amigável concluído sob os auspícios do Comité põe termo à análise da comunicação apresentada ao abrigo do presente Protocolo.

## Artigo 10.º

---

### Análise das comunicações

1. O Comité analisará o mais rapidamente possível as comunicações recebidas ao abrigo do presente Protocolo, à luz de toda a documentação que lhe tenha sido apresentada, desde que essa documentação seja transmitida às partes em causa.
2. O Comité reúne-se à porta fechada para analisar as comunicações recebidas ao abrigo do presente Protocolo.

3. Nos casos em que o Comité tenha solicitado medidas provisórias, deve acelerar a análise da comunicação.
4. Ao analisar comunicações que dão conta de violações de direitos económicos, sociais ou culturais, o Comité avaliará a razoabilidade das medidas adoptadas pelo Estado Parte em conformidade com o artigo 4.º da Convenção. Ao fazê-lo, o Comité deve ter presente que o Estado Parte pode adoptar uma série de medidas de política sectorial possíveis para executar os direitos económicos, sociais e culturais previstos na Convenção.
5. Depois de analisar uma comunicação, o Comité, sem demora, transmitirá às partes em causa os seus pareceres sobre a comunicação, acompanhados, se for caso disso, das suas recomendações.

## Artigo 11.º

---

### Acompanhamento

1. O Estado Parte terá devidamente em conta os pareceres do Comité, bem como as suas recomendações, se for caso disso, e apresentará ao Comité uma resposta escrita, contendo informação sobre quaisquer medidas adoptadas e previstas à luz dos pareceres e recomendações do Comité. O Estado Parte apresentará a sua resposta logo que possível, no prazo de seis meses.
2. O Comité pode convidar o Estado Parte a apresentar mais informação sobre quaisquer medidas que tenha adoptado em resposta aos seus pareceres ou recomendações ou em cumprimento de um acordo de resolução amigável, se este existir, incluindo-a se o Comité o considerar adequado, nos relatórios subsequentes que o Estado Parte apresentar ao abrigo do artigo 44.º da Convenção, do artigo 12.º do Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil ou do artigo 8.º do Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados, consoante o caso.

## Artigo 12.º

---

### Comunicações entre Estados

1. Um Estado Parte no presente Protocolo pode, em qualquer momento, declarar que reconhece a competência do Comité para receber e analisar comunicações

nas quais um Estado Parte afirme que outro Estado Parte não está a cumprir as suas obrigações decorrentes de qualquer um dos seguintes instrumentos nos quais o Estado seja parte:

- a) A Convenção;
  - b) O Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil;
  - c) O Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados.
2. O Comité não receberá comunicações relativas a um Estado Parte que não tenha feito uma tal declaração, nem comunicações de um Estado Parte que não tenha feito uma tal declaração.
  3. O Comité disponibilizará os seus bons ofícios aos Estados Parte em causa tendo em vista uma resolução amigável da questão com base no respeito pelas obrigações definidas na Convenção e nos Protocolos Facultativos à mesma.
  4. Os Estados Partes depositarão uma declaração feita nos termos do n.º 1 do presente artigo junto do Secretário-Geral das Nações Unidas, o qual transmitirá cópia da mesma aos outros Estados Partes. Uma declaração pode ser retirada a qualquer momento mediante notificação dirigida ao Secretário-Geral. Tal retirada não prejudica a análise de qualquer questão que seja objecto de uma comunicação já transmitida ao abrigo do presente artigo; nenhuma outra comunicação de um Estado Parte será recebida ao abrigo do presente artigo após a recepção da notificação de retirada da declaração pelo Secretário-Geral, a menos que o Estado Parte em causa tenha feito uma nova declaração.

## Parte III - Procedimento de inquérito

### Artigo 13.º

#### Procedimento de inquérito para violações graves ou sistemáticas

1. Se o Comité receber informação fidedigna da existência de violações graves ou sistemáticas, por um Estado Parte, dos direitos estabelecidos na Convenção, no

Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil ou no Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados, o Comitê convidará o Estado Parte a cooperar na análise da informação e, para este fim, a apresentar sem demora observações sobre a informação em causa.

2. Tendo em conta quaisquer observações que possam ter sido apresentadas pelo Estado Parte em causa, bem como qualquer outra informação fidedigna de que ele disponha, o Comitê pode designar um ou mais dos seus membros para conduzir um inquérito e informar urgentemente o Comitê. Caso se justifique e com o consentimento do Estado Parte, o inquérito pode incluir uma visita ao seu território.
3. Um tal inquérito será conduzido de forma confidencial, devendo-se procurar a cooperação do Estado Parte em todas as fases do procedimento.
4. Após a análise das conclusões de um tal inquérito, o Comitê transmitirá sem demora ao Estado Parte em causa essas conclusões, juntamente com quaisquer comentários e recomendações.
5. No mais breve prazo e, o mais tardar, seis meses após a recepção das conclusões, dos comentários e das recomendações transmitidos pelo Comitê, o Estado Parte em causa apresentará as suas observações ao Comitê.
6. Após a conclusão do procedimento relativo a um inquérito realizado nos termos do n.º 2 do presente artigo, o Comitê pode, após consulta com o Estado Parte em causa, decidir incluir um breve resumo dos resultados do procedimento no seu relatório previsto no artigo 16.º do presente Protocolo.
7. Cada Estado Parte pode, no momento da assinatura ou ratificação do presente Protocolo ou adesão ao mesmo, declarar que não reconhece a competência do Comitê prevista no presente artigo em relação aos direitos estabelecidos em todos ou alguns dos instrumentos enumerados no n.º 1.
8. Qualquer Estado Parte que tenha feito uma declaração em conformidade com o n.º 7 do presente artigo pode, em qualquer momento, retirar essa declaração mediante notificação dirigida ao Secretário-Geral das Nações Unidas.

## Artigo 14.º

---

### Acompanhamento do procedimento de inquérito

1. Findo o período de seis meses referido no n.º 5 do artigo 13.º, o Comité pode, se necessário, convidar o Estado Parte em causa, a informá-lo sobre as medidas adoptadas e previstas em resposta a um inquérito realizado nos termos do artigo 13.º do presente Protocolo.
2. O Comité pode convidar o Estado Parte a apresentar mais informação sobre quaisquer medidas que tenha adoptado em resposta a um inquérito realizado nos termos do artigo 13.º, incluindo se o Comité o considerar adequado, nos relatórios subsequentes do Estado Parte ao abrigo do artigo 44.º da Convenção, do artigo 12.º do Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Venda de Crianças, Prostituição Infantil e Pornografia Infantil ou do artigo 8.º do Protocolo Facultativo à Convenção Relativo à Participação de Crianças em Conflitos Armados, consoante o caso.

## Parte IV - Disposições finais

## Artigo 15.º

---

### Assistência e cooperação internacionais

1. O Comité pode, com o consentimento do Estado Parte em causa, transmitir às agências especializadas, aos fundos e programas das Nações Unidas e a outros organismos competentes, os seus pareceres ou recomendações sobre comunicações e inquéritos que indiquem uma necessidade de aconselhamento ou assistência técnicos, acompanhados, se for caso disso, dos comentários e sugestões do Estado Parte sobre esses pareceres ou recomendações.
2. O Comité pode também levar ao conhecimento desses organismos, com o consentimento do Estado Parte em causa, qualquer questão resultante das comunicações analisadas ao abrigo do presente Protocolo que os possa ajudar a decidir, cada um no âmbito da sua competência, sobre a conveniência da adopção de medidas internacionais susceptíveis de ajudarem os Estados Partes a progredirem no sentido de concretizarem os direitos reconhecidos na Convenção e ou nos seus Protocolos Facultativos.

## Artigo 16.º

---

### Relatório à Assembleia Geral

O Comité incluirá no seu relatório apresentado de dois em dois anos à Assembleia-Geral, em conformidade com o n.º 5 do artigo 44.º da Convenção, um resumo das suas actividades empreendidas nos termos do presente Protocolo.

## Artigo 17.º

---

### Divulgação e informação sobre o Protocolo Facultativo

Cada Estado Parte compromete-se a tornar amplamente conhecido e a difundir o presente Protocolo, bem como a facilitar o acesso tanto de adultos como de crianças, incluindo aqueles com deficiência, à informação sobre os pareceres e recomendações do Comité, em particular sobre questões que digam respeito a esse Estado Parte, por meios adequados e activos e em formatos acessíveis.

## Artigo 18.º

---

### Assinatura, ratificação e adesão

1. O presente Protocolo está aberto à assinatura de qualquer Estado que tenha assinado, ratificado ou aderido à Convenção ou a qualquer um dos seus dois primeiros Protocolos Facultativos.
2. O presente Protocolo está sujeito a ratificação por qualquer Estado que tenha ratificado ou aderido à Convenção ou a qualquer um dos seus dois primeiros Protocolos Facultativos. Os instrumentos de ratificação serão depositados junto do Secretário-Geral das Nações Unidas.
3. O presente Protocolo está aberto à adesão de qualquer Estado que tenha ratificado ou aderido à Convenção ou a qualquer um dos seus dois primeiros Protocolos Facultativos.
4. A adesão será feita mediante o depósito de um instrumento de adesão junto do Secretário-Geral.

---

## Artigo 19.º

---

### Entrada em vigor

1. O presente Protocolo entra em vigor três meses após o depósito do 10.º instrumento de ratificação ou de adesão.
2. Para cada Estado que ratifique o presente Protocolo ou a ele adira após o depósito do 10.º instrumento de ratificação ou de adesão, o presente Protocolo entra em vigor três meses após a data do depósito do seu próprio instrumento de ratificação ou de adesão.

---

## Artigo 20.º

---

### Violações após a entrada em vigor

1. O Comité só terá competência relativamente às violações de qualquer um dos direitos previstos na Convenção e ou nos dois primeiros Protocolos Facultativos à mesma, cometidas pelo Estado Parte após a entrada em vigor do presente Protocolo.
2. Se um Estado se tornar parte no presente Protocolo após a sua entrada em vigor, as obrigações desse Estado para com o Comité apenas dirão respeito às violações dos direitos previstos na Convenção e ou nos dois primeiros Protocolos Facultativos à mesma, que ocorram após a entrada em vigor do presente Protocolo para o Estado em causa.

---

## Artigo 21.º

---

### Emendas

1. Qualquer Estado Parte pode propor uma emenda ao presente Protocolo e apresentá-la ao Secretário-Geral das Nações Unidas. O Secretário-Geral comunicará quaisquer emendas propostas aos Estados Partes, pedindo-lhes que o notifiquem sobre se concordam com a convocação de uma reunião de Estados Partes para discussão e apreciação das propostas. Se no prazo de quatro meses a partir da data desta comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se pronunciar a favor da convocação de uma tal reunião, o Secretário-Geral convocá-la-á sob os auspícios das Nações Unidas. Qualquer emenda adoptada por uma maioria de dois terços dos Estados Partes presentes e votantes

será submetida pelo Secretário-Geral à Assembleia-Geral para aprovação e, posteriormente, a todos os Estados Partes para aceitação.

2. Uma emenda, adoptada e aprovada em conformidade com o n.º 1 do presente artigo, entra em vigor no 30.º dia após a data em que o número de instrumentos de aceitação depositados perfizer dois terços do número de Estados Partes à data em que a mesma é adoptada. Posteriormente, a emenda entra em vigor para qualquer Estado Parte no 30.º dia seguinte ao depósito do respectivo instrumento de aceitação. Uma emenda apenas vincula os Estados Partes que a aceitaram.

## Artigo 22.º

---

### Denúncia

1. Qualquer Estado Parte pode, a qualquer momento, denunciar o presente Protocolo mediante notificação escrita dirigida ao Secretário-Geral das Nações Unidas. A denúncia produz efeitos um ano após a data de recepção da notificação pelo Secretário-Geral.
2. A denúncia não impede que se continue a aplicar as disposições do presente Protocolo a qualquer comunicação apresentada nos termos dos artigos 5.º ou 12.º ou a qualquer inquérito instaurado ao abrigo do artigo 13.º antes da data de produção de efeitos da denúncia.

## Artigo 23.º

---

### Depositário e notificação pelo Secretário-Geral

1. O Secretário-Geral das Nações Unidas é o depositário do presente Protocolo.
2. O Secretário-Geral informará todos os Estados:
  - a) Das assinaturas e ratificações do presente Protocolo, bem como das adesões ao mesmo;
  - b) Da data de entrada em vigor do presente Protocolo e de qualquer emenda ao mesmo nos termos do artigo 21.º;
  - c) De qualquer denúncia nos termos do artigo 22.º do presente Protocolo.

## Artigo 24.º

---

### Línguas

1. O presente Protocolo, cujos textos em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo fazem igualmente fé, será depositado nos arquivos das Nações Unidas.
2. O Secretário-Geral das Nações Unidas transmitirá cópia autenticada do presente Protocolo a todos os Estados.



---

para todas as crianças



[www.unicef.pt](http://www.unicef.pt)  
[info@unicef.pt](mailto:info@unicef.pt)

**unicef**   

---

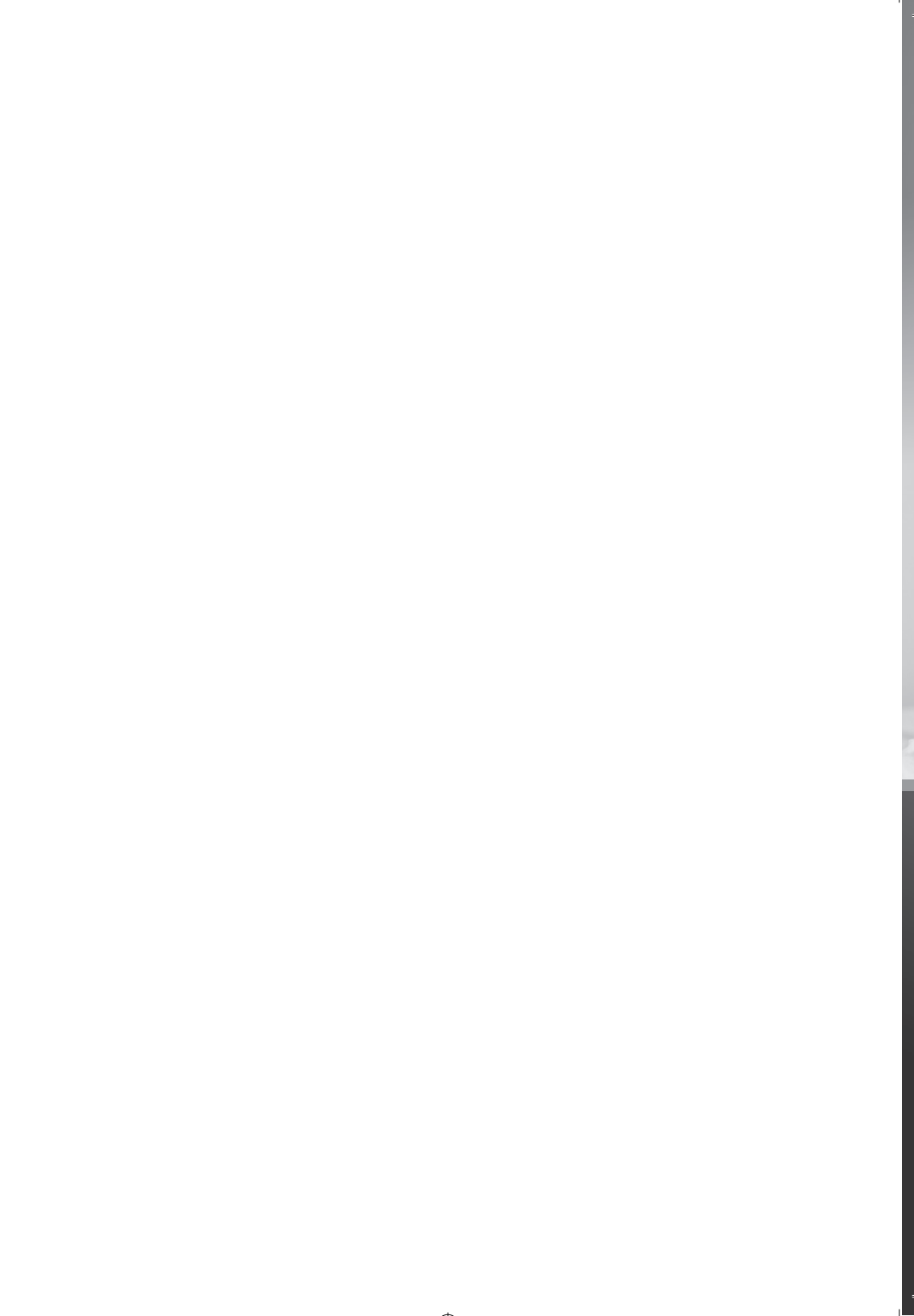
**para todas as crianças**



# ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Cadernos OE | Série 1 | Número 8





# ADAPTAÇÃO À PARENTALIDADE DURANTE A HOSPITALIZAÇÃO

GUIA ORIENTADOR DE BOA PRÁTICA

Cadernos OE | Série 1 | Número 8

## FICHA TÉCNICA

Título: Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização

Trabalho desenvolvido por iniciativa da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) da Ordem dos Enfermeiros

Redatores – Enfermeiros:

José Carlos Nelas – HPC/CHC, EPE (Coordenador)

Elisa da Conceição de Oliveira Teles Dias de Melo – HPC/CHC, EPE

Gina Maria Rodrigues dos Reis – HPC/CHC, EPE

Jorge Manuel Amado Apóstolo – Professor Coordenador na ESEnFC

Laura Maria Flores Mota de Carvalho – HPC/CHC, EPE

Liliana Dinis Silva – M.D.M – HUC, EPE

Peritos – Enfermeiros:

José Carlos Nelas

Maria Amélia Monteiro

Maria Arminda Monteiro

Edição: Ordem dos Enfermeiros – dezembro 2015

Revisão: Dr.ª Adelaide Oliveira

Grafismo e Paginação: Academia do Design

Impressão: Tipografia Tadinense, Artes Gráficas

Depósito Legal:

ISBN: 978-989-8444-26-4

Esta é uma e-publicação.

# ÍNDICE

Mensagem do Sr. Bastonário da Ordem dos Enfermeiros .....	07
Prefácio .....	09
Preâmbulo .....	11
INTRODUÇÃO .....	13
1 - FUNDAMENTAÇÃO .....	16
2 - PRINCÍPIOS GERAIS .....	19
2.1 – À procura das respostas da Enfermagem .....	21
2.2 – Pré-requisitos .....	21
3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS.....	22
3.1 – Adaptação à parentalidade .....	23
3.2 – Informação .....	24
3.3 – Conhecimento .....	25
3.4 – Aprendizagem .....	27
4 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO .....	29
REF. BIBLIOGRÁFICA .....	31
ANEXO: FICHA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR.....	36



Sabemos que a doença é um fator desfavorável ao desenvolvimento da criança e que, pelo contrário, a família determina positivamente o estado emocional da mesma. Do ponto de vista da criança internada é importante ter o pai, a mãe ou ambos ao seu lado, sobretudo em ambientes que desconhece e que lhe infligem ansiedade e dor, quer seja física ou mental. Por isso, para a criança é muito importante que os pais continuem a cuidar dela.

De forma a assegurar o correto desenvolvimento da criança hospitalizada, o enfermeiro tem o dever de incluir os pais nos cuidados a prestar à criança. E deve conseguir avaliar a capacidade dos progenitores se envolverem, isto é, em adaptar o exercício da sua parentalidade à nova situação familiar. Para que essa parceria de cuidados seja plenamente conseguida, pede-se aos enfermeiros a habilidade para identificar as necessidades da criança, bem como as necessidades e capacidades dos pais, preparando-os gradualmente para manterem as suas funções durante a hospitalização.

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros publica uma obra que pretende apoiar os enfermeiros na promoção da parentalidade sempre que os pais são confrontados com a hospitalização dos filhos.

Confiamos que os colegas apliquem estes saberes e que nos ajudem a partilhá-los. Dirijo ainda o meu profundo agradecimento a todos aqueles que deram um contributo indiscutível para a concretização deste Guia Orientador de Boa Prática (GOBP). Sem o esforço e dedicação dos colegas não seria possível à Ordem dos Enfermeiros disponibilizar este conhecimento.

Germano Couto

Bastonário da Ordem dos Enfermeiros



A natureza do vínculo entre a criança e o cuidador é uma importante parte da parentalidade, uma qualidade que tem mostrado ser um determinante central para a saúde, atual e futura, da criança. Tem sido afirmado que a parentalidade é provavelmente a mais importante questão de saúde pública que a nossa sociedade enfrenta. Ela é a variável mais importante, quando vista de forma isolada, implicada nas doenças e nos acidentes na infância; na gravidez na adolescência e no uso indevido de substâncias; no absentismo, no abandono e no insucesso escolar; no abuso infantil; na não empregabilidade; na criminalidade juvenil; e nos distúrbios mentais e de comportamento, para citar apenas alguns.

Winnicott lançou o termo «parentalidade suficientemente boa» para sublinhar o facto de as figuras parentais não precisarem de ser perfeitas ou ideais; uma parentalidade regular é suficiente. Também é importante notar que qualquer pessoa envolvida nos cuidados, controlo e desenvolvimento de uma criança, está envolvida no processo de parentalidade. Por exemplo, os avós, os amigos, os familiares e os vizinhos, as creches e os trabalhadores domésticos, todos podem ser vistos como figuras parentais. Ou ainda os profissionais de saúde, particularmente no acompanhamento de crianças com doença crónica e/ou longos períodos de internamento e/ou acompanhamento.

Uma «parentalidade suficientemente boa» durante os primeiros anos da infância permite a vinculação e promove o sentimento de segurança básico da criança, essencial para o posterior nível de saúde e autoestima. Falamos de 1) amor, cuidado e empenho: as crianças precisam de sentir que são amadas de forma consistente e incondicional. Em caso de hospitalização da criança é essencial tomar as medidas necessárias para garantir a presença dos pais durante os cuidados hospitalares, tanto quanto possível; da 2) definição de limites e controle consistente: o controlo está relacionado com a definição e o reforço das fronteiras para ajudar a criança nas suas relações com o mundo exterior. Os limites devem ser configurados para mostrar que comportamentos são inaceitáveis, com a adequação necessária à fase de desenvolvimento. Um controlo «bom o suficiente» requer uma fixação de limites razoáveis, que são construídos num conjunto coerente ainda que afetivo para que a criança aceite a realidade das fronteiras e as integre nas suas ações; falamos ainda da 3) facilitação do desenvolvimento: que envolve a promoção do desenvolvimento da criança para permitir que esta possa cumprir o seu pleno potencial. Isto envolve todas as áreas de funcionamento, desde o físico e intelectual até ao moral, estético e espiritual. Cuidados «bons o suficiente» envolvem o fornecimento de uma estimulação rica e variada na primeira infância seguido por um envolvimento e um suporte à criança durante os anos seguintes até que a idade adulta seja alcançada.

Atendendo à diversidade dos conteúdos abordados, bem como à missão incontornável dos enfermeiros nos processos de defesa e de promoção da parentalidade, em particular nos contextos de intervenção em saúde infantil e pediátrica, convido todos os colegas a tirarem o máximo partido do conhecimento aqui exposto e ajudarem a Ordem dos Enfermeiros na divulgação desta obra, «passando a palavra» entre colegas. Desta forma estaremos a contribuir para o desenvolvimento da profissão e a pugnar por uma parentalidade promotora de saúde, *per si*, daqueles que são o futuro da nossa comunidade: as crianças.

José Carlos Gomes

Presidente do Conselho de Enfermagem da Ordem dos Enfermeiros

## PREÂMBULO

Tornar-se pai e mãe é um dos maiores desafios que os seres humanos enfrentam pela responsabilidade que provoca, pelas mudanças que envolve e pela necessária adaptação que o nascimento de uma criança sempre provoca no seio da família.

A parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças ou impedir que o modo como se processa o desenvolvimento físico e emocional cause problemas significativos a nível social e da saúde no futuro. A comunidade espera que os pais cuidem dos seus filhos durante um período significativo das suas vidas e providenciem as oportunidades para um crescimento harmonioso e um desenvolvimento cognitivo favorável.

A adaptação à parentalidade é um processo de transição que tem riscos associados, porque a qualidade da interação e relação pais/filhos pode ser afetada ou posta em causa, sendo necessário compreender o modo como os pais experienciam a adaptação a este período de transição.

Esta vulnerabilidade resulta do facto das pessoas não saberem como agir perante uma situação que nunca experienciaram antes; perante o desconhecimento em lidar com um novo acontecimento sentem-se inseguras e incapazes de fazer face à nova situação.

A doença e a hospitalização são acontecimentos inesperados para as famílias, que causam dor e sofrimento e podem dificultar a adaptação à parentalidade. A hospitalização da criança implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam.

Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade dos enfermeiros pediátricos promover a adaptação dos pais a esta realidade. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos.

Este Guia de Orientação que a Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP) agora apresenta, destina-se a ser útil a todos os enfermeiros, cujo domínio de competências tem como finalidade promover ou adequar o exercício da parentalidade aos vários contextos, estabelecendo com os pais uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde, no sentido da melhor

adequação da gestão do regime da parentalidade.

A MCEESIP agradece aos autores o trabalho realizado de forma generosa e a todos os que contribuíram para a sua revisão e publicação.

Enf.<sup>a</sup> Amélia Monteiro

Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Os processos de transição para a **parentalidade** – ação de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados (CIPE® 2.0) - obrigam os seus protagonistas a fenómenos de adaptação ao novo estatuto.

Segundo Smith (1995, p.33), «a criança é influenciada por fatores que afetam a unidade familiar e é reconhecido que a criança só pode funcionar no máximo do seu potencial dentro de um relacionamento familiar estável, sendo a família vista como cliente». Esta abordagem obrigou a uma visão mais abrangente e integradora na perspetiva de cuidar, provocando uma evolução nos cuidados de Enfermagem, espelhados por novas filosofias de cuidar, em que a família ocupa o centro da nossa preocupação. Este pressuposto foi decisivo para a adoção de novas metodologias de trabalho e para a busca de estratégias que colmatassem novas necessidades.

Com o nascimento do primeiro filho inicia-se uma nova fase de transição do ciclo vital da família, que se move da função conjugal para a parental (Relvas, 2004), acompanhada por alterações dos papéis sociais do casal que acarretam necessidades de redefinição e reorganização de projetos de vida, a nível da identidade e funções (Cowan & Cowan, 1995).

Em Portugal, a partir de finais dos anos 70 (mais concretamente, em 1977) e à semelhança dos países europeus, registou-se uma preocupação em tomar medidas urgentes e promulgar legislação que facilitasse e valorizasse as funções parentais, reconhecesse os direitos da criança e concretizasse medidas de apoio à família (Jorge, 2004).

A legislação portuguesa prevê o acompanhamento familiar da criança hospitalizada com idade inferior a 14 anos. O direito ao acompanhamento familiar exerce-se com respeito pelas instruções e demais técnicas relativas aos cuidados de saúde, aplicáveis e sem prejuízo do normal funcionamento dos serviços (Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro). Com o alargamento da idade pediátrica para os 18 anos, o enquadramento legal foi adaptado, estando o acompanhamento familiar assegurado aos jovens e adolescentes.

A Carta da Criança Hospitalizada (1988) faz referência à importância do acompanhamento das crianças doentes, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou estado, bem

como a participação dos pais nos cuidados que lhe são prestados, nomeadamente nos pontos três e quatro, quando refere que:

- «os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados»;
- «a criança e os pais têm o direito de receber informação sobre a doença e os tratamentos, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar nas decisões que lhes dizem respeito». De acordo com o Relatório da Comissão Nacional da Saúde da Mulher e da Criança (1993, p. 165) «a presença permanente dos pais junto das crianças hospitalizadas não diminui, antes reforça, o papel qualitativo e quantitativo dos enfermeiros dos serviços de Pediatria, ampliando as suas funções assistenciais, exigindo um papel pedagógico junto das famílias e das crianças e valorizando as suas funções de observação, de registo e de parte fundamental da equipa de saúde».

Porém, quando falamos em envolver os pais nos cuidados de Enfermagem, surgem-nos um conjunto de dúvidas de índole ética, a que convém dispensar um pouco da nossa atenção, já que as questões éticas são inseparáveis de qualquer área de cuidados, sejam eles médicos ou de Enfermagem, prestados em adultos ou em crianças (Lima, 2005). A ética reflete o comportamento desses seres humanos nos seus relacionamentos uns com os outros. «Pugnar pelo respeito devido às pessoas das nossas crianças doentes e seus pais é uma responsabilidade cuja observância é uma expressão de cariz eminentemente ético» (Almeida, 1999).

Para o mesmo autor, no plano da ética prática há algumas peculiaridades que justificarão uma reflexão mais específica. Nesta fase do ciclo vital, a vulnerabilidade e dependência existentes ao longo das suas diferentes fases assume a expressão máxima. A incapacidade da criança, face ao seu estágio de desenvolvimento, para exprimir a sua própria autonomia, transfere para os pais o dever da sua representação legal, que passará obrigatoriamente pelo consentimento informado dos pais para a realização de determinados procedimentos médicos, terapêuticos e de investigação.

Os pais, no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo: com aceitação e integração de forma sólida, com informação e orientação em tempo oportuno, aumentando a autoconfiança dos pais para que consigam eles próprios gerir as suas emoções e organizar-se em função da hospitalização do seu filho.

Diversas vertentes, como o respeito pela confidencialidade, suscitam questões muito particulares no âmbito da parentalidade, que terão de ser salvaguardadas em cada contexto, de acordo com o papel que os mesmos assumem. É inquestionável a necessidade de possuímos um conhecimento científico que nos permita perceber os comportamentos dos pais que traduzem a sua dificuldade em se adaptar ao processo de doença.

Informar os pais sobre os tratamentos a realizar e envolvê-los nas tomadas de decisão, é considerado um princípio ético com repercussões em todo o processo de cuidados, desde a admissão no hospital até ao momento do regresso a casa.

Para que tal se processe, torna-se necessário construir um processo interativo entre o enfermeiro e os pais, que expresse uma aceitação incondicional e de autenticidade. É necessário encorajar os pais a expressar as suas vivências utilizando o seu ponto de vista, de forma a permitir um planeamento de cuidados centrado nas suas expectativas e necessidades. Para isso, é fundamental estar disponível, através da escuta, identificando as suas perceções, isto é, não só os factos mas também os sentimentos.

Uma avaliação minuciosa da parentalidade significa identificar informação, validar capacidades parentais, de forma a concetualizar, seleccionar e implementar processos de cuidados construídos em parceria com os pais, com o objetivo de os ajudar a descobrir novas formas de organização familiar e adaptação aos processos de vida com que se confrontam.

Dada a complexidade do foco «vinculação», pela especificidade que o caracteriza e multiplicidade de influências a que está sujeito, o estabelecimento de diagnósticos e a prescrição de intervenções obriga, na nossa opinião, ao enquadramento da atuação do enfermeiro especialista em saúde infantil centrada numa abordagem pluridisciplinar, orientando para e/ou solicitando a colaboração de outros profissionais.

Este Guia Orientador de Boa Prática (GOBP), concebido pelos especialistas em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, destina-se a ser útil a todos os enfermeiros, cujo domínio de competências tem como finalidade promover ou adequar o exercício da parentalidade aos vários contextos, procurando otimizar comportamentos que permitam o crescimento e desenvolvimento dos filhos.

O grupo responsável pelo Guia Orientador de Boa Prática decidiu não elaborar um algoritmo. Esta decisão é fundamentada pelos princípios gerais, nomeadamente os pré-requisitos constantes neste Guia. E ainda pelo facto de considerarmos que as

particularidades da formação de adultos, a importância de uma abordagem holística da família, a contextualização social e cultural que influencia o tipo de parentalidade exercida, não é consonante com a temática da adaptação à parentalidade durante a hospitalização

Os termos utilizados neste GOBP estão definidos de acordo com a versão CIPE 2.0, pelo que se considerou desnecessária a elaboração de glossário.

## I - FUNDAMENTAÇÃO

A parentalidade desenvolve-se ao longo do ciclo vital e vai mudando de acordo com as fases de crescimento e desenvolvimento da criança. A adaptação bem sucedida da transição para a paternidade/maternidade envolve pelo menos dois tipos de recursos familiares: recursos internos - adaptação e integração (autoestima dos pais, o sentimento de adequação e sentirem-se capazes de lidar com a situação); e recursos externos - recursos comunitários e suporte social (McCubbin & McCubbin, 1996, citados por Whaley e Wong, 2006).

A Teoria da Vinculação pode ser vista como um fundamento sobre o desenvolvimento sócio-emocional. Defende que os seres humanos nascem munidos de um sistema de vinculação, que lhes permite procurar a proximidade de uma figura que lhes forneça proteção e segurança, a partir da qual possam explorar o meio (Ainsworth, 1972, citado por Canavarro, 1999) e, assim, desenvolver-se enquanto pessoas.

Muller, citado por Mercer, (2002) definiu a teoria da vinculação como a relação afetiva, única, que se desenvolve entre a mulher e o seu feto. Este conceito, segundo aquele autor, é mais abrangente do que a teoria da vinculação, porque diz respeito à construção de representações de interações relevantes e significativas na formação de laços emocionais. O início da ligação materno-fetal, enquanto tarefa materna a desenvolver durante o período pré-natal, específica da relação diádica mãe-filho, numa fase inicial caracteriza-se por a mulher começar a pensar na ideia de estar grávida e, gradualmente, querer estabelecer uma relação, desenvolvendo assim uma ligação com o filho que está a gerar. Daí que, como enfatiza Muller, o desenvolvimento da ligação da mãe com o feto necessita de todo o tempo de gestação, pois esta envolve uma complexa reestruturação na vida da mulher.

Nas maternidades e nos berçários, nas décadas de 1950 e 1960, existia uma grande

preocupação com a proteção dos pacientes contra os perigos reais de doenças contagiosas, o que conduziu a políticas extremas de isolamento e separação. O medo da disseminação de infecções foi responsável pela separação física entre as áreas obstétrica e pediátrica nos hospitais. Não só a diarreia era epidêmica, como a infecção respiratória estava presente nas maternidades e nas unidades infantis hospitalares. Como resultado, as maternidades hospitalares reuniam os bebês de termo em grandes enfermarias com portas fechadas. Os pais e familiares eram excluídos. As regras rígidas das enfermarias de recém-nascidos foram mantidas até ao começo da década de 1970, quando tiveram início os cuidados centrados na família, no que diz respeito ao parto. Foram, então, abertas as portas das unidades obstétricas, e os pais e outros membros próximos da família receberam permissão para visitar o recém-nascido no quarto da mãe. Gradualmente, na década de 1980, as mães foram estimuladas a ficar com os seus filhos por períodos prolongados nas unidades pediátricas. Nos anos 90, novas unidades obstétricas foram construídas e a mãe e o bebê passaram a dividir o mesmo quarto (Klaus & Kennell, 2000).

Com base nas informações obtidas, o enfermeiro deve utilizar o conhecimento sobre a criança e a família para, em conjunto, negociar e implementar intervenções planejadas, sem correr o risco de os pais se sentirem desconfortáveis no desenvolvimento da sua parentalidade, com as responsabilidades que lhes são exigidas, evitando confusões e insegurança sobre o que deles é esperado e podem ou não fazer.

Para Ângelo e Bouso (2001), assistir a família implica conhecer como cada uma cuida e identifica as suas potencialidades, as suas dificuldades e os seus esforços para partilhar responsabilidades. As famílias transportam a cultura da sociedade em que vivem e a cultura com a qual se identificam, traduzindo estilos de vida, crenças, valores e práticas que condicionam atitudes e comportamentos e, conseqüentemente, a saúde da família.

Em consonância com as ideias atuais sobre a Enfermagem de saúde infantil e pediátrica, destacamos os desenvolvimentos de alguns quadros de referência e instrumentos de avaliação das necessidades familiares, integrados em diferentes modelos de conceção de cuidados.

Em 1988, Anne Casey desenvolveu um modelo de cuidados pediátricos - **cuidados em parceria** - que identifica claramente o contributo significativo dos pais para os cuidados prestados à criança hospitalizada. Neste modelo, **a criança é o alvo dos cuidados – o cliente**. A família é considerada, mas enquanto prestadora de cuidados à criança. As informações obtidas sobre a estrutura, dinâmica e recursos familiares são relevantes apenas para avaliar a capacidade para orientar a família (Casey, 1993).

O modelo pressupõe negociação e respeito pelos desejos dos pais/família.

Os «**cuidados negociados**» fazem parte de um outro modelo de parceria desenvolvido por enfermeiras do *Children's Unit in Nottingham*, no Reino Unido. Neste modelo, os pais e a equipa de saúde negociam sobre o envolvimento dos pais nos cuidados à criança (Smith, 1995). O modelo de parceria de Nottingham engloba a **família como cliente**. Os cuidados, neste modelo, reconhecem a interação constante da criança com a unidade familiar.

Para além da Avaliação Familiar de Calgary, o **Modelo de Cuidados Centrados na Família** foi desenvolvido por Wright e Leahey, no Canadá, e contém pressupostos que provêm dos campos das teorias dos sistemas, cibernética, comunicação e mudança (Wright & Leahey, 2009). Este modelo tem como elemento básico a importância da análise do **contexto familiar** para melhor compreender os comportamentos de saúde dos indivíduos e promover os processos de adaptação (familiar e individual) à doença. Trata-se de um modelo de avaliação no qual são considerados uma série de aspetos estruturais, funcionais e do desenvolvimento da família. A avaliação destas dimensões serve como base para a intervenção. Pode também ser usado para obter uma visão global da família, compreender quais as relações na família e quem faz o quê dentro do agregado familiar (Wright & Leahey, 2009; Barbieri, 2004).

O método de trabalho «**Enfermeiro de Referência - Primary Nursing**» é aquele que, em pediatria, mais espelha o desenvolvimento dos novos modelos e a filosofia de cuidados pediátricos, assentes na parceria e na negociação de cuidados com os pais, prevendo a sua participação efetiva com continuidade do exercício da sua parentalidade. É um método sistemático de organizar o trabalho de Enfermagem, através da atribuição de um grupo de crianças doentes a um enfermeiro, que será o responsável por realizar a avaliação inicial, diagnóstico, planeamento, prescrição, implementação e avaliação final dos cuidados de Enfermagem prestados a essas crianças hospitalizadas, bem como a supervisão dos cuidados planeados e implementados. Cada enfermeiro de referência tem um grupo de enfermeiros associados que fica responsável pelos cuidados planeados (Pontin, 1999, Carmona & Laluna, 2002).

O «**enfermeiro de referência**» torna-se uma mais-valia no processo de preparação do regresso da criança/família a casa. Além da identificação das necessidades das crianças e dos pais desde o momento da admissão, com o envolvimento destes últimos no processo de cuidados, o enfermeiro de referência, beneficiando da sua posição estratégica, procura informações sobre os recursos disponíveis existentes na comunidade para a continuidade dos cuidados (Barros & Teixeira, 2003; Jesus et

al, 2005, Madeira, 2006).

A presença dos pais 24 horas por dia no hospital veio transformar o modo de pensar e organizar os cuidados de Enfermagem. Tornar os pais parceiros nos cuidados é reconhecer que cuidar da criança implica cuidar dos pais/família no sentido de os tornar cada vez mais autônomos, reabilitando o seu papel parental, respeitando e favorecendo a sua participação na tomada de decisões no processo de cuidados.

No entanto, a hospitalização da criança implica muitas vezes uma crise de identidade parental com indefinição dos pais relativamente àquilo que podem ou não fazer e/ou ao que os profissionais esperam que eles façam. Dar atenção às suas expectativas, tendo em conta as necessidades e procurando a negociação de papéis, facilita a sua adaptação e reduz o potencial conflito entre os enfermeiros e os pais.

Sabendo que os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, facilitar a mudança é da responsabilidade dos enfermeiros pediátricos. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, instrução e treino, dotando os pais de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, e capacitando-os para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos.

## 2 - PRINCÍPIOS GERAIS

A discussão da problemática em questão e a enunciação dos pré-requisitos indispensáveis à atuação que deve estar subjacente à Boa Prática recomendada, é efetuada com recurso a uma linguagem sintética e assertiva.

A **parentalidade**, conforme foi definida na Introdução e de acordo com a CIPE® 2.0, é um processo complexo.

Assumir as responsabilidades de ser mãe ou pai deveria ser uma decisão responsável, embora «decidir ter um filho e aprender a ser pai ou mãe seja hoje um ato mais complexo do que no passado» (Brazelton, 1992). É de referir ainda que o tipo de família nuclear, reduzida, onde a maioria dos jovens pais cresceu, oferece escassas experiências e modelos da relação maternal, nomeadamente na faceta dos cuidados.

Também Cruz (2005) afirma que a tarefa de ser pai ou mãe é porventura a tarefa mais desafiante e complexa da idade adulta, constituindo os pais uma influência crucial na vida dos filhos.

### **A que necessidades da criança deve a parentalidade dar resposta?**

A todos os fatores que potenciam o desenvolvimento e que poderão ser satisfeitos pelos pais. A satisfação das necessidades mais básicas é indiscutível e consensual, mas atualmente privilegiam-se outras áreas decisivas para a criança atingir o seu potencial. Por exemplo, relações afetivas contínuas, proteção física e de segurança, experiências adaptadas às diferenças individuais - em particular, ao temperamento -, estabelecimento de limites, organização e expectativas, disponibilizando à criança uma organização temporal e espacial, previsível, estruturada, rotinizada, assim como a integração em comunidades e apoios estáveis e de continuidade cultural (Brazelton e Greenspan, 2002).

Na primeira etapa da parentalidade sobressaem, assim, as questões da ligação pais-bebé e todos os fatores que podem influenciar positiva ou negativamente essa ligação.

A teoria da vinculação pressupõe que a necessidade de construir vínculos emocionais se afigura como uma componente básica da existência humana, presente ao longo de toda a vida. A vinculação é definida como um laço afetivo que, uma vez estabelecido, tende a perdurar, quer no tempo, quer no espaço (Ainsworth, 1991).

Neste contexto, fazem sentido todas as intervenções que facilitem a incorporação do recém-nascido na família. As competências parentais devem ser estimuladas precocemente, havendo lugar a tomadas de decisão ainda durante a gravidez que muito poderão influenciar o desenvolvimento do bebé.

O primeiro ano de vida é especialmente significativo no desenvolvimento da criança, que se assumirá como parceiro cada vez mais interessado. Mas esta é somente uma primeira etapa de todo processo de criação e educação dos filhos, pelo que a aprendizagem parental não é isenta de erros, omissões, dificuldades, podendo coexistir estilos parentais muito diferenciados.

## 2.1. À procura das respostas da Enfermagem

Em todas as etapas de desenvolvimento da criança, em situações de particular vulnerabilidade e em todo o processo de aperfeiçoamento parental, os pais precisam de algum tipo de ajuda.

Não podemos isolar a intervenção de um enquadramento concetual prévio. A filosofia dos cuidados pediátricos compreende o processo de parceria de cuidados, assim como os cuidados centralizados na família.

A interação entre os profissionais e as famílias - de tal forma que mantenham ou adquiram um senso de controlo sobre a vida em família e estabeleçam mudanças positivas que originem **comportamentos de ajuda**, aumentando os seus pontos fortes, aptidões e ações, e o processo de *empoderamento* - é concordante com a parceria e o cuidado centralizado na família, originando modos de resposta profissional coerentes com os pressupostos e princípios parentais afirmados por Brazelton (2002).

Importa compreender e valorizar a relação com os pais, utilizar o comportamento da criança como linguagem, reconhecer aquilo que se traz para a interação, estar disponível para discutir assuntos que vão para além do nosso papel tradicional, aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental, focalizar a paixão onde a encontrarmos, valorizar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades, compreender que os pais são peritos nos seus filhos (todos têm forças, querem fazer bem com os seus filhos e têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento, embora a ambivalência e a parentalidade como processo de tentativa e erro representem dificuldades/oportunidades a não perder).

## 2.2. Pré-requisitos

- Estar consciente dos valores implícitos ao comportamento da família;
- ouvir a família, incluindo a criança, antes de planear os cuidados;
- ouvir a família, e aprender com ela, antes de a tentar informar e ensinar;
- comunicar com a família antes de tomar decisões;

- individualizar os cuidados de forma a que a família se sinta segura com a sua participação;
- aquilo que se adequa a uma família pode ser completamente desadequado para outra;
- demasiada responsabilidade em situações não familiares pode ser causadora de stress para muitas famílias;
- estar disponível para atender às necessidades da família;
- conhecer a família, tendo em conta as três dimensões (estrutura, desenvolvimento e funcionamento) propostas pelo Modelo de Avaliação Familiar de Calgary. (Em anexo, modelo de ficha de avaliação familiar).

### 3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

O enfermeiro tem a responsabilidade de envolver os pais, após conhecer as suas necessidades e desejos, no processo de participação na tomada de decisão e nos cuidados, substituindo a tradicional distribuição pré-concebida de tarefas. Quando os pais querem participar, o enfermeiro deve assegurar que eles continuam a cooperar com as exigências acrescidas, colocadas ao seu papel «normal» como pais que cuidam dos seus filhos hospitalizados. Por outro lado, é também responsabilidade do enfermeiro assegurar que o não envolvimento ou a falta de compreensão desta aproximação não é razão para a não cooperação nos cuidados (Casey, 1995).

Alguns estudos têm feito referência à importância da identificação das necessidades dos pais nas novas metodologias de organização de cuidados, uma vez que a participação no processo de cuidados ao seu filho dependerá das suas expectativas face à satisfação dessas necessidades. Os resultados são transversais e apontam como prioritária a necessidade de informação, seguida da necessidade de confiança, quer nos profissionais, quer destes em relação aos próprios pais. (Kristjánsdóttir (1991, 1995); Bragadottir (1999); Hallström & Runeson (2001); Hallström *et al* (2002); Shields *et al* (2003); Shields & Kristensson-Hallstrom (2004); Shields *et al*, (2004); Kyritsi *et al* (2005); Reis (2007).

Reconhecer a importância do papel dos pais, valorizá-los nos seus saberes e encará-los como parceiros implica, por parte dos enfermeiros, a mobilização de saberes, habilidades e comportamentos que permitam identificar e agir sobre a atitude, a

capacidade, o conhecimento e a aprendizagem de capacidades, promovendo assim a parentalidade.

### 3.1. Adaptação à parentalidade

A operacionalização das práticas que traduzam de forma sistemática a adaptação da parentalidade passam, naturalmente, pelo reconhecimento dos progenitores no e do seu papel enquanto pais.

**Incentivar a parentalidade durante a hospitalização** é um aspeto importante a considerar no processo de adaptação à parentalidade. Os estudos realizados por Coyne (1995) e Hallström *et al* (2002) apontam para resultados em que os pais referem uma influência muito positiva para a participação saudável nos cuidados, quando existe uma maior assertividade nas relações com a equipa de Enfermagem.

Por outro lado, manifestam o desejo de os seus conhecimentos serem valorizados e deles próprios serem reconhecidos como verdadeiros parceiros nos cuidados.

Os pais, no hospital, querem continuar a ser pais e cabe aos enfermeiros, inseridos numa equipa multidisciplinar, serem os ativistas deste processo, com aceitação e integração de forma sólida, informação e orientação em tempo oportuno.

A preparação dos pais para participarem nos cuidados, implica que haja uma negociação favorável e satisfatória com os enfermeiros. Negociar implica discutir, obtendo acordos e resultados, daí que a comunicação se revele de importância fundamental. A negociação envolve interação, consensos e decisão.

São apontadas, como dificuldades de negociação dos cuidados, a falta de conhecimentos dos enfermeiros, dificuldades na comunicação e conflitos na adoção de modelos de cuidados centrados na família. As relações entre pais e enfermeiros evidenciam que estes, por vezes, impõem limitações à participação dos pais nos cuidados, decidindo qual o papel destes últimos, baseados nas suas convicções, sem considerar a perspetiva dos pais, nem o seu sistema de crenças e de práticas sobre a saúde e doença. (Brown & Ritchie, 1990; Coyne, 1995; Knight, 1995; Collet, 2002).

A não aceitação de negociar sobre a participação nos cuidados ou, pelo contrário, a exigência de controlo dos cuidados pela família, pode levar a conflitos sobre crenças

e práticas com a equipa de Enfermagem, com interpretações erróneas que afetam negativamente os cuidados (Ângelo e Bousso, 2001).

**Negociar com os pais a parentalidade** implica que estes se sintam parte integrante da equipa, sentindo-se mais confiantes quanto às suas capacidades de cuidar da criança, tomando decisões conjuntas partilhadas e facilitando a manutenção de laços familiares, o que se torna importante para o seu ajustamento psicológico e social durante a hospitalização.

Os estudos sugerem que as expectativas dos pais sobre o que podem ou não desempenhar e o que vêm a desempenhar estão intimamente relacionados. A informação que possuem é de extrema importância para o seu desempenho. (Curry, 1995; Einloft *et al*, 1996; Youngblut, 1998; Jorge, 2004; Reis, 2007).

### 3.2. Informação

Tendo em conta a identificação do grau de conhecimento que os pais demonstram, é fundamental **validar a informação com os pais**. Muitas vezes, a informação fornecida é extremamente complexa e de difícil interpretação. Os pais, em algumas circunstâncias, são confrontados com informações contraditórias, alguma demora no estabelecimento do diagnóstico, o que os conduz à procura de outras opiniões que lhes permitam satisfazer a necessidade de segurança e confiança.

Contudo, a informação fornecida depende das competências e habilidades comunicacionais de cada um. Comunicar com verdade significa estabelecer com os pais a importância da sua participação nos cuidados à criança, com o objetivo de a tornar menos vulnerável e emocionalmente menos dependente. Mas contar a verdade, qualquer que ela seja, deve ter em conta aquilo que está ao nosso alcance dizer e o que está ao alcance do outro compreender. Neste caso, são os pais que, em situações de fragilidade, selecionam a informação que querem ouvir, aquilo que desejam saber da verdade, num claro respeito pela dignidade e autonomia.

Neste contexto, as intervenções de Enfermagem - promover a adaptação dos pais à doença; negociar com eles o papel parental; validar a informação; assisti-los no sofrimento - são contributos essenciais para o processo de adaptação dos pais ao exercício do seu papel durante a hospitalização.

A informação proporciona aos pais algum controlo sobre uma situação relativamente à qual sentem menos «poder» e reduz sentimentos de incerteza na fase da adaptação. Partilhar os saberes médico e de Enfermagem com os pais, proporciona algum alívio à equipa que, por sua vez, encontrará neles uma melhor e mais ativa colaboração. **A vontade dos pais em participar** ativamente nos cuidados deve ser tida em conta, assim como a abordagem feita através de uma estratégia de intervenção que permita **apoiar a iniciativa dos pais**.

Os pais, quando são informados sobre a participação nos cuidados, por vezes ficam confusos e inseguros em relação ao que é esperado deles e/ou o que podem ou não fazer durante a sua permanência no hospital. Às vezes, acontece iniciarem o processo de participação nos cuidados porque veem os outros pais fazer.

Os pais, apesar de valorizarem os profissionais de saúde, referem que nem sempre lhes é dada a informação sobre como devem adaptar-se ao processo de doença do seu filho, de forma a desenvolverem novas competências para a participação nos cuidados. Os pais experimentam durante a hospitalização a falta de informação, a não negociação do seu papel (o que acontece, muitas vezes, é a existência de uma delegação de tarefas sem co-participação) e sentimentos de grande ansiedade e isolamento (Ygge & Arnetz, 2004; Callery & Smith, 1991; Lima *et al*, 1999).

Neste contexto, é importante apoiar a sua iniciativa dos pais, informá-los sobre a doença e as estratégias de *coping*. Quando as manifestações clínicas agravam e **colocam a vida em risco** é relevante **informar os pais sobre a informação a dar aos irmãos**, nomeadamente a explicação sobre a morte, **de acordo com a fase de desenvolvimento em que cada filho se encontra**.

Para além da informação a dar sobre **o processo de doença, explicar o tratamento** aumenta a autoconfiança dos pais, permite-lhes gerir as suas emoções e **organizar-se** em função da hospitalização do seu filho.

### 3.3. Conhecimento

A promoção da mudança torna necessária a avaliação do seu contexto. Segundo Wright e Leahey (2009), cabe aos enfermeiros ajudar os membros da família a procurar respostas comportamentais, cognitivas e afetivas, alternativas aos problemas, sendo um dos seus objetivos ajudar a família a descobrir as suas próprias soluções.

Intervir pressupõe ter a consciência que cada família é única, através da sua estrutura, desenvolvimento e funcionamento.

Identificar o **conhecimento que os pais têm sobre comportamentos de procura de saúde ao longo do desenvolvimento infantil, gestão do regime terapêutico, regime medicamentoso e precauções de segurança**, implica que se utilizem como estratégias a comunicação e a informação, instrumentos de relevância fundamental.

**Assim, a atitude** que os pais expressam ao longo da adaptação aos novos processos de vida, deve ser respeitada, na medida em que é estruturante na construção do planeamento de cuidados a estabelecer com os pais, como resposta às necessidades identificadas no contexto da criança. O respeito pelas opções de conhecimentos e capacidades que os pais pretendem desenvolver para cuidar dos seus filhos deve pautar a parceria de cuidados.

Intervenções de Enfermagem, tais como:

- ensinar sobre papel parental durante a hospitalização;
  - ensinar sobre o desenvolvimento infantil;
  - ensinar sobre comportamentos de procura de saúde durante o desenvolvimento infantil;
  - ensinar como tomar conta da higiene durante a hospitalização;
  - ensinar como tomar conta da alimentação durante a hospitalização;
  - ensinar como tomar conta da eliminação durante a hospitalização;
  - ensinar como tomar conta do posicionamento durante a hospitalização;
  - ensinar sobre precauções de segurança durante a hospitalização;
  - ensinar sobre gestão do regime terapêutico durante a hospitalização;
  - ensinar sobre o regime medicamentoso durante a hospitalização;
- devem ser prescritas na avaliação da situação nas suas diferentes dimensões, nomeada-

mente a adaptação à parentalidade naquele contexto específico.

O domínio da atividade diagnóstica realizada proporciona informação específica, por forma a que o processo de cuidados se centre nas necessidades dos pais, e não nas necessidades de informação que os profissionais de saúde entendem como prioritárias para aquela família.

As intervenções de «promoção da saúde e manejo das doenças», que são consideradas na proposta de Wright e Leahey (2009) acerca das necessidades mais significativas das famílias que se confrontam com doenças, assim como «oferecer informações e opiniões», assumem particular relevância se a doença for complexa.

### 3.4. Aprendizagem

Os pais, aquando a hospitalização da criança, são confrontados com processos de transição que os remetem para um papel parental pouco normativo e extremamente perturbador. Por isso, como nos refere Mercer (2002), o apoio na transição para a parentalidade requer que o contacto com os pais se processe de forma positiva. Ou seja, aumentando a sua autoestima, respeitando as suas crenças culturais, promovendo a interação com a criança, incentivando-os a expressar as suas expectativas, motivando-os para a aprendizagem de capacidades, percebendo as relações conjugais e o funcionamento da família.

Quando os enfermeiros reconhecem o papel que os pais desempenham, aquando do internamento do seu filho, o desenvolvimento de intervenções de Enfermagem no domínio da aprendizagem de capacidades, tende a promover uma maior autonomia no que diz respeito à aquisição de habilidades, facilitando o exercício da parentalidade num contexto diferente. Tendo em conta a adaptação que os pais têm de fazer para dar resposta à situação de transição e à continuidade do tratamento do seu filho, podem ser requeridas intervenções promotoras da **aprendizagem de estratégias de coping e das capacidades para tomar conta, da alimentação, da higiene, da eliminação, do regime terapêutico e do posicionamento.**

Vários autores referem que nem sempre as habilidades consideradas mais básicas são as que os pais estão disponíveis para realizar ou aprender, e que as atitudes dos enfermeiros se tornam limitativas do desenvolvimento da participação parental nos cuidados.

A **capacidade** parental que vai emergindo é também sustentada por recursos identificados na estrutura e desenvolvimento da família, incluindo os recursos da comunidade, devendo o enfermeiro de referência ser o fio condutor para a identificação desses recursos.

A complexidade de cuidados que os pais podem ter necessidade de vir a assumir no âmbito do regime terapêutico dos seus filhos, integra dependências aos mais variados níveis, inerentes ao contexto de doença em que decorre.

Dependências como a capacidade para se alimentar, com recurso a diversos dispositivos ou equipamentos, capacidade para comunicar, capacidade para cuidar da higiene pessoal, capacidade para se vestir, capacidade para desempenhar atividades de lazer, entre muitas outras, poderão, num contínuo, ser transferidas para os pais, visando uma reorganização familiar de acordo com as necessidades expressas e os recursos identificados. Cabe ao enfermeiro planear e implementar, de acordo com a família, as seguintes intervenções:

- instruir como tomar conta da higiene durante a hospitalização;
- treinar como tomar conta da higiene durante a hospitalização;
- instruir como tomar conta da alimentação durante a hospitalização;
- treinar como tomar conta da alimentação durante a hospitalização;
- instruir como tomar conta da eliminação durante a hospitalização;
- teinar como tomar conta da eliminação durante a hospitalização;
- instruir como tomar conta do posicionamento durante a hospitalização;
- treinar como tomar conta do posicionamento durante a hospitalização;
- instruir sobre medidas de segurança durante a hospitalização;
- treinar sobre medidas de segurança durante a hospitalização;
- instruir sobre gestão do regime terapêutico durante a hospitalização;

- treinar sobre gestão do regime terapêutico durante a hospitalização;
- instruir sobre o regime medicamentoso durante a hospitalização;
- treinar sobre o regime medicamentoso durante a hospitalização.

Assim, o **planeamento de programas de ensino, instrução e treino**, deverá ser o alvo da atuação do enfermeiro, assistindo, incentivando e supervisionando o exercício da parentalidade, assegurando os aspetos éticos, as expectativas dos pais e os aspetos culturalmente sensíveis. Wright e LeaHey (2009) consideram o tempo como um elemento a ter em conta, pela dificuldade em observar de imediato os resultados das intervenções, dado o espaço que decorre entre estas e as mudanças esperadas.

Este contexto introduz a necessidade de um acompanhamento dos processos de adaptação que permita, de uma forma contínua e continuada, avaliar a adaptação à parentalidade não só durante a hospitalização da criança, mas também enquanto for identificado este foco de atenção.

#### 4. QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO

Os enfermeiros estão hoje mais empenhados em conciliar cuidados de alta qualidade com a sua capacidade de reconhecer as necessidades dos utentes, no sentido de identificarem o que estes esperam do serviço de saúde, particularmente dos cuidados de Enfermagem que lhe são prestados. Este processo implica o questionamento sistemático da prática e tomada de decisão baseada na evidência disponível.

Torna-se importante que a prática de Enfermagem se fundamente em conhecimento científico, sem por isso colocarmos de parte a intuição, num entendimento que resulta da situação encontrada e da reflexão sobre a prática (Gameiro, 2003).

Apesar das modificações verificadas na assistência à criança hospitalizada, com a valorização da permanência dos pais 24 horas por dia no hospital, é recente o conceito da possibilidade do exercício da parentalidade durante o internamento. A investigação nesta área vai proporcionar, aos enfermeiros, ferramentas fundamentais para apoiar a família nos processos de adaptação à parentalidade.

No entanto, ao realizarmos a pesquisa para a fundamentação destas questões percebemos que, pelo facto de ser um tema ainda pouco explorado, a bibliografia, fruto da investigação nesta área, é escassa.

Assim, consideramos importante investigar, à luz do conhecimento atual e das percepções resultantes do nosso contacto diário, a relação entre a adaptação à parentalidade durante a hospitalização e diversas variáveis, tais como:

- *stress* familiar na aprendizagem de capacidades durante a hospitalização;
- conhecimento dos pais sobre o papel parental durante a hospitalização;
- contextos culturais (multiculturalidade e transculturalidade);
- expectativas dos enfermeiros sobre as necessidades dos pais durante a hospitalização;
- responsabilidade jurídica da prática e da capacitação;
- processo de negociação.

A opção de não formularmos de uma forma mais pragmática questões de investigação, prende-se com o facto de não querermos ser limitadores do pensamento crítico do utilizador deste guia e de termos a noção de que, dado o dinamismo deste processo, muitas outras questões, com igual pertinência para investigação, irão surgir.

## REF. BIBLIOGRÁFICA

- Ainsworth, M. D. S. (1991). **Attachment and other affectional bonds across the life cycle**. In C. M. Parkes, J. Stevenson-Hinde, & P. Marris (Eds.), *Attachment across the life cycle* (pp. 33-51). New York: Routledge.
- Almeida, F – **Ética em Pediatria**. In *Ética em Cuidados de Saúde*; Porto Editora; Porto, 1999.
- Angelo, M.; Bouso, R. S. (2001) – **Fundamentos da assistência à família em saúde** [em linha]. [Consult. 3 março 2006]. Disponível em [www <URL: http: www.ids-saude.org.br/enfermagem>](http://www.ids-saude.org.br/enfermagem).
- Barbieri, m. (2004) – **A avaliação familiar pelo enfermeiro de família: Proposta de um instrumento de recolha de dados baseado em Wright e Leahey**. *Revista Sinais Vitais*. 55: 23-30.
- Barros, F; Teixeira, M. (2003) – **O planeamento da alta. Boletim do Hospital Pulido Valente**. 16 (2): 91-92.
- Bragadóttir H. (1999) – **A descriptive study of the extent to which self-perceived needs of parents is met in paediatric units in Iceland**. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 13: 210-217.
- Brazelton, T. B. – **Tornar-se Família. O crescimento da vinculação antes e depois do nascimento**. Lisboa: Terramar Ed., 1992.
- Brazelton, T. Berry – **O Grande Livro da Criança**. Lisboa : Editorial Presença, 1995
- Brazelton, T. Berry (2002). **Conceito de pontos de referência**. In BRAZELTON, T. B. e GRENSPAN, Stanley I. *A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T.B.; Greenspan S. I. – **A criança e o seu mundo. Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem**. Lisboa: Editorial Presença, 2002.
- Brown J.; Ritchie J. (1990) – **Nurses' perceptions of parent and nurse roles in caring for hospitalized children**. *Children's Health Care*. 19: 28-36.
- Callery, P.; Smith, L. (1991) – **A study of role negotiation between nurse and the parents of hospitalized children**. *Journal of Advanced Nursing*. 16 (4): 772-781.

Canavarro (1999). **Relações Afectivas e Saúde Mental**. Coimbra: Editora Quarteto.

Carmona, L.; Laluna, M. (2002) – «**Primary nursing**»: **pressupostos e implicações na prática**. Revista Electrónica de Enfermagem [em linha]. 4 (1)12-17. [Consult. 3 março 2006]. Disponível em www <URL: <http://www.fen.ufg.br>>.

Casey, A. (1993) – **Development and use of the partnership model of nursing care**. In GLAPER, E; Tuckel, A. – **Advances in child health nursing**. London: Scutari Press. Journal of Advanced Nursing.

Casey, A. (1995) – **Partnership nursing: influences on involvement of informal carers**. 22: 1058-1062.

Coyne, I. (1995) – **Parental participation in care: a critical review of the literature**. Journal of Advanced Nursing. 21: 716-722.

Coyne, I. (1995) – **Partnership in care: parent's views of participation in their hospitalised child's care**. Journal of Clinical Nursing. 4: 71-79.

Cowan, C; Cowan, P. (1995) – **Interventions to ease the transition to parenthood: why they are needed and what they can do**. Family Relations. 44: 412-423.

Cruz, Orlanda – **Parentalidade**. Coimbra: Quarteto, 2005.

Curry, S. (1995) – **Identificação das necessidades e das dificuldades das famílias das crianças hospitalizadas**. Nursing. 94: 26-30.

Einloft, L; Zen, J.; Fuhrmeister, M.; Mendes, V. (1996) – **Manual de enfermagem em UTI pediátrica**. Rio de Janeiro: Medsi.

Gameiro, M.G.H. (2003) – **A Enfermagem Ciência e Arte...e a Investigação**. Revista Referência. 5 (10): 5-15.

Hallstron I; Runeson I. (2001) – **Needs of parents of hospitalized children**. Journal Nurse Theory.10: 20-27.

Hallstron I; Runeson I.; Elander G. (2002) – **Observed Parental needs during their Child's Hospitalization**. Journal of Pediatric Nursing. 17: 141-148.

- Jesus, C.; Silva, C.; Andrade, F. (2005) – **Alta clínica e continuidade de cuidados no domicílio**. *Revista Sinais Vitais*. 59: 25-28.
- Jorge, A. (2004) – **Família e hospitalização da criança: (re) pensar o cuidar em enfermagem**. Loures: Lusociência.
- Lei n.º 106/2009 de 14 de setembro. Diário da República, 1.ª série - N.º 178 - 14 de setembro de 2009.
- Lima, R. ; Rocha, S.; Scochi C. (1999) – **Assistência à criança hospitalizada: reflexão acerca da participação dos pais**. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 7 (2): 33-39.
- Lima, R.; Rocha, S.; Schochi C.; Callery P. (2001) – **Involvement and fragmentation: a study of parental care of hospitalized children in Brazil**. *Paediatric Nursing*. 27 (6): 559-580.
- Ordem dos Enfermeiros, ICN. (2005). **CIPE. Versão I. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- Kristjánsdóttir, G. (1991) – **A study of the needs of parents of hospitalized 2 to 6 year-old children**. *Issues Comprehensive Paediatric Nursing*. 14: 49-64.
- Kristjánsdóttir, G. (1995) – **Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized 2 to 6 year-old children**. *Scandinavian Journal Caring Science*. 9: 95-103.
- Kyritsi, H.; Matziou, V.; Perdikaris, P.; Evagelou, H. (2005) - **Parent's needs during their child's hospitalization**. *Nursing Gr*. 23: 1-9.
- Marram, G.; Barrett, M.; Bevis, O. (1979) – **Primary nursing: a model for individualized care**. 2ª ed. London: The C.V.Mosby Company.
- Meleis, A. (2005) – **Theoretical nursing: development & progress**. 3ªed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company.
- Mercer, R. (2002) – **Transitions to parenthood**. NurseweekK.
- Pontin, D. (1999) – **Primary nursing: a mode of care or a philosophy of nursing?**

Journal of Advance Nursing. 29 (3): 584-591.

Reis, G.M.R. (2007) – **Expectativas dos pais durante a hospitalização da criança.** Dissertação de Tese de Mestrado, não publicada. Disponível na Biblioteca do ICBAS, Universidade do Porto.

Relvas, A. P. (2004) – **O ciclo vital da família: perspectiva sistémica.** 3ªed. Porto: Edições Afrontamento.

Shields, L.; Kristensson-Hallstrom, I.; O'Callaghan, M. (2003) – **An examination of needs of parents of hospitalized children: comparing parent's and staff's perceptions.** Scandinavian Journal Caring Science. (17): 176-184.

Shields, L.; Hunter J.; Hall J. (2004) – **Parent's and staff's perceptions of parental needs during a child's admission to hospital: an english perspective.** Journal of Child Health Care. 8 (1): 9-33.

Shields, L.; Kristensson-Hallstrom I. (2004) – **We have needs, too: parental needs during a child's hospitalization.** Online Brazilian Journal of Nursing [em linha]. 3 (3) [Consult. 30 abril 2006]. Disponível em [www <URL: http: www.uff.br/nepae/objn303shieldsetal.htm>](http://www.uff.br/nepae/objn303shieldsetal.htm).

Smith, F. (1995) - **Children's nursing in practice: the Nottingham model.** Oxford: Blackwell Science.

Subtil, C.; Fonte, A; Relvas, A. (1995) – **Impacto na família da doença grave/crónica em crianças: inventário de respostas à doença dos filhos.** Psiquiatria Clínica 16 (4): 241-250.

Ygge, B.; Arnetz, J. (2004) – **A study of parental involvement in pediatric hospital care: implications for clinical practice.** Journal of Pediatric Nursing. 19 (3): 217-223.

Youngblut, J. (1998) – **Integrative review of assessment models for examining children's responses to acute illness.** In: BROOME, M.E; et al. – **Children and families and health and illness.** London: Sage Publications: 115-141.

Wendt, N. C., & Crepaldi, M. A. (2003). A Utilização do Genograma como Instrumento de Coleta de Dados na Pesquisa Qualitativa Genogram Use as a Collect Tool in

Qualitative Research. *Filosofia*, 21(2), 302–310.

Wright, L.; Leahey, M. (2009) – **Enfermeiras e família: um guia para avaliação e intervenção na família**. 4ª ed. São Paulo: Roca Edições.

Wong, D. (2006) - Whaley & Wong Enfermagem Pediátrica. **Elementos essenciais à intervenção efetiva de Enfermagem**. 6ªed. Rio Janeiro. Guanabara Koogan.

## ANEXO - FICHA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

### FICHA DE AVALIAÇÃO FAMILIAR

a) Identificar a composição (estrutura) da família:

- I. Quem faz parte da família da criança/adolescente;
- II. Quem são as pessoas com maior relação com a criança/adolescente;
- III. Qual a composição do agregado familiar;
- IV. Qual a intensidade da relação entre as pessoas da família.

### GENOGRAMA

Algumas regras do preenchimento do genograma são a seguir indicadas (Crepaldi e Wendt, 2008, e Rebelo, 2007, citada por Fonseca, 2012).

#### **Deve contemplar:**

- Primeiros nomes e ano de nascimento dos elementos da família;
- Relações biológicas e legais;
- Anos de casamento, separação e divórcio;
- Falecimento com causa de morte;
- Indicação dos elementos que vivem na mesma casa;
- História clínica;
- Padrões de relações familiares;
- Outras informações de particular importância: dados étnicos, religião ou mudança religiosa, educação, ocupação ou desemprego, serviço militar, aposentadoria, problemas com a lei, abuso físico ou sexual, obesidade, tabaco, data em que membros da família deixaram a casa;

- Data de realização do genograma familiar.

### **Outras indicações:**

- Filho mais velho inscrito à esquerda e os restantes filhos a partir dele por ordem de nascimento;
- O homem/marido aparece à esquerda e a mulher/esposa à direita, unidos por linha de casamento;
- Cada geração é representada na mesma linha e com símbolos do mesmo tamanho;
- Quando outras pessoas não pertencentes à família vivam na mesma casa devem ser representadas mas não ligadas por linhas contínuas, de sangue;
- Deve conter informações sobre, pelo menos, três gerações, que poderão ser identificadas usando um número romano;
- Os indivíduos que constituem o agregado familiar devem ser circundados por uma linha tracejada.

Na página seguinte apresentamos a simbologia adaptada de Wendt & Crepaldi, 2003.

 Homem

 Mulher

 Criança *in utero*
 Pessoa índice

 Abuso de álcool ou drogas

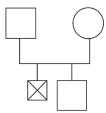
 Morte = X

 Morando Junto

 Casamento

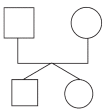
 Divórcio

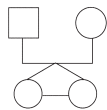
 Separação Conjugal

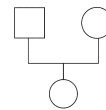
 Nascimento de uma criança morta

 Aborto Espontâneo

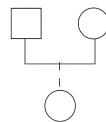
 Aborto induzido

 Gémeos Fraternos

 Gémeos idênticos

 Filha

 Filhos: Ordem de nascimento com o mais velho à esquerda

 Filha Adotiva

### Relacionamentos:

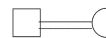
 Distante

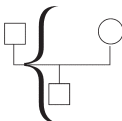
 Conflituoso

 Rompimento

 Muito estreito

 Fundido e Conflitual

 Aliança

 Coalizão

 Harmônico

 Vulnerável

 Triangulação

b) Recursos da comunidade e contexto:

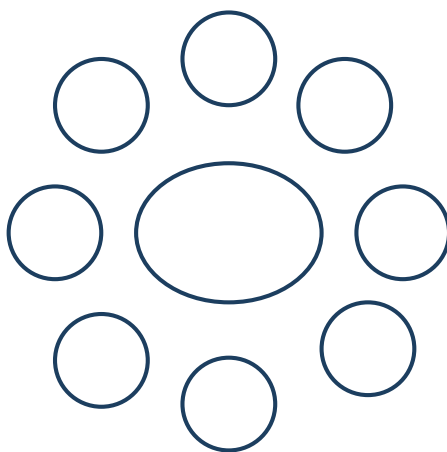
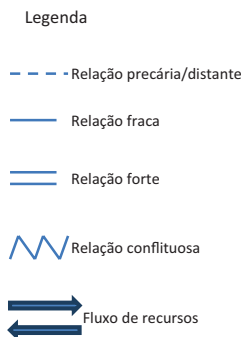
I. Papel de cada um dos conviventes;

II. Quem toma conta da criança/ajuda adolescente (preparar as refeições, alimentar, ajuda nos trabalhos da escola, brincar, divertir-se, etc...);

III. Quem decide sobre os assuntos da família;

IV. Quem apoia a família e a criança/adolescente.

## ECOMAPA



**Sugestão de campos a incluir no ecomapa (Agostinho, 2007, citado por Fonseca 2012):**

- Família, especificando cada membro;
- Vizinhos;
- Amigos;
- Colegas de trabalho;
- Igreja;
- Serviços de saúde;
- Instituições de solidariedade social;
- Escola;
- Grupos de apoio;
- Outros específicos da família e área em que habita.

#### Bibliografia:

**FONSECA, Vanda** (2012). Curso de mestrado em Enfermagem, área de especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, Relatório de Estágio.

Apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa, abril de 2012.







# PALAVRAS PARA LÁ DA PANDEMIA: CEM LADOS DE UMA CRISE

Coord.: José Reis  
Um trabalho coletivo do CES



# PALAVRAS PARA LÁ DA PANDEMIA: CEM LADOS DE UMA CRISE

Coord.: José Reis  
Um trabalho coletivo do CES



Centro de Estudos Sociais  
Universidade de Coimbra

1290

UNIVERSIDADE DE  
COIMBRA



Organização  
das Nações Unidas  
para a Educação,  
a Ciência e a Cultura



Universidade de  
Coimbra - Alta e Sã  
inscrita na Lista do Património  
Mundial em 2013

COMPETE  
2020  
PROGRAMA OPERACIONAL COMERCÍO E INOVAÇÃO

PORTUGAL  
2020



UNIÃO EUROPEIA

Fundo Europeu  
de Desenvolvimento Regional

FCT  
Fundação  
para a Ciência  
e a Tecnologia

# PALAVRAS PARA LÁ DA PANDEMIA: CEM LADOS DE UMA CRISE

## Coordenador

José Reis

## Editor

Centro de Estudos Sociais  
Universidade de Coimbra

## Revisão Científica

Ana Cordeiro Santos, António Sousa Ribeiro, Carlos Fortuna, João Rodrigues, José Castro Caldas, José Reis, Pedro Hespanha, Vítor Neves

## Revisão Linguística

Ana Sofia Veloso, Alina Timóteo

## Design e Paginação

André Queda

Julho, 2020

Este trabalho é financiado por Fundos FEDER através do Programa Operacional Factores de Competitividade – COMPETE e por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito do projeto UIDB/50012/2020.

Os dados e as opiniões inseridos na presente publicação são da exclusiva responsabilidade dos/das seus/suas autores/autoras.

## ISBN

978-989-8847-25-6

# PARENTALIDADE

Maria Filomena Gaspar

A pandemia de COVID-19 amplificou desafios que já se colocavam ao exercício de um papel social considerado por muitos/as apenas fonte de felicidade e de bem-estar emocional – a parentalidade – que é, porém, também, fonte de exigências geradoras de *stress*.

Quando há um desequilíbrio entre estas exigências e os recursos que coexistem para lidar com elas – por as primeiras serem em maior número ou terem mais impacto – surge a síndrome do *burnout* parental (BP), uma perturbação de saúde mental caracterizada por um estado de exaustão e um sentimento de saturação relacionados com o papel parental, com perda de prazer em estar com os filhos e distanciamento emocional destes, contrastando estes sentimentos e estados com os que existiam antes.

O confinamento e distanciamento social, implicados na crise pandémica de COVID-19, comportam quer o surgimento e amplificação de circunstâncias anteriores potencialmente geradoras de *stress* parental, quer uma redução dos recursos disponíveis para os pais e mães lidarem com ele, potenciando o desenvolvimento de BP. Geram exigências, tais como a de conciliação do trabalho, para muitos/as realizado remotamente em casa, com o aumento das tarefas domésticas e das tarefas relacionadas com o cuidar das crianças – com o dever acrescido de garantia de condições para o ensino em casa; e, para muitos/as, com a pressão adicional da perda de rendimento resultante de *lay-off*, de desemprego ou da ameaça de despedimento.

Sabendo-se que em situações de crise decorrentes de emergências sanitárias, com o encerramento das creches, jardins de infância e escolas, aumenta a violência contra as crianças bem como a vulnerabilidade das mesmas, parte da resposta tem de passar pela prevenção do *stress* e do BP através de medidas que reduzam os fatores de risco específicos, mas que aumentem também os recursos e transformem esta crise pandémica numa oportunidade para fortalecer as relações dos pais e mães com os filhos.

Uma das respostas passa pela criação e/ou disponibilização de recursos promotores de parentalidade positiva, integrados num discurso social de valorização da parentalidade – sem o tom culpabilizador, centrado apenas nos deveres e num “ideal” de mãe e de pai irrealista e afastado dos valores de cada família. Perceber, ouvindo, os pais e as mães sobre a forma como gostariam que estes recursos lhes fossem oferecidos é, por isso, crucial.

É igualmente importante sensibilizar mães e pais para o autocuidado (pessoal e enquanto casal) e os homens para um papel mais ativo na parentalidade.

Perante uma pandemia especialmente imprevisível como a presente, torna-se urgente que nos organizemos como sociedade para a promoção e proteção dos direitos das crianças e jovens através do apoio à parentalidade positiva – lembrando-nos que a parentalidade não pode encerrar nem entrar em quarentena.



Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra  
Portugal

Correia Gaio Apolinário, Marta Isabel  
Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas  
em pediatria

Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 7, julho, 2012, pp. 83-92

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239966010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Cuidados Centrados na Família: impacto da formação e de um manual de boas práticas em pediatria

Family-centered care: impact of training and a best practice guide in pediatrics

Cuidados Centrados en la Familia: impacto de la formación y de un manual de buenas prácticas en pediatría

Marta Isabel Correia Gaio Apolinário\*

## Resumo

Os Cuidados Centrados na Família (CCF) constituem uma nova conceção do cuidar pediátrico em que as necessidades das Famílias e Crianças são centrais nesse processo. No entanto, na prática, a sua aplicação nas unidades hospitalares é ainda deficiente, sendo emergente o empenho para que esta filosofia de cuidados se efetive na prática diária dos Enfermeiros. Realizou-se um estudo quase experimental tipo pré teste, pós teste sem grupo de controlo, baseado numa metodologia quantitativa, cujos objetivos foram avaliar o impacto da formação e de um manual de boas práticas nos conhecimentos dos Enfermeiros e na sua perceção quanto à aplicação dos CCF em Pediatria. Da amostra fizeram parte 24 Enfermeiros de um serviço de pediatria a quem foram aplicados três questionários. Confirmou-se que existe diferença positiva nos conhecimentos dos Enfermeiros sobre os CCF e na sua perceção quanto à aplicação desta filosofia na prática diária antes e depois da formação e da implementação do manual de boas práticas, o que demonstra o impacto e eficácia da intervenção desenvolvida na efetivação desta filosofia nas unidades pediátricas.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem; enfermagem pediátrica; enfermagem familiar; formação

## Abstract

Family-centered care is a new concept in paediatric care in which family and child needs are central in the process. However, when it comes to reality, its application in hospital units still falls short, the effort to implement this care philosophy in nurses' daily practice being at the early stages. A quasi-experimental pre-test and post-test kind with no control group study was undertaken, based on a quantitative methodology. The main goal of this approach was to evaluate the impact of training and a Best Practice Guide on nurses' knowledge and their perceptions of the application of family-centred care in paediatrics. The sample consisted of 24 nurses in a pediatric unit, and they answered three questionnaires. Positive differences were confirmed between nurses' knowledge about family-centred care and their perceptions in relation to the application of this philosophy in their daily practice before and after the training and implementation of the Best Practice Guide.

**Keywords:** nursing care; pediatric nursing; family nursing; training

\* Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Enfermeira Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar de Torres Vedras [martagaio.ap@gmail.com].

## Resumen

Los cuidados centrados en la familia (CCF) constituyen una nueva concepción del cuidar pediátrico en que las necesidades de las familias y de los niños son centrales en dicho proceso. Sin embargo, en realidad, su aplicación en las unidades hospitalarias sigue siendo insuficiente, a pesar de que haya surgido un esfuerzo para que esta filosofía de atención forme parte efectiva de la práctica diaria de los enfermeros. Se realizó un estudio casi experimental, de tipo pre-test y con un post-test sin grupo de control, basado en una metodología cuantitativa, cuyos objetivos fueron evaluar el impacto de la formación y de un manual de buenas prácticas en los conocimientos de los enfermeros y en su percepción con respecto a la aplicación de los CCF en pediatría. La muestra consistió en 24 enfermeros de un servicio de pediatría, a quienes se les hicieron tres cuestionarios. Se confirmó que existían diferencias positivas entre los conocimientos de los Enfermeros sobre los CCF y su percepción acerca de la aplicación de esta filosofía en la práctica diaria, antes y después de la formación y de la implementación del manual de buenas prácticas, lo cual demuestra el impacto y la eficacia de la intervención desarrollada con vistas a la adopción de esta filosofía en las unidades pediátricas.

**Palabras clave:** atención de enfermería; enfermería pediátrica; enfermería de la familia; formación

Recebido para publicação em: 22.12.11

Aceite para publicação em: 17.05.12

## Introdução/quadro teórico

Perante a conjectura atual e a complexidade do cuidar em Enfermagem, a produção, renovação e desenvolvimento de conhecimentos oriundos da evidência científica têm sido uma prioridade, no sentido de encontrar respostas seguras, visíveis e eficazes aos problemas e alcançar a constante melhoria dos cuidados.

Na área pediátrica, constata-se uma crescente preocupação dos profissionais em humanizar os cuidados à Criança doente. A procura de meios que ajudem a enfrentar as adversidades da hospitalização tem sido constante, representando a permanência dos Pais/Família nos serviços de pediatria um exemplo do esforço desenvolvido. Esta situação acarreta, em contrapartida, outras exigências, dado que é consensual que a doença e hospitalização da Criança é multifacetada e tem diversos efeitos na Família, constituindo-se geralmente como foco de desestabilização familiar, podendo levar ao seu desequilíbrio (Schultz, 2007). A hospitalização da Criança gera mudanças psicoemocionais nos relacionamentos e na dinâmica da Família, não devendo por isso os cuidados de Enfermagem ser desvinculados dela e das suas necessidades, o que implica conhecimentos específicos e uma sensibilidade especial (Fernandes, Andraus e Munari, 2006).

A Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente defende, para a área da Saúde Infantil e Pediatria, uma conceção do cuidar baseada numa prática de cuidados centrada na unidade familiar, que vise a sua promoção e que envolva tomadas de decisão assentes numa parceria entre Crianças, Pais e Enfermeiros (Portugal, 2009). Os CCF baseiam-se no pressuposto de que a Família é também alvo dos cuidados, procurando-se manter e reforçar os papéis e laços da Família com a Criança e ajudar a manter a normalidade das rotinas familiares (Cardoso, 2010). A sua essência, em Pediatria, é o reconhecimento do papel fundamental da Família na vida da Criança, visando fornecer apoio profissional à Criança/Família através do envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação das Famílias e pela negociação. As suas forças e capacidades são reconhecidas, enaltecidas e valorizadas no planeamento e prestação de cuidados, passando de espetadora passiva a coadjuvante e integrada no tratamento, recebendo orientação e sendo treinada para participar nele (Pedro, 2009).

Apesar de reconhecidas as vantagens da aplicação dos CCF em Pediatria, a revisão de literatura sugere que não existe uma implementação efetiva nos serviços. A Família ainda é vista de forma fragmentada, continuando os cuidados a ser dirigidos ao indivíduo, sem considerar o seu contexto familiar (Figueiredo, 2009). Schultz (2007) acrescenta que a assistência à Família não é uma realidade em muitos hospitais, e que embora os Enfermeiros saibam o valor e o significado de cuidar a Família, poucos o colocam em prática, continuando a abordagem centrada na Família a ser a expressão de um ideal e não uma vivência. Os Enfermeiros continuam a assumir que a implementação dos CCF é difícil, a demonstrar uma posição de controlo e poder (Gomes, 2007) e a não aplicar efetivamente esses princípios (Cruickshank *et al.*, 2005). De igual modo, Cardoso (2010), ao avaliar a perceção dos Pais durante a hospitalização da Criança, concluiu que alguns sentem que as suas necessidades não foram valorizadas e que os Enfermeiros tiveram em atenção especialmente as dos filhos. Isto é revelador de que cuidar a Família não é ainda muito explícito na atividade dos Enfermeiros, o que torna evidentes os desafios a serem superados para que os CCF se desenvolvam enquanto prática prevalente no contexto das instituições.

Considerar a Família como uma perspetiva de trabalho ainda constitui, portanto, um desafio para os profissionais de saúde, sendo necessário um maior empenho para que esta corrente se reflita na prestação de cuidados. A aproximação e sensibilização dos profissionais a pensarem na Família como unidade de cuidados constituem, por isso, aspetos emergentes na pesquisa em Enfermagem (Silveira e Angelo, 2006).

Como fatores condicionantes à implementação dos CCF são apontados a falta de tempo, conhecimento e habilidades para os pôr em prática. Figueiredo (2009) concluiu que, na opinião dos Enfermeiros, estes se localizam na estrutura organizacional e estão relacionados com o tempo, inexistência de modelos conceptuais ajustados às práticas e escassa formação quanto ao trabalho com Famílias. Para Ferreira e Costa (2004) a atitude dos profissionais, as políticas da instituição e das próprias unidades de saúde são também determinantes.

Efetivamente, embora se considerem os CCF como um caminho para a excelência dos cuidados em pediatria, as práticas continuam a focalizar-se nas necessidades da Criança (Cardoso, 2010). Revela-se assim emergente prestar atenção a esta problemática no sentido de a compreender e contribuir para a tornar evidente na prática de Enfermagem.

Sabe-se que a atitude dos Enfermeiros relativamente aos CCF é determinante para a sua implementação. Assim, conhecer a sua conceção acerca deste modelo de cuidados pode esclarecer como estão a construir o conhecimento e como o utilizam no exercício profissional.

Guerra (2008) enfatiza a formação como uma prática de recursos humanos cujos objetivos passam pela promoção e modificação de comportamentos e competências individuais no sentido de melhorar o desempenho coletivo e atingir os objetivos organizacionais. Deste modo, a formação contínua dos Enfermeiros constitui um meio de excelência para a concretização da missão dos serviços, o que justifica a sua seleção como estratégia privilegiada de intervenção no âmbito deste estudo.

A realização da formação, mediante a responsabilização de todos perante o modelo, vai de encontro à sugestão de Mano (2002), que a define como estratégia primordial para aumentar a sua aplicação na prática e para que se constitua como cultura do serviço. De igual modo Figueiredo (2009), num trabalho desenvolvido nos cuidados de saúde primários com o objetivo da efetivação de uma prática de Enfermagem baseada nas premissas dos CCF, identificou o processo formativo como fundamental na sua operacionalização. Concluiu ainda a sua efetividade na melhoria das práticas centralizadas na Família e na sua documentação. Sousa (2006) sugere que nas sessões seja potenciada a reflexão sobre as práticas e os sistemas de valores associados às mesmas, pois esta constitui a base processual da modificação de comportamentos e incorporação de novos modelos de cuidados.

Complementarmente, considerou-se oportuna a criação de um manual de boas práticas crendo que representaria um documento facilitador do percurso de consolidação de uma intervenção sistematizada nesta área. Esta opção é concordante com Moore *et al.* (2003), que sugere a elaboração de linhas de orientação para nortear e definir a conduta dos profissionais.

O estudo atual teve como objetivo geral avaliar o impacto da formação e de um manual de boas práticas nos conhecimentos dos Enfermeiros e na sua perceção quanto à aplicação prática dos CCF em Pediatria. Os objetivos específicos foram avaliar o nível de conhecimentos dos Enfermeiros sobre os CCF e a sua perceção quanto à aplicação na prática diária, antes e depois da formação e da apresentação do manual de boas práticas e identificar fatores

condicionantes à efetivação deste modelo em Pediatria.

## Metodologia

O tipo de estudo selecionado foi quase experimental do tipo pré-teste, pós-teste, sem grupo de controlo. Centrou-se na produção de conhecimento sobre uma realidade com a finalidade de encontrar, num contexto específico da prática, soluções para problemas, criando mudança. Incluiu o diagnóstico do problema, o desenvolvimento e implementação de um plano de ação, e a avaliação dos seus efeitos.

Foram definidas como variáveis dependentes os conhecimentos dos Enfermeiros sobre os CCF e a sua perceção quanto ao desenvolvimento de práticas de cuidados baseadas nessa filosofia e como independentes a formação realizada e a implementação de um manual de boas práticas. As hipóteses foram as seguintes:

H1 – A realização da formação e a apresentação do manual de boas práticas sobre CCF é eficaz na melhoria dos respetivos conhecimentos dos Enfermeiros.

H2 - A realização da formação e a apresentação do manual de boas práticas sobre CCF é eficaz na melhoria da perceção dos Enfermeiros quanto ao desenvolvimento de práticas tendo em conta uma abordagem centrada na Família.

A amostra foi recrutada por acessibilidade e correspondeu a todos os Enfermeiros do serviço de pediatria de um hospital da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, que engloba as valências de Urgência Pediátrica, Consulta Externa, Internamento Pediátrico, no foro médico e cirúrgico, e Unidade de Cuidados Especiais ao Recém-Nascido. Foram excluídos apenas o Enfermeiro-Chefe, por se encontrar afastado da prestação de cuidados, e duas Enfermeiras que desempenham funções apenas na Consulta Externa.

Para a recolha de dados utilizaram-se três questionários aplicados à mesma amostra em diferentes fases do estudo e que foram alvos de pré-teste, dado que a sua construção foi da autoria do autor tendo como base os referenciais teóricos atualizados sobre a temática em estudo. O primeiro, aplicado no seu início, permitiu a caracterização sociodemográfica e profissional da amostra; a avaliação dos seus conhecimentos sobre os CCF, incluindo para esse efeito 33 asserções que os Enfermeiros assinalaram como «verdadeiras», «falsas» ou «não sei», sendo

atribuído o *score* 0 às respostas erradas e às cuja resposta foi «não sei», e 1 às respostas corretas; e a sua percepção quanto à aplicação prática desta filosofia de cuidados onde a amostra assumia, perante as afirmações, a periodicidade da sua implementação através de uma escala tipo Likert de 5 pontos, de 1 («poucas vezes») a 5 («sempre»). Continha ainda uma questão para identificar os fatores condicionantes à implementação das práticas centradas na Família. O segundo, aplicado imediatamente após a realização da formação e apresentação do manual de boas práticas, teve novamente a finalidade de avaliar os conhecimentos dos Enfermeiros sobre os CCF, sendo por isso utilizadas as mesmas asserções do questionário inicial. O terceiro, implementado cerca de 1 mês após a intervenção, tinha as mesmas premissas que o questionário inicial e permitiu avaliar novamente a percepção dos Enfermeiros quanto ao desenvolvimento de práticas baseadas nesse paradigma.

A operacionalização do estudo obedeceu a três fases que se desenrolaram em abril e maio de 2011. Uma primeira, em que foi aplicado o questionário inicial, para efetivar o diagnóstico da situação. Numa segunda fase, foi realizada, a todos os Enfermeiros envolvidos no estudo, uma sessão de formação que teve como principal finalidade refletir sobre a prática de cuidados de Enfermagem à luz dos CCF e, deste modo, promover a sua melhoria e uniformização. Foi desenvolvida em pequenos grupos, utilizando uma metodologia ativa que potenciou a discussão, reflexão, interatividade e partilha de opiniões. Foram abordados alguns conteúdos teóricos, nomeadamente os princípios e fundamentos da prática de CCF e a sua relevância em pediatria, e discutidos aspetos que se prendem com o acolhimento, avaliação e intervenção na família. No decorrer da formação foi apresentado o manual de boas práticas fazendo referência ao seu conteúdo, que vai de encontro aos aspetos abordados na formação, e destacando e concretizando aspetos que dele contam e que melhor caracterizam uma prática de cuidados centrada na Família. Este manual ficou disponível no serviço para consulta a partir desse dia sendo a sua existência relembrada nas passagens de turno. No final da formação foi aplicado aos participantes o segundo questionário, e um mês depois o terceiro.

Neste estudo foram tidas em conta as obrigações formais e éticas inerentes à realização de investigação, como a obtenção de parecer favorável dos responsáveis da instituição onde foi desenvolvido. Foram respeitados os critérios éticos e direitos

fundamentais das pessoas, protegendo a sua individualidade, liberdade e dignidade. Procedeu-se ao consentimento informado dos sujeitos e salvaguardou-se a confidencialidade e anonimato na apresentação dos resultados que foram isentos de interpretações ou manipulações.

O tratamento dos dados foi efetuado com o programa informático *SPSS (Statistical Package for the Social Science)* na versão 14.0. Utilizou-se a estatística descritiva calculando as frequências absolutas e relativas percentuais, limites mínimo e máximo, médias, medianas, desvios padrão e coeficiente de variação. Para testar as hipóteses recorreu-se ao teste não-paramétrico de Wilcoxon para amostras emparelhadas. As diferenças foram consideradas estatisticamente significativas sempre que  $p < 0,05$ .

## Resultados

A amostra incluiu 24 Enfermeiros, 21 (87,5%) do sexo feminino e com idades entre 22 e 55 anos, correspondendo a uma média de 35,3 anos (DP=9,6). Tinham em média 151,8 meses de experiência profissional (DP=121,1), o que equivale aproximadamente a 13 anos, e 134,3 meses de experiência na área pediátrica (DP=119,2), ou seja, cerca de 11 anos. Quanto às habilitações 14 (58,3%) possuíam o Curso de Licenciatura em Enfermagem, 6 (25%) o Curso de Pós Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 3 (12,5%) Curso de Bacharelato em Enfermagem e 1 (4,2%) o Curso de Enfermagem Geral.

23 (95,8%) dos indivíduos assumiu saber o que significam os CCF. Apenas 6 (25%) afirmaram que já assistiram a uma formação sobre essa temática embora a totalidade da amostra considerasse que seria importante a sua frequência. Relativamente à aplicação dos CCF no Serviço de Pediatria, 16 (66,7%) indivíduos afirmaram que é muito importante, 6 (25%) bastante importante e 2 (8,3%) moderadamente importante. Ao serem questionados relativamente ao grau de conhecimento que consideravam possuir sobre esta metodologia de trabalho, antes da frequência da formação, 4 (16,7%) dos inquiridos assumiram ter pouco conhecimento, 17 (70,8%) algum conhecimento, 2 (8,3%) bastante conhecimento, e 1 (4,2%) muito conhecimento. Após a formação 13 (54,2%) referiram possuir algum conhecimento, 9 (37,5%) bastante conhecimento e 2 (8,3%) muito conhecimento.

O aumento no nível de conhecimentos percebido pelos Enfermeiros é comprovado mediante o aumento, em todos os indivíduos, do número de respostas corretas quando comparados os dois momentos, ou seja, após a formação a apresentação do manual de boas práticas todos evidenciaram possuir maiores conhecimentos, tal como se

depreende da análise do gráfico 1. Esse aumento representou um acréscimo de respostas corretas que oscilou entre 15,1% e 42,4%, correspondendo a uma média de aumento de 28,8% no segundo momento de avaliação. Constatou-se também, em todas as asserções, um aumento do número de respostas corretas entre os dois momentos.

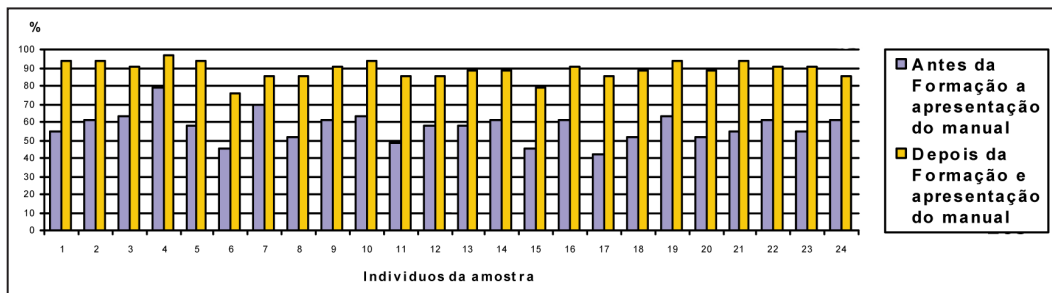


GRÁFICO 1 – Percentagem de respostas corretas antes e depois da formação e apresentação do manual de boas práticas, por indivíduo.

Quando analisados os conhecimentos efetivos da totalidade da amostra verificou-se que, de entre as 33 asserções apresentadas no questionário, esta, antes da formação e apresentação do manual de boas práticas, assinalou corretamente como verdadeiras ou falsas em média 18,9 (57,3%) (DP=2,7), o que corresponde a uma mediana de 19 questões, e após a 29,3 (88,8%) (DP=1,7), ou seja, uma mediana de 29,5. Aplicando o teste estatístico adequado, nomeadamente o de Wilcoxon, comprova-se que existem diferenças no sentido positivo ( $Z=-4,3$ ;  $p=0,0$ ) (quadro 1).

Particularizando os conhecimentos em três áreas fundamentais para a compreensão desta filosofia de cuidados, as vantagens, princípios subjacentes e estratégias de implementação na prática, pode-se inferir que em todas elas se verificou o aumento dos conhecimentos dos Enfermeiros (quadro 1). Constatou-se também que esse aumento foi maior nos princípios subjacentes à filosofia dos CCF, em

que se verificou um acréscimo de respostas corretas na ordem dos 37,1%. Essa era também a área em que inicialmente os conhecimentos dos Enfermeiros eram menores, respondendo corretamente apenas a 45% das questões, seguidos das estratégias de implementação, em que acertaram em 65,4% e, por último, as vantagens inerentes em que assinalaram acertadamente como verdadeiras ou falsas 70% das asserções apresentadas. Após a formação esta última área constituiu também aquela em que os Enfermeiros demonstraram maiores conhecimentos (com 96,7% das questões respondidas corretamente), seguida das estratégias de implementação na prática (com 92,3%) e por fim dos princípios inerentes aos CCF que continuou a representar a área em que os conhecimentos são menores (com 82,1%), apesar do aumento constatado. Comprovou-se, mediante a aplicação do teste de Wilcoxon, que foram encontradas diferenças, em todas as áreas, no sentido positivo, como se pode observar no quadro 1.

QUADRO 1 – Estatísticas e resultados dos testes de Wilcoxon à comparação dos conhecimentos dos Enfermeiros antes e depois da Formação e apresentação do manual.

Conhecimentos sobre CCF	Antes da formação e apresentação do manual					Depois da formação e apresentação do manual					Sentido das diferenças		Z	P
	min	max	md		DP	min	max	md		DP	neg	pos		
Vantagens	2	6	4	4,2	1	4	6	6	5,8	0,5	0	10	-3,9	0,0
Princípios subjacentes	4	10	6	6,3	1,5	8	14	12	11,5	1,5	0	12,5	-4,3	0,0
Estratégias de implementação	6	11	8,5	8,5	1,4	11	13	12	12	0,7	0	12	-4,2	0,0
Total	14	26	19	18,9	2,7	25	32	29,5	29,3	1,7	0	12,5	-4,3	0,0

Como condicionantes à aplicação dos CCF em pediatria 16 (66,7%) indivíduos apontaram a falta de informação sobre estratégias de implementação na prática, 12 (50%) as rotinas hospitalares, 10 (41,7%) a existência de Famílias difíceis, 7 (29,2%) a divergência na equipa de cuidados quanto à sua aplicação e 6 (25%) o desconhecimento da importância deste modelo.

Cerca de um mês após a apresentação e implementação do manual de boas práticas 19 (79,2%) elementos da amostra assumiram já o ter consultado. Quanto à opinião que tinham sobre ele, 18 (73,7%) referiram considerá-lo muito adequado e 6 (26,3%) adequado. Ao analisar a perceção dos Enfermeiros quanto à aplicação dos CCF na prática diária pode constatar-se, no quadro 2, que houve um aumento da mediana e da média de respostas em todos os aspetos introduzidos. No primeiro momento de avaliação esta última foi de 3,20, o que significa que, relativamente aos aspetos avaliados, a amostra assumiu a sua realização «algumas vezes». Após a formação e implementação do manual de boas práticas, a média rondou os 4,16, o que expressa a perceção dos Enfermeiros quanto a uma aplicação mais efetiva dos CCF caracterizada como «muitas vezes». Estes dados refletem a evolução conseguida.

Aplicando o teste de *Wilcoxon*, verificou-se que existiram diferenças na totalidade dos *itens* (em todos no sentido positivo), destacando-se alguns em que foi mais expressivo como a «Promoção da tomada de decisão da Família sobre as suas vidas e sobre o tratamento e futuro da Criança», «Preocupação com o bem-estar de toda a Família», «Realização de intervenções de Enfermagem centradas no interesse da Criança e da Família», «Desenvolvimento de

estratégias de apoio à Família» e «Capacitação da Família para a tomada de decisão em termos de saúde». Em relação à «Utilização de práticas adaptadas às crenças e valores da Família», «Partilha de informação com a Família», «Avaliação das reações da Família à doença», «Encorajamento da permanência constante da Família junto da Criança», «Estabelecimento de relação honesta e comunicação aberta com a Família», «Capacitação da Família», «Valorização do sofrimento da Família e desenvolvimento de atividades no sentido de o minimizar», «Realização de registos de Enfermagem sobre as necessidades/problemas identificados na Família» e «Realização de registos de Enfermagem sobre as intervenções realizadas na Família», as diferenças são estatisticamente não significativas.

Da análise da tabela, pode-se ainda inferir que mesmo após a formação e implementação do manual de boas práticas, existem aspetos percecionados pelos Enfermeiros como menos aplicados que coincidem, na sua generalidade, com aqueles em que as diferenças são estatisticamente não-significativas. Existem também alguns que se destacam por apresentarem, no final, médias de respostas mais altas o que demonstra que constituem aspetos percecionados como aplicados com maior frequência, nomeadamente a «Estimulação das atividades que os Pais devem desenvolver no âmbito do papel parental», «Envolvência da Família na prestação de cuidados», «Valorização das capacidades das Famílias», «Informação sistemática da Família», «Permissão à Família para manter o controlo da situação da Criança» e «Respeito pela opinião da Família em relação à melhoria e agravamento da situação da Criança».

QUADRO 2 – Estatísticas e resultados dos testes de Wilcoxon à comparação da perceção dos Enfermeiros quanto à aplicação dos CCF na prática diária, antes e depois da formação e da implementação do manual.

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS QUANTO À APLICAÇÃO DOS CCF NA PRÁTICA DIÁRIA (n=24)										
	Antes			Depois			Sentido das diferenças		Z	P
	md		DP	md		DP	neg	pos		
Avaliação das necessidades da Família na admissão da Criança	3	2,8	0,7	4	3,9	0,5	0	9,5	-3,8	0,0
Avaliação das capacidades da Família para a prestação de cuidados	3	3,1	0,7	4	4,2	0,5	0	10,5	-4,2	0,0
Valorização das capacidades da Família	3,5	3,5	0,6	5	4,6	0,5	0	9,5	-3,9	0,0
Envolvência da Família na prestação de cuidados	4	3,6	0,6	5	4,6	0,7	7	10,7	-3,8	0,0
Avaliação das necessidades da Família durante o internamento	3	3,1	0,6	4	4,2	0,6	0	9,5	-3,8	0,0
Planeamento e implementação de intervenções para resolução de problemas da Família	3	2,8	0,6	4	4	0,8	7	11,2	-3,9	0,0
Utilização de práticas adaptadas às crenças e valores de cada Família	3	3,3	0,7	3	3,5	0,6	7	7	-1,4	0,2
Partilha de informação com a Família	4	3,7	0,8	4	3,6	0,7	9	9	-0,2	0,8

Avaliação das reações da Família à doença	3	3,4	0,7	4	3,8	0,7	5,9	8,4	-1,5	0,1
Avaliação das estratégias utilizadas pela Família para a resolução de problemas	3	2,9	0,8	4	4	0,6	0	9,5	-3,8	0,0
Avaliação dos recursos da Família	3	2,6	0,8	4	3,7	0,7	5,5	11,1	-3,6	0,0
Demonstração de disponibilidade para atender às solicitações da Família	4	3,8	0,8	5	4,7	0,6	0	8,5	-3,7	0,0
Desenvolvimento de estratégias de apoio à Família	3	2,8	0,7	4	4,2	0,7	0	11	-4,1	0,0
Capacitação da Família para a tomada de decisão	3	3	0,6	4	4,4	0,6	0	11	-4,1	0,0
Flexibilidade dos horários dos cuidados	3,5	3,5	0,6	5	4,5	0,7	6,5	10,2	-3,7	0,0
Promoção de apoio aos Pais na manutenção do seu papel parental	3	3,3	0,8	5	4,5	0,7	0	9	-3,7	0,0
Realização de explicações sobre como a Família pode prestar cuidados	3	3,3	0,9	5	4,5	0,7	6,5	12	-3,8	0,0
Encorajamento da permanência constante da Família junto da Criança	4	4,1	0,7	4	4,1	0,7	8,5	9,6	0,0	1
Negociação da participação dos Pais nos Cuidados	3	3,1	1	4	4,2	0,6	5,5	10,5	-3,5	0,0
Colaboração com a Família na aquisição e aperfeiçoamento de habilidades no cuidar	3	3,3	0,9	4	4,3	0,5	5	9,8	-3,6	0,0
Respeito pelos conhecimentos da Família	4	3,5	0,8	5	4,5	0,7	6	10,5	-3,4	0,0
Estabelecimento de relação honesta e comunicação aberta com a Família	4	3,8	0,6	4	4,1	0,8	6,5	7,2	-1,5	0,1
Preocupação com o bem-estar familiar	3	3,1	0,8	5	4,5	0,6	2,5	10,4	-3,8	0,0
Apoio psicológico, emocional e suporte à Família enquanto prestadora de cuidados	3	3,1	0,8	4	4,3	0,6	6	11,3	-3,9	0,0
Valorização dos problemas familiares que não estão diretamente relacionados com a Criança	3	2,8	0,6	4	4	0,7	7	11,2	-3,9	0,0
Desenvolvimento de intervenções centradas no interesse da Criança e da Família	3	2,9	0,8	4	4,3	0,5	5	11,3	-3,9	0,0
Capacitação da Família	4	3,5	0,8	4	3,8	0,6	6	7,4	-1,6	0,1
Valorização e respeito pelas perspectivas e escolhas da Família	3	3,1	0,7	4,5	4,5	0,6	6	11,8	-4,0	0,0
Integração dos conhecimentos, valores, crenças e aspetos culturais no planeamento dos cuidados	3	3,1	0,8	4	4,2	0,7	5	10,3	-3,7	0,0
Permissão para que os Pais decidam quando e como querem cuidar	3	3,2	0,6	4	4,4	0,6	0	10	-3,9	0,0
Informação sistemática da Família	3	3,4	0,8	5	4,6	0,5	0	10	-3,9	0,0
Valorização das necessidades físicas dos Pais	3	3,3	0,7	4	4,3	0,6	6,5	10,2	-3,7	0,0
Promoção da tomada de decisão da Família sobre a sua vida e sobre o tratamento e futuro da Criança	3	2,8	0,8	4	4,3	0,6	0	11	-4,1	0,0
Estimulação das atividades que os Pais devem desenvolver no âmbito do papel parental	4	3,8	0,9	5	4,7	0,6	0	8,5	-3,7	0,0
Permissão à Família para manter o controlo da situação da Criança	3	3,3	0,6	5	4,6	0,5	0	11	-4,1	0,0
Respeito pela opinião da Família quanto à melhoria e agravamento da situação da Criança	3	3,4	0,7	5	4,6	0,5	0	10,5	-4	0,0
Demonstração de atenção pelas necessidades de outros membros da Família	3	2,9	0,7	4	4	0,6	0	10	-4	0,0
Valorização do sofrimento da Família e desenvolvimento de atividades para o minimizar	3,5	3,4	0,7	4	3,8	0,8	8,5	10,7	-1,9	0,1
Realização de registos sobre as necessidades e problemas da Família	2	2,4	0,8	3	2,8	0,6	10	10,7	-1,9	0,1
Realização de registos sobre as intervenções realizadas na Família	2	2,4	0,8	3	2,7	0,6	9	10,6	-1,4	0,2

## Discussão

Mediante a análise dos resultados verificou-se que a maioria dos Enfermeiros consideram que a prática dos CCF em Pediatria se revela muito importante, à semelhança dos dados obtidos por Mano (2002) que, num estudo cujo objetivo era identificar a predisposição dos Enfermeiros e dos Pais para aderir a um modelo de parceria de cuidados, comprovou que estes manifestavam claramente uma atitude positiva em relação ao modelo.

Constatou-se que os Enfermeiros, apesar de no início já terem alguns conhecimentos sobre a temática,

possuíam ainda lacunas importantes desconhecendo ainda 42,7% das questões. No entanto, após a formação e apresentação do manual de boas práticas, esses conhecimentos aumentaram significativamente, passando a responder incorretamente apenas a 11,2% das asserções e demonstrando assim possuir um elevado grau de conhecimentos. Pode-se comprovar, mediante a aplicação do teste de Wilcoxon, que existem diferenças no sentido positivo ao nível dos conhecimentos dos Enfermeiros sobre a problemática em estudo antes e depois da formação e apresentação do manual de boas práticas, o que significa uma melhoria nos conhecimentos e sustenta a primeira

hipótese em estudo. Desta forma, pode-se inferir que a formação foi eficaz e que constitui uma estratégia de excelência que contribuiu para o desenvolvimento dos conhecimentos dos Enfermeiros nesta área, tal como Mano (2002) sugere. Estes resultados vão igualmente de encontro aos obtidos por Figueiredo (2009), que comprovou a efetividade do processo formativo sobre CCF quer nas práticas quer na documentação de cuidados associada.

Pode-se ainda depreender, analisando de forma mais particular as diferentes áreas relacionadas com este modelo de cuidados, que a que evidenciou maior défice de conhecimentos dos Enfermeiros, antes e depois da formação e apresentação do manual de boas práticas, foram os princípios, seguidos das estratégias de implementação e por último as vantagens. Estes dados vêm demonstrar que, à semelhança do que defende Schultz (2007), os Enfermeiros são conhecedores das vantagens deste modelo de prestação de cuidados. Por outro lado, levanta a necessidade de investir mais na formação quanto às estratégias inerentes a esta prática de cuidados pois, além de constituir uma área em que existe défice de conhecimentos, considera-se que é determinante para a sua operacionalização. Mas estará o défice de conhecimentos dos Enfermeiros sobre os CCF relacionado com a sua formação de base? Figueiredo (2009), mediante a análise do plano de estudos do Curso de Licenciatura em Enfermagem, verificou que os conteúdos referentes a este tema eram muito deficientes. Sendo os CCF uma temática de extrema relevância no contexto dos cuidados de enfermagem em geral, e na Pediatria em particular, parece pertinente sugerir que seja aprofundada na formação de base dos Enfermeiros, uma vez que após início da prática, a mudança é mais difícil (Lee, 2007). No que diz respeito à perceção dos Enfermeiros quanto à aplicação deste modelo de cuidados na prática diária verificou-se que, no início do estudo, na maioria dos *itens* apresentados, estes assumiram a sua aplicação «algumas vezes» e que, no final, passaram a caracterizá-la como acontecendo «muitas vezes». Verificou-se igualmente que em todos os aspetos se apurou um aumento da média de respostas, sendo este estatisticamente significativo na grande maioria, conforme resultados do teste de Wilcoxon. Isto denota a evolução quanto à efetivação dos CCF na prática diária dos Enfermeiros, conseguida com a formação e implementação do manual de boas práticas, e comprova parcialmente outra das hipóteses, nomeadamente a de que “A realização

da formação e a apresentação do manual de boas práticas sobre CCF é eficaz na melhoria da perceção dos Enfermeiros quanto ao desenvolvimento de práticas tendo em conta uma abordagem centrada na Família”. Mais uma vez os resultados coincidem com os de Figueiredo (2009).

Os aspetos em que se registou um aumento estatisticamente não-significativo coincidem, de modo geral, com os que inicialmente já expressavam médias altas, o que quer dizer que já eram de certa forma refletivos na prática. Este facto pode justificar a ausência de evolução significativa. Como exceção destacam-se duas premissas referentes aos registos sobre as necessidades/problemas identificados na Família, assim como as intervenções realizadas, cujas médias eram inicialmente das mais baixas e, após a formação e a implementação do manual, essa condição se mantém. Esta situação é concordante com os resultados obtidos por Figueiredo (2009), que, mediante a análise retrospectiva dos processos clínicos, verificou que efetivamente as práticas de cuidados centradas na Família eram pouco registadas. Revela-se portanto necessária a reformulação dos registos, assumindo-se a possibilidade de a implementação da linguagem CIPE® no serviço, já atualmente prevista, constituir um contributo relevante neste âmbito. A seriação de diagnósticos e intervenções de Enfermagem relacionados com os CCF poderá constituir uma forma de aumentar o seu registo.

Perante estes resultados constata-se que os Enfermeiros, apesar de predispostos a aderir a este modelo de prestação de cuidados, conforme se pode perceber pelo assumir da sua importância e de possuírem no final do estudo um nível elevado de conhecimentos, continuam a demonstrar uma aplicação deficiente de determinados aspetos relacionados. Revela-se assim ainda um longo trajeto a percorrer para que os CCF se constituam em pleno como fundamento à prestação de cuidados em Pediatria, tal como defende Moore *et al.* (2003), sendo necessário um maior empenho para que se reflita na prática.

Surgem então outras questões: Que fatores estarão a impedir que esta prática de cuidados se mostre efetiva? A cultura da organização? O método de trabalho utilizado? Que outras estratégias poderão contribuir para uma melhoria nessa área? Relativamente aos fatores percecionados pelos Enfermeiros como influentes na aplicação dos CCF, os resultados demonstram que estes destacam a falta de

informação sobre estratégias de implementação desta metodologia de trabalho na prática e a existência de rotinas hospitalares. Estes resultados são consonantes com os obtidos por Figueiredo (2009). No que diz respeito à organização em si, nunca serão demais os esforços no sentido da sensibilização dos seus responsáveis para as vantagens desta metodologia de trabalho, mediante resultados comprovados da sua eficácia. A flexibilização das normas e rotinas institucionais poderá também constituir uma estratégia viável para uma implementação mais efetiva e mais facilitada desta filosofia. Quanto ao método de organização do trabalho, como facilmente se pressupõe, implica a existência de uma profunda relação Enfermeiro/Família que parece facilitada pela metodologia de trabalho por Enfermeiro responsável, com partilha de competências entre este e a Família (Ferreira e Costa, 2004). O modelo de Enfermeiro de referência pode ser também mais uma forma de operacionalizar os CCF no serviço. Parece ainda oportuna a sugestão de Mano (2002) que sugere a reestruturação do acolhimento da Criança/Família, pois é nessa altura que todo o processo se inicia, com a identificação da mais-valia da Família e a expressão do seu valor na participação nos cuidados. No contexto deste trabalho foi já dada alguma atenção a esse aspeto na formação e na elaboração do manual de boas práticas, embora se reconheça que seria importante maior investimento.

## Conclusão

Com este estudo foi possível a concretização dos objetivos definidos e o teste das hipóteses levantadas. Constatou-se uma melhoria ao nível dos conhecimentos dos Enfermeiros sobre os CCF, assim como na sua perceção quanto à aplicação deste modelo de prestação de cuidados na prática diária após a formação e a implementação do manual de boas práticas. Comprovou-se, desta forma, a adequação das estratégias de intervenção selecionadas. Identificaram-se como principais fatores condicionantes à aplicação dos CCF na prática dos Enfermeiros a falta de informação sobre estratégias de implementação e as rotinas hospitalares.

Apesar da evolução conseguida, os resultados revelam ainda alguma centralização dos cuidados na Criança, embora mais acentuada no início do estudo. Isto é revelador de que cuidar da Família não é ainda uma componente muito explícita na atividade dos

Enfermeiros, evidenciando-se os desafios a serem superados para que os CCF se desenvolvam enquanto prática prevalente no contexto dos cuidados de Enfermagem da instituição.

Com a realização deste estudo não se pretendem efetuar conclusões nem generalizações, mas sim refletir e tecer considerações sobre a prestação de cuidados em Pediatria, baseada numa prática centrada na Família. É intenção do autor que a sua realização permita a reflexão e abertura das mentalidades para a consecução de um verdadeiro trabalho com Famílias, integrando um espírito de confiança. Ambiciona que sirva para que os Enfermeiros reflitam e reconsiderem os cuidados à Criança pensando a Família. Os resultados levantam algumas questões que convidam não só à reflexão sobre a prática mas também ao potencial desenvolvimento de projetos de investigação. Seria interessante a complementação deste estudo com outro, exploratório e descritivo, que avaliasse a perceção dos Pais e/ou outros cuidadores quanto à aplicação, pelos Enfermeiros, dos CCF. A análise dos processos clínicos a fim de avaliar a frequência com que a equipa de Enfermagem procede a registos referentes a avaliações e intervenções na Família, assim como analisar esses mesmos registos para identificar que informação é registada seria, neste contexto, igualmente útil. Parece também relevante a realização de um trabalho que permitisse averiguar em que medida esses aspetos se refletem efetivamente na prestação de cuidados. O estabelecimento de correlações entre as diferentes variáveis em estudo e os atributos da amostra poderia ainda revelar resultados interessantes. Uma reavaliação posterior dos conhecimentos dos Enfermeiros sobre os CCF poderia ainda ser útil para demonstrar que tipo de contributo a consulta do manual de boas práticas poderia ter dado ou não no aumento dos conhecimentos, assim como a necessidade de repetir a formação posteriormente.

Ao longo do percurso de investigação surgiram oportunidades privilegiadas e momentos de reflexão e aprendizagem que contribuíram para o crescimento profissional e pessoal do autor e para melhorar o desempenho da prática de cuidados de Enfermagem. Surgiram também limitações, nomeadamente o facto de não ter sido possível alargar o estudo a outras unidades de Pediatria, o que constituiu uma condicionante à riqueza e significado dos resultados obtidos. Pensa-se que uma intervenção mais continuada, com o desenvolvimento de outras atividades formativas poderia ser relevante. De igual

modo, dando continuidade ao trabalho desenvolvido, considera-se oportuna a repetição da colheita de dados passado um ano a fim de comparar novamente os resultados.

Uma vez refletida e discutida a prática de cuidados baseada no modelo centrado na Família facilmente se percebe que efetivamente se está a operar uma transformação do cuidar dos Enfermeiros em Pediatria rumo a práticas baseadas no relacionamento entre Criança/Família/Enfermeiro e conseqüentemente à excelência e qualidade dos cuidados. Sem perder, no entanto, a noção de que efetivamente existe ainda um longo percurso a percorrer para que esta filosofia de cuidados seja plenamente refletida nos cuidados prestados.

Em suma, considera-se que o estudo desenvolvido é pertinente e tem potencial, podendo influenciar de alguma maneira a prática de Enfermagem beneficiando as Crianças e Famílias, numa construção de competências dirigidas à promoção de respostas aos problemas de saúde e aos processos de vida.

## Referências bibliográficas

CARDOSO, Ana Cristina de Almeida (2010) - **Experiências dos pais na hospitalização da criança com doença aguda** [Em linha]. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. [Consult. 15 Abr. 2011]. Dissertação de mestrado. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio-aberto.up.pt>>.

CRUICKSHANK, Mary [et al.] (2005) - Implementing family-centered care: an exploration of the beliefs and practices of paediatric nurses. **Australian Journal of Advanced Nursing** [Em linha]. Vol 23, nº 1. [Consult. 6 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://http://www.ajan.com.au/Vol23/Vol23.1-4.pdf>>.

FERNANDES, Carla Natalina da Silva ; ANDRAUS, Lourdes Maria da Silva ; MUNARI, Denize Bouttelet (2006) - O aprendizado do cuidar da família da criança hospitalizada por meio de atividades grupais. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Em linha]. Vol. 8, nº 1, p. 108-118. [Consult. 10 Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.fen.ufg.br>>.

FERREIRA, Manuela M. ; COSTA, Maria F. (2004) - Cuidar em parceria: subsídio para a vinculação pais/bebé pré-termo. **Millenium - Revista do IPV** [Em linha]. Nº 30. [Consult. 7 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ipv.pt>>.

FIGUEIREDO, Maria Henriqueta de Jesus Silva (2009) - **Enfermagem de família: um contexto do cuidar** [Em linha]. Porto : Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. [Consult. 15 Abr. 2011]. Tese de doutoramento. Disponível em WWW:<URL: <http://http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20569>>.

GOMES, Idalina (2007) – **Parceria e cuidado de enfermagem: uma questão de cidadania**. Coimbra : Formasau.

GUERRA, Maria Luísa Gonçalves (2008) – **Formação profissional dos enfermeiros – determinantes da participação dos enfermeiros em ações de formação em serviço** [Em linha]. Vila Real : Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro. [Consult. 10 Fev. 2012]. Dissertação de mestrado. Disponível em WWW:<URL: <http://repositorio.utad.pt/handle/10348/210>>..

LEE, Polly (2007) - What does partnership in care mean for children's nurses?. **Journal of Clinical Nursing** [Em linha]. Vol. 16, nº 3, p. 518- 526. [Consult. 18 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17335528>>.

MANO, Maria João (2002) – Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: predisposição dos enfermeiros e dos pais [Em linha]. **Referência**. Nº 8, p. 53-61. [Consult. 3 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: [www.esenfc.pt](http://www.esenfc.pt)>.

MOORE, Kimberly Cisneros A. [et al.] (2003) - Implementing potentially better practices for improving family-centered care in neonatal intensive care units: successes and challenges. **Pediatrics** [Em linha]. Vol. 111, p. 450-460. [Consult. 3 Mar. 2010]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12671165>>.

PEDRO, João José Boeiro (2009) - **Parceiros no cuidar: a perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica** [Em linha]. Porto : [s.n.]. [Consult. 3 Mar. 2011]. Dissertação mestrado. Disponível em WWW:<URL: [http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20171](http://http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/20171)>.

PORTUGAL. Alto Comissariado da Saúde (2009) - **Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008** [Em linha]. Lisboa : Alto Comissariado da Saúde. [Consult. 10 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<URL: [http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/06/cnsca\\_2004-2008.pdf](http://www.acs.min-saude.pt/files/2009/06/cnsca_2004-2008.pdf)>.

SCHULTZ, Lidiane Ferreira (2007) – **A família vivenciando a doença e hospitalização da criança – protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho** [Em linha]. Guarulhos : Universidade Guarulhos. [Consult. 16 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: [http://tede.ung.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=35](http://tede.ung.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=35)>.

SILVEIRA, Aline Oliveira ; ANGELO, Margareth (2006) – A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. **Revista Latino-Americana em Enfermagem** [Em linha]. Vol. 14, nº 6. [Consult. 29 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.eerp.usp.br/rlae>>.

SOUSA, Paulino Artur Ferreira de (2006) - **Sistema de partilha de informação de enfermagem entre contextos de cuidados de saúde**. Coimbra : Formasau.



Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra  
Portugal

Goreti Silva Ramos Mendes, Maria; Ferreira Pereira da Silva Martins, Maria Manuela  
Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros  
Referência - Revista de Enfermagem, vol. III, núm. 6, marzo, 2012, pp. 113-121  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239965015>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros

Partnership in pediatric nursing care: from words into nurses' action

Asociación en la atención de enfermería en pediatría: del discurso a la acción de las enfermeras

Maria Goreti Silva Ramos Mendes\*; Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins\*\*

## Resumo

Introdução: apesar de se reconhecer que a enfermagem pediátrica é hoje particularmente sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança hospitalizada, inúmeros estudos continuam a evidenciar que não se é desenvolvida com os mesmos uma parceria efetiva.

Na procura de conhecermos nos enfermeiros de pediatria a forma como percebem o processo de construção da parceria na prática de cuidados com os pais e identificar no contexto as ações praticadas, desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa com uma abordagem da *grounded theory* sustentada no referencial teórico do interacionismo simbólico.

Tomando como ponto de partida a questão: como é que os enfermeiros de pediatria descrevem a parceria e o que evidenciam nas suas práticas quotidianas, entrevistamos 12 enfermeiros da unidade de pediatria de um hospital do norte do país e efetuamos observação no contexto de ocorrência do fenómeno. O corpus de dados foi submetido a análise, através do recurso ao *software Nvivo8*.

Os achados obtidos do discurso revelam que o trabalho em parceria com os pais está presente no “pensar” dos enfermeiros. Porém, as observações efetuadas evidenciaram lacunas na contemplação de dimensões fundamentais ao desenvolvimento de uma parceria efetiva com os pais.

Em síntese, os enfermeiros contemplam a parceria no pensar mas não no agir.

**Palavras-chave:** cuidados de enfermagem; enfermeiro; criança; família

## Abstract

While it is recognized that paediatric nursing is now particularly sensitive to parental involvement in the care of hospitalized children, numerous studies continue to show that nurses do not establish real partnership with parents.

As we wished to know how nurses in paediatrics view the forming process of partnership with parents in healthcare and identify the actions they develop in the setting, we employed a qualitative approach for this study, based on Symbolic Interactionism and Grounded Theory.

We took as a starting point the question: How do paediatric nurses describe partnership and how they show it in their day-to-day work? We interviewed 12 nurses from the paediatric unit of a hospital in northern Portugal and we carried out observations of the occurrence of the phenomenon in the setting. The data “corpus” was analysed using Nvivo8 software. Data obtained from the interviews revealed that working in partnership with parents was present in the “thinking” of nurses. However, the observations showed gaps in considering the fundamental dimensions of developing an effective partnership with parents.

In summary, the nurses showed evidence of partnership in their thinking but not in their actions.

**Keywords:** nursing care; nurse; child; family

\* Enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Mestre em promoção e educação para a saúde. Doutoranda em enfermagem na UCP. Professora coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Braga - Universidade do Minho [gmendes@ese.uminho.pt]

\*\* Enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Doutorada em Ciências de Enfermagem. Professora coordenadora na Escola Superior de Enfermagem do Porto [mmartins@esenf.pt]

## Resumen

Si bien se reconoce, que la enfermería pediátrica es actualmente particularmente sensible a la participación de los padres en la práctica del cuidado a los niños hospitalizados, numerosos estudios siguen mostrando que no establecen con los padres una asociación efectiva.

Para procurar saber como las enfermeras de pediatría perciben el proceso de formación de asociación con los padres en la práctica de cuidados e identifican las acciones practicadas en contexto, desarrollamos un estudio de corte cualitativo, basado en la Teoría Fundamentada y sostenido en el referencial teórico del interaccionismo simbólico.

Tomamos como punto de partida la pregunta: ¿cómo las enfermeras pediátricas describen la asociación y lo que demuestran en su día a día? Entrevistamos a 12 enfermeras de la unidad pediátrica de un hospital del norte de Portugal y efectuamos una observación en el contexto de la ocurrencia del fenómeno. El corpus de datos fue objeto de análisis mediante el uso del *software Nvivo8*.

Los datos obtenidos de los discursos revelan que el trabajo en asociación con los padres está presente en el pensamiento de las enfermeras. Sin embargo, las observaciones mostraron lagunas en la contemplación de dimensiones fundamentales para el desarrollo de una asociación eficaz entre padres y enfermeras.

En resumen, las enfermeras contemplan la asociación en el pensamiento, pero no en el acto.

**Palabras clave:** atención de enfermería; enfermero; niño; familia

Recebido para publicação em: 27.04.11

Aceite para publicação em: 20.12.11

## Introdução

A enfermagem pediátrica, hoje particularmente sensível ao envolvimento dos pais na prática de cuidados à criança, coloca a sua tónica no desenvolvimento do processo de parceria com os mesmos, a qual requer uma interação integral com a família de forma a proporcionar as condições favorecedoras de um desenvolvimento global da criança. O modelo conceptual subjacente à prática da enfermagem pediátrica está centrado nas respostas às necessidades da criança enquanto membro efetivo do sistema familiar. Este facto é reforçado no guia orientador de boa prática de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2010), ao aludir a determinados valores, como reconhecimento da criança como ser vulnerável, valorização dos pais/pessoa significativa como os principais prestadores de cuidados, preservação da segurança e bem-estar da criança e família e maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento da criança.

Quando a criança é hospitalizada, a família é “hospitalizada” também, por isso o beneficiário dos cuidados é o binómio criança/família. A Ordem dos Enfermeiros considera a competência para avaliar a família e responder às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar, um imperativo, sendo transversal a todos os enfermeiros especialistas (OE, 2010).

No contexto pediátrico, isto é, quando se pensa nos cuidados à criança, a família surge sempre como uma referência sendo o seu enquadramento hoje assumido como fator que viabiliza o cuidado humanizado. A criança, não sendo um elemento independente, quer pela sua condição humana e também pelas suas características incontornáveis é um ser vulnerável e caminha a par e passo com a sua família a quem cabe a responsabilidade primeira de promover o seu pleno desenvolvimento. As crianças necessitam de alguém que fale por elas e as represente (Hallström, Runeson e Elander, 2002) e na realidade portuguesa, perante a hospitalização da criança, é à mãe que cabe, regra geral, o acompanhamento do filho no hospital. Questões culturais associam esta tendência ao cuidador do sexo feminino como sendo a figura principal de eleição para permanecer junto dos filhos, tanto mais quando é à mulher que cabe, na perspectiva de Relvas, o papel de cuidar da criança (Relvas, 2007).

Enfermeiros, pais e crianças passam a conviver no mesmo espaço, a partilhar experiências, valores, saberes e poderes o que conduz a uma alteração na forma de ser e de estar, tanto dos profissionais como dos pais já que a estes é requerida uma participação ativa nos cuidados à criança. A natureza da relação que se estabelece no seio da equipa implica a negociação do envolvimento dos pais e a clarificação do papel de cada interveniente no processo dimensões essenciais para o novo modo de pensar e organizar o trabalho em parceria.

No elenco de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, o trabalho de cuidar em parceria surge como promotor da otimização da saúde no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade.

Do que nos foi dado apurar e comungando da perspetiva de Grinspun (2010), que o cuidar é pensar, mas é também ser e fazer, os achados do estudo configuram um cuidar distinto na sua forma de pensar e nas realidades vividas nas relações enfermeiros-pais.

No artigo, a par de um breve enquadramento conceptual do tema e da questão que norteou o desenvolvimento do estudo, são apresentadas as características metodológicas da investigação realizada e a perspetiva qualitativa valorizada - a *grounded theory*. É referida a recolha de dados efetuada bem como o processo de análise dos mesmos e a discussão dos achados obtidos finalizando com as conclusões mais relevantes do estudo.

### Enquadramento conceptual

A filosofia de cuidados que sustenta os cuidados pediátricos é a filosofia de cuidados centrados na família (Young *et al.*, 2006). O reconhecimento da importância desta atuação centrada na família com um envolvimento efetivo dos pais nos cuidados à criança surgiu já fortalecido com Casey e Mobbs (1988), ao defenderem que a criança, pais e enfermeiros em parceria, devem assumir parte ativa no processo de enfermagem. A parceria está associada a um processo dinâmico que requer participação ativa e acordo de todos os parceiros na procura de objetivos comuns. Caracteriza-se pela partilha de poder e partilha de conhecimentos; definição de objetivos comuns, centrados na pessoa; participação ativa de todos os parceiros e concordância de todos os parceiros na relação (Gotlieb e Feeley, 2005).

Trabalhar no registo desta filosofia exige a assumpção, por parte dos enfermeiros, da importância da negociação da parceria de cuidados e o respeito pela tomada de decisão dos pais. Esta negociação caracteriza-se, na perspectiva de Espzel e Canam (*apud* Shields, Pratt e Hunter, 2006), como o elemento chave da interação efetiva entre pais e enfermeiros.

Os estudos desenvolvidos em torno do envolvimento dos pais nos cuidados à criança, contam já com algumas décadas de existência, contudo, só a partir do final dos anos 80, o termo parceria começa a merecer atenção por parte dos enfermeiros de pediatria. Sobre o termo começa a gerar-se algum entendimento, mas a parceria com a família continua a ser uma estratégia de intervenção, constituindo-se num desafio atual para os enfermeiros que se preocupam com a saúde e o bem-estar das crianças, dos jovens e das suas famílias.

A promoção da qualidade dos cuidados e o desenvolvimento da profissão, através do desenvolvimento da formação e da investigação em enfermagem constitui, entre tantas outras, uma obrigação dos enfermeiros atribuída pela Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010). Cientes desta obrigação, os enfermeiros têm desenvolvido esforços no sentido do desenvolvimento da enfermagem pediátrica sendo exemplo disto, os estudos que na área do tema em desenvolvimento têm sido feitos. Apesar do muito em que as unidades de cuidados pediátricos têm já investido, para uma assistência integral ao trinómio criança, pais, família, é reconhecida a necessidade de alterações a nível de infraestrutura das unidades e de um apoio aos profissionais (Silva *et al.*, 2009).

Aos enfermeiros de pediatria é exigido um papel de cuidadores e de educadores já que a hospitalização de uma criança oferece oportunidade para desenvolver medidas de promoção da saúde, indispensável a um pleno crescimento e desenvolvimento infantil. Sinalizar e desenvolver a promoção e educação para a saúde com as mães presentes no internamento é responsabilidade do enfermeiro (Albuquerque *et al.*, 2009), no entanto de acordo com Queiroz e Barroso (*apud* Silva *et al.*, 2009), ainda acontecem muitas situações de indiferença em relação à viabilização da mesma.

É uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da criança e do jovem trabalhar em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se

encontre. Na perspectiva de Kelly *et al.* (*apud* OE, 2010), o desígnio de ação do enfermeiro especialista traduz-se na prestação de cuidados de nível avançado com segurança e competência, na avaliação da família e nas respostas às suas necessidades, nomeadamente no âmbito da adaptação às mudanças na saúde e dinâmica familiar. Mas o enfermeiro de cuidados gerais, é também ele dotado de competência para de igual forma providenciar um cuidado integrado à criança ao jovem e família, devendo incorporar na sua prática os resultados da investigação válidos e relevantes, assim como outras evidências que contribuam para o desenvolvimento da enfermagem e para o aperfeiçoamento dos padrões dos cuidados. De acordo com Wright e Leahey (*apud* Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009), tem-se vindo a verificar nos últimos 15 anos, uma alteração na postura dos enfermeiros para com as famílias, sendo o relacionamento tendencialmente mais colaborador, consultivo e não hierárquico. Consideram as mesmas autoras, que à família tem sido conferido pelos enfermeiros maior status, reconhecimento de competência, igualdade e respeito, combinando habilidades de ambos, enfermeiros e família, constituindo uma nova e eficaz sinergia do contexto das conversações terapêuticas (Wright e Leahey, *apud* Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009). Um estudo realizado com 18 mães que acompanham o filho(a) 24 horas no hospital coloca em evidência que as mesmas consideram que a sua função de protetores que mantinham até aí fica agora vulnerável ao contexto de uma nova experiência, onde o envolvimento nos cuidados, submetido ao poder dos profissionais de saúde, é potenciador de grande ansiedade e mal-estar (Mendes, 2010). Os pais querem estar envolvidos nos cuidados aos seus filhos, mas querem também decidir sobre a extensão desse envolvimento. Quando na relação se traduz uma manifestação de poder em que um “parceiro” procura dominar o outro a parceria torna-se impraticável.

Sujeita a transições normativas decorrentes dos processos de desenvolvimento inerentes ao ciclo vital, a família sujeita-se também a transições decorrentes dos processos de saúde e doença, afigurando-se assim como uma unidade em constante transformação. Face à hospitalização de um filho a família passa a vivenciar uma situação de estranheza, vê-se obrigada a modificar as suas rotinas, enfrenta uma adaptação familiar, tem de desenvolver novas competências, mas

novas necessidades vão surgir (Mendes, 2010). Ao enfermeiro compete avaliar o funcionamento de todo o sistema familiar e a saúde individual de todos os seus membros, de forma a poder intervir no sentido de ajudar a manter o nível mais elevado de bem-estar da família. A família necessita de ajuda externa para se proteger de uma mudança não planeada (Gomes, Trindade e Fidalgo, 2009).

Só o desenvolvimento de um trabalho em articulação com os atores, os contextos e as interações, pode garantir uma parceria efetiva com a família. A parceria, enquadrada na filosofia e valores da profissão e se verdadeiramente compreendida pelos enfermeiros, tem potencialidades tanto a nível das dinâmicas interpessoais, como institucionais. Mas o desenvolvimento do processo de parceria ainda é complexo. É necessário que o enfermeiro saiba o seu significado e esteja habilitado para conhecer e controlar os fatores que a condicionam. A parceria não pode ficar circunscrita a um apurar de hábitos da criança a que pretendemos dar resposta com a participação da mãe, mas ela prescreve que conheçamos a família que cuida, como cuida, quais são as suas possibilidades, os seus limites de atuação e que forças ela é capaz de mobilizar para resolver problemas de saúde (Mendes, 2010).

## Metodologia

Tendo como ponto de partida as considerações já expostas sobre o tema, é apresentado agora o contributo deste estudo. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, assente nos referenciais teórico-metodológicos do interacionismo simbólico e da *grounded theory*. Esta metodologia pareceu-nos a mais adequada na medida em que, ao favorecer uma maior aproximação e colaboração entre o investigador e as pessoas, permite incluir a perspetiva dos atores acerca da realidade estudada. Permite ainda descobrir e compreender o que está por trás de cada fenómeno sobre os quais pouco se sabe ou sobre os quais é necessário ganhar um novo entendimento (Strauss e Corbin, 1990).

O interacionismo simbólico põe em relevo a importância dos significados subjetivos que as pessoas imprimem às suas ações, sendo que na perspetiva interacionista, o significado que as pessoas atribuem às situações vivenciadas surge da interação e da interpretação

que fazem acerca das mesmas (Lopes e Jorge, 2005). Suportado ainda por leituras diversas, quer de natureza clínica, quer de natureza metodológica, este estudo foi alicerçado também numa reflexão pessoal acerca das experiências tidas enquanto professora orientadora dos estudantes de enfermagem em prática clínica em unidades de pediatria e das discussões, em contexto, que então emergiam com os enfermeiros. Daquilo que nos era dado observar surgiu a convicção, contrária à expressa nos discursos dos enfermeiros da prática, a de que não se pratica com os pais uma parceria efetiva nos cuidados de enfermagem prestados à criança em pediatria.

A finalidade do estudo não se prende com uma avaliação da prática de parceria, mas antes com um descrever e comparar o pensamento dos enfermeiros acerca da mesma e o desenvolvimento das suas ações. Neste sentido, quisemos explorar nos enfermeiros, a vivência da experiência no contexto do acontecimento, a partir da questão formulada para orientar e dirigir o estudo - como é que os enfermeiros de pediatria descrevem a parceria e o que produzem no seu dia-a-dia? A partir desta inquietação e porque queríamos ouvir os enfermeiros mas também ver como atuam na prática, foram assumidos os objetivos específicos: Identificar nos enfermeiros, a forma como percebem o processo de construção da parceria na prática de cuidados com os pais.

Identificar no contexto o que produzem os enfermeiros em relação à parceria.

Analisar, comparando, os processos subjacentes ao pensar e ao agir dos enfermeiros.

Tendo em conta as preocupações que levaram ao desenvolvimento do estudo, a opção pelas técnicas de recolha de dados recaiu na entrevista semiestruturada e na observação participante. Foi também aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, especificamente elaborado para o efeito. Participaram no estudo 12 enfermeiras de uma unidade de cuidados de pediatria de um hospital do norte do país, as quais foram selecionadas à medida que se foi procedendo à recolha e análise dos dados. Os depoimentos foram gravados em suporte áudio, para posterior transcrição e análise. Todos os participantes firmaram o consentimento informado para participar no estudo, depois de explicados os objetivos do mesmo e garantido o anonimato e confidencialidade dos dados. Centramos a investigação no trabalho diário das enfermeiras na unidade de pediatria.

Estudámo-las no seu contexto natural de ação, em situações específicas durante a prática de cuidados à criança e família e nas passagens de turno.

Para sustentar a compreensão do significado das interações e já depois da posse de alguns dados da própria observação *in loco* focalizamos a atenção para situações de interação entre os enfermeiros e as mães presentes e canalizamos a atenção para determinadas interações que ocorriam durante os cuidados à criança. Houve momentos em que foram predefinidas algumas situações a observar e os lugares onde as mesmas ocorrem, situações de cuidados de higiene e de alimentação, bem como situações de interação ocorridas durante alguns procedimentos de ordem técnica (punção venosa; aspiração de secreções, entre outros). Ao longo das observações efetuadas fomos procedendo ao registo do observado com recurso a notas de campo, descrevendo com detalhe todos os dados que iam emergindo, bem como os símbolos e significados expressos nas manifestações verbais e não-verbais. A anotação minuciosa de todos os dados permitiu-nos depois, fazer um registo fidedigno, no diário de observação.

Utilizamos articuladamente todo o material colhido e através do programa *Nvivo8* submetemos os dados aos dois primeiros níveis de codificação. Primeiro uma codificação aberta a partir da qual os conceitos foram identificados e as suas dimensões descobertas. Depois, de acordo com as suas similaridades e diferenças agrupamos estes conceitos em subcategorias e categorias.

## Resultados e discussão

Visando os objetivos delineados, a análise dos depoimentos foi operacionalizada, segundo os domínios considerados.

Em relação ao domínio conceptual de parceria e considerando as dimensões identificadas: pressupostos da parceria; natureza da parceria e objetivos da parceria emergem com preponderância as categorias e subcategorias, explicitadas no quadro 1 que se segue.

QUADRO 1 – Domínio: conceptualização de parceria

Dimensões	Categorias	Subcategorias
Pressupostos da parceria	Benefício para os pais	Segurança
		Sentir-se útil
		Confiança
	Benefício para a criança	Segurança
		Proteção
	Benefício para os enfermeiros	Conhecimento
		Vigilância
Natureza da parceria	Cuidado partilhado	Partilha de conhecimento
		Interação
		Repartição do poder
	Planeamento conjunto	Negociação
		Respeito pela tomada de decisão dos pais
Objetivos da parceria	Cuidar integral da criança e da família	Desenvolvimento global da criança
		Bem-estar da família
	Garantir a unidade familiar	
		Cuidado centrado na família

Evidencia-se que a nível do discurso, este grupo de enfermeiros assenta a sua prática nos pressupostos que estão na base do estabelecimento da parceria, ou seja, o benefício para os pais, o benefício para as crianças e o benefício para os enfermeiros. (...) *É o melhor para os pais...os pais sentem-se mais seguros por poderem acompanhar o processo... estar e poder colaborar connosco deixa-os mais confiantes...também o conhecimento que têm sobre o filho e que partilham connosco aumentam o sentimento de estar a ser útil...de poder ajudar... isto para eles é muito importante* (E1).

Esta prática por sua vez é tida como a que melhor pode garantir cuidados de qualidade. *A parceria direciona-nos para um melhor cuidado juntamente com os pais...ao partilhar os cuidados estamos a garantir o melhor para a criança...ela sente-se mais segura... mais protegida com a mãe ou o pai ...em termos afetivos é muito importante...a criança não se sente abandonada... claro que nós estamos ali ...mas é diferente no início enquanto não ganham a nossa confiança...assim não há rutura com a família* (E3). Completando ainda que a parceria não só é uma boa prática, como sai reforçada pelo contributo que os pais dão para os cuidados. (...) *Para nós sem dúvida também é bom...eles conhecem o filho... as suas necessidades e muitas vezes são eles até que nos orientam nos cuidados... e o facto de estarem e vigiarem a criança já é muito bom... às vezes temos tantos meninos que era impossível para nós vigiarmos todos...eles fazem a vigilância da criança... servem de mediadores* (E9).

Os enfermeiros reconhecem, nos seus discursos, as novas exigências que a inserção da família no ambiente hospitalar acarreta, o que corrobora o descrito por outros autores ao considerarem que os cuidados centrados na família implicam o envolvimento da mesma sendo fundamental para a saúde e bem-estar da criança (Franck e Callery, 2004).

As relações interpessoais desenvolvidas com a família exigem um novo modo de ser e estar com a mesma (Silveira e Ângelo, 2006), devendo ser proporcionado um ambiente que normalize, tanto quanto possível o funcionamento da família dentro do contexto dos cuidados e cuidar, tanto da criança como da família (Franck e Callery, 2004). A parceria desenvolve-se num amplo processo de interações e intervenções. Na perspetiva interacionista, a família é compreendida

como um grupo social em interação entre si e com os elementos presentes nas experiências que vivencia, à qual vai atribuindo significados resultantes dessas interações.

No que se refere à natureza da parceria, encontramos nítidas evidências de que os entrevistados pensam a parceria como um cuidar partilhado. (...) *Há uma partilha nos cuidados... negociamos a presença dos pais na unidade mas negociamos também o seu envolvimento nos cuidados... (E4), tudo é negociado com os pais...há uma maior interação... eles ajudam-nos porque têm o conhecimento do filho e nós ajudámo-los...trabalhamos na base da igualdade* (E2). Depreende-se uma ajuda mútua no desenvolvimento das ações, no conhecimento e na transformação, *enriquecemo-nos mutuamente* (E6) *...trabalhamos em conjunto...planeamos juntos os cuidados... sem dúvida que a relação é outra... há outra interação porque convivemos no mesmo espaço... trabalhamos lado a lado... de igual para igual* (E6). O cuidado em parceria parece surgir como algo “lógico” e natural no contexto das relações que se estabelecem.

Dois categorias expressam os objetivos da parceria que na opinião dos enfermeiros entrevistados, vão no sentido do cuidar integral da criança e da família e no garantir da unidade familiar. A primeira é composta pelas subcategorias, desenvolvimento global da criança e bem-estar da família (...) *o trabalho em parceria com os pais permite sem dúvida um cuidar mais humanizado... garante um desenvolvimento mais harmonioso da criança e um melhor bem-estar da família...cuidamos da criança mas cuidamos dos pais...da família também* (E8). A segunda categoria a evidenciar o cuidado centrado na família, ou seja o relevo no binómio criança/família como beneficiários dos cuidados, salientando-se no discurso dos informantes (...) *ao trabalharmos em parceria com os pais procuramos que outros elementos da família também se envolvam...o pai...e incentivamos a visita dos irmãos...é bom que eles sintam que temos tudo controlado e para a criança é bom sentir que não está esquecida... por isso incentivamos a visita dos irmãos... essencialmente quando os internamentos são mais longos* (E6).

Os achados obtidos em conformidade com os descritos na literatura consultada dão como certo a aceitação pelos enfermeiros do envolvimento dos

pais nos cuidados bem como o reconhecimento da importância do mesmo no processo de cuidar e são consensuais em relação aos benefícios que esse envolvimento traz para a criança (Espezel e Canam, 2002). O cuidado alargado à família constitui-se, no discurso dos entrevistados, como um garante da unidade familiar, sendo que os pais são capazes de desenvolver um sentido de controle sobre a situação quando têm a compreensão sobre a situação do filho. O cuidado em parceria tal como advogam Gottlieb e Feely (2005), privilegia características como a partilha do poder e a partilha de conhecimentos. Considerado pelas autoras como a marca da parceria efetiva no cuidar, a partilha do poder e de conhecimentos permite que todos os atores intervenientes no processo se enriqueçam, na medida em que cada um traz para a relação, conhecimentos, experiências e perícia. O reconhecimento e a valorização destes conhecimentos, capacidades e habilidades por parte da enfermeira, são, na perspectiva destes autores, a alavanca para o poder dos parceiros na relação que estabelecem e para o estabelecimento da harmonia na relação (Gottlieb e Feely, 2005). Ao ter consciência de seu papel, como provedora de cuidado e defensora da criança, a família elabora estratégias e é capaz de enfrentar as dificuldades, não devendo subjugar os seus valores e as suas crenças, ou seja, não se submetendo às pressões de status e poder, implícitas ou explícitas nas trocas processadas na interação com os profissionais de saúde (Silveira e Ângelo, 2006).

Em relação à natureza da parceria nos cuidados com os pais o discurso dos informantes evidencia a preocupação na referência a dimensões constituintes de uma colaboração em parceria, tal como advogam Gottlieb e Feely (2005). Mas, identificar o modo como pais e enfermeiros experienciam a prática da parceria nos cuidados prestados à criança, é também propósito do estudo. Visando o objetivo delineado e partindo do domínio das atitudes, dos comportamentos, das interações e dos procedimentos (explícitos e implícitos), a análise do observado foi operacionalizada através da evidência dos dados com significado, a inferência e as dimensões relevantes emergentes. Num esforço contínuo de integração caminhamos no sentido da busca da compreensão dos dados através de uma análise comparativa com os dados disponíveis da literatura, o observado e o relatado pelos atores. Falar em cuidado humanizado

à criança, requer uma interação com a família, uma atitude aberta e flexível, um estar com as pessoas nos processos interativos de ajuda na busca de uma melhor qualidade dos cuidados que são oferecidos.

Pais e enfermeiros partilham o mesmo espaço, existe partilha de cuidados, partilha de saberes, mas adivinha-se um presumível uso do poder mal repartido. “A mãe do Miguel [nome fictício] pediu para ir a casa... estava exausta... penso que ainda vem de manã” (Enf. A). A permanência dos pais em período integral no ambiente hospitalar constitui uma situação complexa a qual configura para os mesmos uma experiência inquietante e exaustiva. Na maioria das mães presentes no internamento predominam sinais evidentes de cansaço, se não mesmo de exaustão pelos dias consecutivos que permanecem no hospital, intercalados apenas por escassas “fugas a casa”. Deverão estas “fugas a casa” estar sujeitas a uma autorização? A parceria efetiva engloba também a responsabilidade no apuramento do significado que o afastamento de casa tem na experiência das mães que fazem um acompanhamento integral dos filhos no hospital, pelo que a permanência deve também ela ser negociada.

“A Rita [nome fictício] ficou sozinha... segundo o que ela me disse, a mãe vem lá para as 10 horas... duvido... se estiver cá ao almoço já é bom... mas ela não me disse nada (Enf. B). “O Gonçalo deu entrada... o pai vai ficar com ele... está desempregado... não sei se fica de noite ou se a mãe vem depois do trabalho” (Enf. A). Uma participação em pleno só é possível quando ocorre a negociação de todos os integrantes do programa de cuidados. A negociação é, na perspectiva dos pais segundo um estudo realizado, algo que não deve ser menosprezado na medida em que produz sentimentos como o de estar a ser útil e capaz de ajudar nos cuidados (Young et al., 2006).

Face às intervenções dos pais, nomeadamente no que diz respeito aos designados cuidados familiares, alguns enfermeiros esperam pela iniciativa dos mesmos. O envolvimento dos pais nos cuidados à criança parece assumir-se como uma continuidade dos cuidados prestados em casa sendo algo que vai acontecendo de forma natural e por imitação a outros pais presentes. Prestam os cuidados de higiene e conforto, alimentação, avaliação de temperatura promoção da segurança e entretenimento da criança. Verifica-se um executar avulso de outras tarefas

delegadas pelas enfermeiras onde o escasso diálogo não dá espaço à negociação.

Enf. C chega ao quarto. *“Mãe como está o João [nome fictício] ...ab... já acordou... vamos dar o banho”*.

A mãe começa os preparativos para o banho... a enfermeira sai... a mãe começa o banho... [manifesta alguns receios] ...outra mãe dá algumas orientações. A observação, a orientação e o apoio são cruciais no processo de promoção da autonomia em relação ao cuidar a criança. A informação disponibilizada resulta deficiente para um envolvimento mais efetivo, o que vai ao encontro de outros estudos que nos dão conta que os enfermeiros têm pouco diálogo com as mães (Milannesi *et al.*, 2006; Soares e Levanthal, 2008).

A mãe da Maria [nome fictício] está a chorar. Enf. D entra no quarto. *“Está a chorar? o que tem?... está a chorar e a Maria aqui toda bem disposta... não é Maria? Sorri para a criança... olha para o soro em curso... volta a sorrir para a criança e sai do quarto. “Eu já venho”*.

A parceria é um processo dinâmico que se vai desenvolvendo em diferentes subprocessos, intercâmbio de informações, estabelecimento de confiança, priorização de objetivos (Gottlieb e Feely, 2005), onde a comunicação se assume como a chave do processo das relações interpessoais (Young *et al.*, 2006). Não encarar o cuidado centrado na família, ou seja, no binómio criança/família como beneficiários dos cuidados, não desenvolve o cuidado em parceria. Qualquer situação de transição, seja qual for a sua natureza tem um forte impacto na esfera familiar, tendo cada família uma forma diferenciada de reagir e de se adaptar. Mas a família não só precisa como espera que os profissionais se aproximem, comuniquem e compreendam a situação por que ela está a passar ao ter o filho hospitalizado, proporcionando condições para um contexto relacional propício (Silveira e Ângelo, 2006). A falta de disponibilidade para a parceria, mais concretamente em relação à dimensão que a integra, a disponibilidade de si, vai no sentido de uma falta de empenho na missão de cuidar integralmente do outro e de o ajudar.

No discurso dos informantes foi evidente a preocupação na referência a dimensões constituintes de uma parceria efetiva, contudo, os dados oriundos da observação ditam que a “parceria em uso” não engloba em si mesma, dimensões como a negociação e a partilha do poder.

## Conclusão

O processo de cuidar em pediatria, pela sua especificidade, determina que o enfermeiro desenvolva as suas capacidades para responder com competência à singularidade do ato de cuidar a criança em parceria com os pais. Podemos dizer que na parceria é enfatizada a importância dos pais para o desenvolvimento integral da criança mas para o desenvolvimento do próprio cuidado também. É valorizada a parentalidade no processo de cuidar.

Cientes da importância do desenvolvimento desta parceria, quisemos, além de conhecer como é que os enfermeiros de pediatria percebem o processo de construção da parceria, estar atentos também ao que produzem e às circunstâncias que os rodeiam. Os enfermeiros têm subjacente à mesma, conceptualizações que configuram esta forma de cuidar, contudo, importantes divergências entre os discursos e as ações que desenvolvem levam-nos a considerar existir uma visão fragmentada do trabalho em parceria.

Face às evidências, depreende-se que os enfermeiros ao refletirem a parceria fazem-no com base no conhecimento que têm sobre a mesma e não tanto com base nas ações que desenvolvem para a sua implementação, ou seja, nem sempre suportam as suas práticas na teoria que fundamentam. A “parceria em uso” desenvolvida por estes enfermeiros assenta essencialmente na partilha de cuidados com os pais, a quem são delegados os designados cuidados familiares. Mas cremos que os cuidados que os enfermeiros oferecem às crianças, aos jovens e suas famílias ficarão mais enriquecidos com a partilha dos achados desta investigação. Esperamos que a par de um processo contínuo de capacitação e de sensibilização os enfermeiros, ao analisar as suas práticas e ao refletir sobre elas, sejam capazes de potencializar recursos e converter esforços em atividades sistematizadas que otimizem o processo de parceria.

Os resultados do estudo não podem ser generalizados, mas cremos que os achados obtidos podem favorecer o conhecimento que contribui para a melhoria da prática dos enfermeiros que se preocupam com a saúde das crianças, mas também das suas famílias. Face aos achados deste estudo é possível fazer novos questionamentos e partir para a descoberta do porquê desta discrepância entre o conhecimento e a ação.

## Referências bibliográficas


- ALBUQUERQUE, Maria Isabel [et al.] (2009) - Intervenção do enfermeiro na promoção da interação mãe-bebê. *Referência. Série 2, n° 9, p. 15-26.*
- CASEY, Anne; MOBBS, Sarah (1988) - Partnership in practice. *Nursing Times*. Vol. 84, n° 4, p. 67-68.
- ESPEZEL, Hilary, J. E.; CANAM, Connie J. (2002) - Parent-nurse interactions: care of hospitalized children. Issues and innovations in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*. Vol. 44, n° 1, p. 34-41.
- FRANCK, Linda; CALLERY, Mark, (2004) - **Re-thinking family-centred care across the continuum of children's healthcare** [Em linha]. [Consult. 4 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.13652214.2004.00412.x/abstract>>.
- GOMES, Cristina; TRINDADE, Graça; FIDALGO, José (2009) – Vivências de pais de crianças internadas na Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Pediátrico de Coimbra. *Referência. Série 2, n° 11, p. 105-116.*
- GOTTLEB, Laurie; FEELY, Nancy (2005) - **The collaborative partnership approach to care: a delicate balance**. Toronto: Elsevier Canada.
- GRINSPUN, Doris (2010) - **The social construction of caring in nursing** [Em linha] Canada. [Consult. 12 Abr. 2011]. Tese de doutoramento. Disponível em WWW:<URL: <http://gradworks.umi.com/NR/68/NR68324.html>>.
- HALLSTRÖM, Inger; RUNESON, Ingrid; ELANDER, Gunnel (2002) - An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nursing Ethics*. Vol. 9, n° 2, p. 202-214.
- LOPES, Consuelo H. F.; JORGE, Maria Salete B. (2005) - Interação simbólica e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*. Vol. 39, n° 1, p. 103-108.
- MENDES, Maria Goreti (2010) - **Enfermeiros e pais em parceria na construção do bem-estar da família** [Em linha]. [Consult. 12 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://portal.esenf.pt/www/pk\\_menus\\_ficheiros.ver\\_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem de Família \[e-book-2010\].pdf](http://portal.esenf.pt/www/pk_menus_ficheiros.ver_ficheiro?fich=F2118743933/Enfermagem%20de%20Fam%20lia%20e-book-2010.pdf)>.
- MILANESI, Karina [et al.] (2006) - O sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Vol. 59, n° 6, p. 769-774.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010) – **Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Vol. 1.
- REGULAMENTO n.º 123/2011. D.R. II Série. 35 (11-02-18) 8653-8655.
- RELVAS, Ana Paula (2007) - A mulher na família: em torno dela. In RELVAS, A. P. ; ALARCÃO, M. - **Novas formas de famílias**. 2ª ed. Coimbra: Quarteto. p. 229-337.
- SHIELDS, Linda; PRATT, Jan; HUNTER, Judith (2006) - Family centred care: a review of qualitative studies. *Journal of Clinical Nursing*. Vol. 15, n° 10, p. 1317-1323.
- SILVA, Maria A. M. [et al.] (2009) - Experiência de pais com filhos recém-nascidos hospitalizados. *Referência. Série 2, n° 11, p. 37-46.*
- SILVEIRA, Aline, O.; ÂNGELO, Margareth (2006) - A experiência de interação da família que vivencia a doença e hospitalização da criança. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Vol. 14, n° 6, p. 893-900.
- SOARES, Maria Fátima; LEVENTHAL, Lucila C. (2008) - A relação entre a equipe de enfermagem e o acompanhante da criança hospitalizada: facilidades e dificuldades. *Ciência, Cuidado e Saúde*. Vol. 7, n° 3, p. 327-332.
- STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet (1990) - Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. London: SAGE Publications, 1990.
- YOUNG, Jeanine [et al.] (2006) - Negotiation of care for a hospitalized child: parental perspectives. *Neonatal, Pediatric and Child Health Nursing*. Vol. 9, n° 2, p. 4-13.



# Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas


## Concerns and needs of parents of hospitalized children

**Joana Isabel Barbosa Rodrigues<sup>a</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-4533-937X>


E-mail: joanarodrigues\_95@hotmail.com

**Susana Margarida Gonçalves Caires Fernandes<sup>b</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-8670-2163>

E-mail: s.caires@sapo.pt

**Goreti Filipa dos Santos Marques<sup>c</sup>**

 <https://orcid.org/0000-0002-1342-4916>

E-mail: goreti.marques@santamariasau.de.pt

<sup>a</sup>Universidade do Minho. Instituto de Educação. Braga, Portugal.

<sup>b</sup>Universidade do Minho. Instituto de Educação. Departamento de Psicologia da Educação e Educação Especial. Braga, Portugal.

<sup>c</sup>Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Departamento de Enfermagem. Porto, Portugal.

### Resumo

A hospitalização pediátrica é um acontecimento crítico, com repercussões na vida da criança internada e da sua família. Este estudo teve como objetivos auscultar as principais preocupações e necessidades experienciadas pelos pais durante a hospitalização de um filho em situação de internamento agudo e explorar eventuais diferenças entre o pai e a mãe no conjunto de vivências partilhadas. Para isso, realizou-se um estudo qualitativo, de natureza exploratória, do qual participaram 16 casais (16 pais e 16 mães) com um filho internado no serviço de pediatria de um hospital do norte de Portugal. Os dados foram recolhidos por meio de entrevistas e avaliados com base na metodologia de análise de conteúdo. O discurso dos pais evidencia como preocupações mais expressivas as referentes ao estado de saúde do filho e, entre as necessidades mais prementes, as associadas à sua recuperação e regresso ao domicílio. Os resultados encontrados revelam igualmente a presença de expressivas diferenças nas vivências desses casais, não devidas à variável pai/mãe, mas à centralidade do papel assumido em termos dos cuidados ao filho (cuidador principal ou secundário).

**Palavras-chave:** Hospitalização; Pediatria; Parentalidade; Fenomenologia.

### Correspondência

Joana Isabel Barbosa Rodrigues

Rua do Vale, 392, Arnos Santa Maria. Vila Nova de Famalicão, Portugal. CEP 4770-540.

## Abstract

Pediatric hospitalization is a critical event with repercussions on the life of hospitalized children and their families. This study recorded the main concerns and needs experienced by parents during the hospitalization of a child under acute hospitalization, and verified the potential differences between the father and the mother regarding their shared experiences. This qualitative study of exploratory nature involved 16 couples (16 fathers and 16 mothers), with a child hospitalized in a pediatric service of a hospital in the north of Portugal. The data were collected through interviews and analyzed using content analysis. The parents' discourse shows significantly more concern regarding the state of health of the child as well as their recovery and homecoming, among the most urgent needs. The results showed presence of significant differences in the experiences of these couples, not only due to the father/mother variable, but also due to their central role regarding child care (primary or secondary caregiver).

**Keywords:** Hospitalization; Pediatrics; Parenting; Phenomenology.

## Introdução

A hospitalização constitui uma experiência suscetível de afetar o desenvolvimento e o bem-estar da criança<sup>1</sup> submetida a um internamento e a procedimentos de diagnóstico ou terapêuticos (Esteves, 2015; Jorge, 2004; Schneider; Medeiros, 2011). No momento em que ocorre o internamento, a criança é afastada do seu núcleo familiar, permanecendo num ambiente estranho, onde convive com pessoas desconhecidas e é alvo de rotinas e procedimentos invasivos que tendem a gerar-lhe desconforto e dor (Barros, 1998, 2003; Benavides; Montoya; González, 2000; Caires; Esteves; Almeida, 2014; Moraes; Costa, 2009; Parcianello; Felin, 2008; Schneider; Medeiros, 2011). Alterações de apetite, sono e humor; perda de peso; diminuição das capacidades cognitivas e de concentração; enfraquecimento das funções fisiológicas; perda de autoestima; fobias; ansiedade, medo, angústia, insegurança e desorientação são exemplo das inúmeras reações físicas e emocionais que podem ter lugar entre esses pacientes e que contribuem para um aumento da sua vulnerabilidade e da de seus pais (Algren, 2006; Barros, 2003; Benavides; Montoya; González, 2000; Caires; Esteves; Almeida, 2014; Jorge, 2004; Parcianello; Felin, 2008; Schneider; Medeiros, 2011).

Segundo evidências na área, a experiência de hospitalização tende a ser mais problemática durante a primeira infância e na fase pré-escolar, em particular entre os seis meses e os quatro anos (Algren, 2006; Barros, 1998, 2003). A maior intensidade das dificuldades vividas nessas etapas desenvolvimentais prende-se essencialmente com a sua maior imaturidade em termos sociocognitivos e o restrito leque de estratégias de *coping* para fazer face às experiências vividas em contexto hospitalar (Barros, 1998, 2003). Entre estas, a separação dos pais e a submissão a procedimentos médicos representam as maiores fontes de ameaça nas idades mais precoces (Algren, 2006; Barros, 1998, 2003).

Os pais assumem um papel de particular relevância na hospitalização pediátrica, sendo

---

1 A utilização do termo "criança" abrange bebés, crianças e adolescentes.

que seus sentimentos e suas reações influenciam de modo determinante a adaptação psicossocial do filho internado (Barros, 1998, 2003; Schneider; Medeiros, 2011). Sua participação ativa e contínua nesse processo interfere significativamente no tratamento e na recuperação do filho, reconhecendo-se os benefícios dessa presença para a minimização ou eliminação dos efeitos da hospitalização (Algren, 2006; Barros, 1998, 2003; Jorge, 2004; Just, 2005; Moura; Ribeiro, 2004; Parcianello; Felin, 2008; Schneider; Medeiros, 2011).

Em muitos casos, a experiência desses pais é marcada por medo, apreensão, angústia e sentimentos de inutilidade, impotência, ansiedade ou culpa, os quais poderão decorrer, por exemplo, de um quadro clínico indefinido; do recurso tardio à ajuda médica; das potenciais sequelas da doença e/ou dos tratamentos no desenvolvimento e bem-estar do filho; ou, mesmo, do risco de vida implicado (Algren, 2006; Barros, 1998, 2003; Benavides; Montoya; González, 2000; Correia, 2012; Diaz-Caneja et al., 2005; Gomes et al., 2014; Jorge, 2004; Just, 2005; Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Schneider; Medeiros, 2011; Schultz, 2007). Desespero, confusão, desconfiança, cansaço e exaustão física e mental poderão, pois, estar presentes em alguns desses pais, bem como sentimentos de solidão, “clausura” (pelos longos dias passados no hospital e pela “liberdade” condicionada), privação (do seu espaço, dos seus bens e rotinas) ou de falta de privacidade pelo facto de compartilharem espaços com pessoas desconhecidas (Algren, 2006; Barros, 2003; Benavides; Montoya; González, 2000; Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Schneider; Medeiros, 2011). Nos casais com mais do que um filho, crescem, geralmente, as preocupações com os outros filhos (Correia, 2012; Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Schneider; Medeiros, 2011; Silva et al., 2010).

O sofrimento desses pais acentua-se quando sentem que têm pouca informação ou existem incertezas por parte da equipa de saúde quanto ao diagnóstico ou procedimentos e intervenções mais adequados (Algren, 2006; Barros, 1998, 2003; Moraes; Costa, 2009; Schneider; Medeiros, 2011). Nesse sentido, alguns autores salientam a importância de informar esses pais quanto ao diagnóstico do filho (ou de sua ausência), dos exames, tratamentos e

procedimentos realizados, entre outras explicações que possam ser geradoras de insegurança e incertezas (Hallström; Runesson; Elander, 2002; Jorge, 2004; Kristjánsdóttir, 1995). Segundo Jorge (2004) e Nelas et al. (2015), a informação permite aos pais adquirirem algum sentimento de controlo perante a situação, concorrendo para diminuir a ansiedade e a incerteza, promovendo sua adaptação à doença e ao processo de hospitalização.

A situação de hospitalização de um filho pode levar ainda à reorganização ou afastamento dos pais da sua atividade laboral, descrevendo alguns estudos a presença de preocupações nessa esfera (Jorge, 2004; Schneider; Medeiros, 2011; Schultz, 2007; Silva et al., 2010). Para além do mais, o orçamento familiar pode ficar afetado pela diminuição de rendimentos (e.g., por dispensas de serviço), assim como pelo aumento das despesas associadas a tratamentos, medicação, alimentação e/ou deslocamentos ao hospital, despoletando preocupações adicionais (Gomes et al., 2014; Jorge, 2004; Marques, 2015; Melamed, 2002; Sebastián; Palacio, 2000).

Também, nesse processo, os pais ficam privados de sua vida social e tendem a necessitar de apoios que são cruciais nessa etapa mais exigente da sua vida, como: a partilha de preocupações e decisões, a ventilação emocional, a alternância na assistência ao filho internado e a ajuda na realização das tarefas domésticas, nos cuidados aos outros filhos ou na área financeira (Benavides; Montoya; González, 2000; Correia, 2012; Melamed, 2002; Schultz, 2007).

De realçar, nesses processos, a grande diversidade de reações dos pais, dependendo esta da conjugação de vários fatores - de ordem interna e externa - associados, por exemplo, à condição clínica do filho, equipa de saúde e hospital e a aspetos de foro psicossocial (do filho doente, dos pais e dos outros elementos do núcleo familiar), financeiro e/ou familiar. Ao nível clínico e hospitalar, a literatura refere aspetos como a gravidade do diagnóstico, a duração da doença e seu prognóstico, o tipo de procedimentos médicos a que é submetido o filho, a qualidade da comunicação estabelecida com (e entre) a equipa de cuidados, as condições de hotelaria, a distância casa-hospital, a duração do internamento ou, entre outros, o tipo de assistência médica,

psicossocial e educativa existentes (Algren, 2006; Barros, 1998, 2003; Benavides; Montoya; González, 2000; Correia, 2012; Jorge, 2004; Parcianello; Felin, 2008; Schneider; Medeiros, 2011; Sebastián; Palacio, 2000). A idade do filho doente, se é ou não a primeira hospitalização, o temperamento da criança doente, o temperamento dos pais, a possibilidade ou não de acompanhar (total ou parcialmente) o filho durante a hospitalização, as experiências de sofrimento vivenciadas anteriormente em relação a esse ou outros filhos, o número (e idade) de filhos que ficam em casa, as características do casal, a qualidade de comunicação no seio familiar ou o sistema de crenças são igualmente assinalados como de particular relevo na forma como os pais vivenciam o processo de hospitalização (Barros, 1998, 2003; Benavides; Montoya; González, 2000; Correia, 2012; Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Moura; Ribeiro, 2004; Sebastián; Palacio, 2000). Na esfera financeira, destacam-se a situação profissional dos pais, as condições socioeconômicas da família, o grau de perda de rendimentos ocorrido em resultado do afastamento laboral ou as despesas acrescidas (Benavides; Montoya; González, 2000; Correia, 2012; Sebastián; Palacio, 2000).

Durante a hospitalização, são geralmente as mães que assumem o acompanhamento e os cuidados do filho doente (Crepaldi et al., 2006; Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Moura; Ribeiro, 2004; Schneider; Medeiros, 2011). No entanto, a presença e a participação do pai na vida familiar e nos cuidados ao filho doente (e aos que ficam em casa) têm-se tornando progressivamente mais frequentes (Correia, 2012; Crepaldi et al., 2006; Just, 2005; Moura; Ribeiro, 2004), assistindo-se a uma maior aproximação dos papéis parentais (Balanchó, 2007; Gomes; Lunardi Filho; Erdmann, 2008; Gomez, 2016; Guerreiro; Caetano; Rodrigues, 2008; Hintz, 2001; Murray, 2006). Subjacente a essa referência, estão as mudanças ocorridas na estrutura familiar na sociedade contemporânea, desde finais do século XX, e que foram concorrendo para uma nova forma de se olharem as funções parentais socialmente atribuídas à mulher e ao homem. Entre estas, realçam-se a entrada das mulheres no mercado de trabalho, a sua assunção, na atualidade, de um papel mais ativo na vida social e a

sua maior contribuição para a subsistência económica da família e, conseqüentemente, o aumento do número de famílias em que ambos os pais trabalham, levando a uma maior necessidade de as tarefas familiares serem redistribuídas (Almeida, 2011; Balanchó, 2007; Bayle, 2016; Crepaldi et al., 2006; Gomes; Lunardi Filho; Erdmann, 2008; Gomez, 2016; Hintz, 2001; Murray, 2006). Destaque-se que, na sociedade ocidental, até aproximadamente a década de 1970, o pai era reconhecido como o “chefe da família” (Bayle, 2016, p. 319), responsável pelo seu sustento económico, concentrando sua atenção quase exclusivamente no campo profissional, enquanto que a mãe se dedicava às tarefas domésticas, aos cuidados dos membros da família e à satisfação das suas necessidades emocionais (Balanchó, 2007; Bayle, 2016; Crepaldi et al., 2006; Gomes; Lunardi Filho; Erdmann, 2008; Hintz, 2001).

Numa tentativa de conhecer algumas vivências experienciadas nesse contexto, as autoras desenvolveram um estudo exploratório, de natureza qualitativa, com o objetivo geral de auscultar as principais preocupações e necessidades experienciadas pelos pais durante a hospitalização de um filho em situação de internamento agudo, e explorar eventuais diferenças entre o pai e a mãe no conjunto de vivências partilhadas. As hipóteses, a metodologia e os resultados deste estudo são dados a conhecer em seguida.

## Metodologia

O estudo realizado é do tipo qualitativo, exploratório e assenta na auscultação direta dos participantes quanto ao modo como vivenciaram o problema em foco: a hospitalização do seu filho.

Enquadrado num paradigma de investigação humanístico-interpretativo, cujo foco são as experiências subjetivas, as vivências e as perspetivas dos participantes, este estudo propõe-se partir do discurso dos participantes, e não de teorias previamente existentes, centrando-se nas particularidades dos fenómenos explorados mais do que em “leis” gerais (Almeida; Freire, 2017; Bogdan; Biklen, 2013; Fortin, 2009). No estudo, o ambiente hospitalar e os pais nesse contexto são assumidos

como a fonte direta dos dados. No que se refere ao papel do investigador, e em conformidade com o paradigma de investigação humanístico-interpretativo, este é visto como o principal agente da recolha, focado na compreensão da situação atualmente vivida, no ambiente natural onde tem lugar, e reconhecendo a subjetividade de cada participante (Bogdan; Biklen, 2013; Coutinho, 2013; Fortin, 2009).

Quanto aos procedimentos de recolha de dados, numa primeira etapa deu-se a conhecer o estudo à comissão diretiva de uma unidade hospitalar do norte de Portugal onde são acolhidas crianças com quadros clínicos de menor gravidade, geralmente agudos, e implicando internamentos de curta duração (cerca de três dias). Uma vez obtida a sua autorização para a realização do estudo, foi estabelecido contacto com o enfermeiro-chefe do serviço de pediatria, que passou a ser responsável pela articulação com os potenciais participantes, designadamente em termos de uma primeira apresentação do estudo e da averiguação da disponibilidade dos pais para participar. Depois de anuírem a sua participação, procedeu-se ao agendamento das entrevistas, sendo que, ainda antes da sua realização, a investigadora principal procedeu à clarificação - junto de cada um dos pais - do enquadramento institucional e dos objetivos do estudo, bem como dos seus princípios éticos (caráter voluntário da sua participação, possibilidade de desistência e anonimato e confidencialidade dos dados). Em seguida, cada um dos participantes assinou um consentimento informado. A recolha de dados foi feita durante os meses de abril e maio de 2018. Recorreu-se ao método de amostragem por conveniência, assumindo como critérios de inclusão casais heterossexuais, casados ou a viver em união de facto, com um filho em comum e hospitalizado há, pelo menos, dois dias. Excluíram-se situações em que nenhum dos pais assumia o papel de cuidador principal. Cada membro do casal foi entrevistado separadamente, de modo a evitar uma potencial “contaminação” de respostas ou a “monopolização” da entrevista por um deles.

Os dados foram recolhidos por intermédio de dois instrumentos nucleares: (1) um questionário sociodemográfico; e (2) um guião de entrevista, aplicados por essa ordem.

Após as entrevistas, procedeu-se à sua transcrição integral para a análise dos dados, com recurso à metodologia de análise de conteúdo de Bardin (2013). Esta define-se como um conjunto de técnicas que podem ser usadas para analisar e tratar a informação de natureza qualitativa e para produzir inferências, assumindo como critérios a homogeneidade, a exclusividade, a objetividade, a pertinência e a exaustividade (Bardin, 2013; Coutinho, 2013). Neste estudo, todos os critérios são utilizados, à exceção do critério da exaustividade.

Dada a semelhança deste estudo ao desenvolvido por Correia (2012), recorreu-se a algumas das categorias emergidas neste último, criando-se categorias em função das respostas deste novo grupo de pais. Complementarmente, procedeu-se à análise da frequência com que cada uma das (sub)categorias emergiu no discurso dos participantes, traduzida em termos do número de entrevistas (NE) em que aparecem referenciadas, e o número de unidades de registo (UR), correspondente ao número de vezes em que essas (sub)categorias foram evocadas.

## Resultados e discussão

### Caracterização dos participantes

O estudo contou com a colaboração de 16 casais (16 pais e 16 mães), num total de 32 participantes. O seu filho encontrava-se internado há, em média, 3,25 dias (mínimo=2; máximo=6 dias) e com idades compreendidas entre os três meses e os 11 anos (média=3 anos e quatro meses). Quanto ao quadro clínico que justificou o seu internamento, este oscilou entre situações de diagnóstico indefinido (n=6), doenças infecciosas (n=5) e respiratórias (n=2), entre outras. Nenhum dos internamentos foi planeado e 13 casais não sabiam a duração prevista para o internamento do seu filho.

Relativamente à situação profissional desses pais, 15 mães e 15 pais estavam empregados e uma mãe e um pai em situação de desemprego. De entre os pais empregados, 10 mães recorreram a dispensas de serviço (baixa médica e licença de maternidade) e cinco pais ao pedido de dias de férias de modo a poderem acompanhar o seu filho durante a

hospitalização. De entre os restantes participantes, duas mães e oito pais - por gozarem de um horário mais flexível, dado exercerem a sua atividade profissional por conta própria - continuaram a trabalhar, conciliando a sua atividade profissional com a hospitalização do filho. Treze mães e três pais assumiram o papel de cuidador principal. Nove desses casais tinham o apoio de outros familiares que, com a figura do pai, assumiam o papel de cuidadores secundários.

Quanto ao número de filhos, cada casal tinha entre um e três filhos (média=1,56), com idades compreendidas entre os três meses e os 11 anos. Segundo a informação cedida por cada um deles, todos dispunham de suporte social fora do hospital.

### Preocupações dos pais das crianças hospitalizadas

Na Tabela 1, dão-se a conhecer as preocupações relatadas pelos participantes aquando da hospitalização do seu filho. Nela aparecem discriminadas as respostas dos pais e das mães, em função do número de participantes que evocou cada uma das categorias (NE) e o número de vezes que cada categoria foi, ao todo, referenciada (UR).

**Tabela 1 – Preocupações dos pais**

Categorias	Mães (n=16)		Pais (n=16)	
	NE	UR	NE	UR
Estado de saúde do filho	12	19	10	19
Reação do filho ao internamento e à doença	5	5	2	2
Situação escolar do filho internado	3	4	2	2
Gestão da vida profissional	2	2	1	1
Aspetos financeiros	3	3	0	0
Outro elemento do casal	1	1	2	2
Outros filhos	0	0	2	2
Ausência de preocupações	3	0	4	0

De entre as sete categorias de preocupações que emergiram no discurso dos pais, as três primeiras dizem respeito ao filho internado e aludem às suas inquietações relativamente a: (1) seu **estado de**

**saúde**; (2) sua **reação ao internamento e à doença**; e (3) sua **situação escolar**. As restantes categorias reportam-se às preocupações (4) com a **gestão da vida profissional**; (5) a **aspetos financeiros**; (6) com o **outro elemento do casal**; e com os (7) **outros filhos**.

Tal como se pode constatar pela leitura da Tabela 1, as preocupações com o **estado de saúde do filho** foram as que assumiram uma maior expressão no discurso dos participantes (n=12 mães e 10 pais). Essas preocupações diziam respeito aos sintomas “estranhos” manifestados pelo filho, bem como à indefinição do seu diagnóstico, tal como refere um dos pais: “*O que me preocupa mais é o que ele [filho] tem; ninguém sabe o que é que ele tem [...]. Era para ir hoje embora e já não vai... A incerteza; não se consegue descobrir o que é...*” (pai, casal 14).<sup>2</sup>

Nessa categoria de respostas, os pais enfatizaram também preocupações com a recuperação do filho e com possíveis sequelas físicas e emocionais associadas ao quadro clínico e/ou aos efeitos colaterais dos tratamentos. Eis um exemplo: “*Eu fico preocupado com ela [...]. É sempre uma preocupação porque aquilo vai ser uma recuperação complicada [...]. Qual é a percentagem de deficiência que ela vai ficar na perna? Isso é que me preocupa, [...] como é que ela vai ficar no futuro*” (pai, casal 5). A essas preocupações, soma-se a antecipação da possibilidade de reaparecimento ou agravamento dos sintomas, tal como é retratado pelo discurso de uma mãe: “[...] *Se vai o quadro evoluir, ou seja, se pode piorar*” (mãe, casal 2).

O sofrimento, a angústia e a apreensão relatadas por esses pais vão ao encontro das evidências recolhidas por estudos análogos, nos quais as dúvidas e os medos associados ao diagnóstico do filho, à possibilidade de reincidência dos sintomas, à evolução negativa do quadro clínico e/ou aos efeitos e sequelas da doença, tratamentos e hospitalização aparecem também retratados (Díaz-Caneja et al., 2005; Gomes et al., 2014; Schneider; Medeiros, 2011; Schultz, 2007).

Em segundo lugar, a **reação do filho ao internamento e à doença** aparecem entre as principais preocupações de cinco mães e dois pais, e associam-se a potenciais problemas de adaptação

2 Atribui-se um número de 1 a 16 para a identificação de cada casal.

do filho ao contexto hospitalar. As imposições colocadas pelo seu quadro clínico (e.g., limitações na mobilidade), pelos exames e procedimentos médicos (e.g., dolorosos, invasivos) e/ou pelo hospital (e.g., regras e rotinas, alimentação, separação dos familiares) e a falta de compreensão do filho relativamente ao que se está a passar foram as mais comumente referidas. Desta última é exemplo o testemunho de uma das mães, que alude à tenra idade do filho: “[...] *tem a ver com o facto da idade em que ele está e ser difícil [...]. Se fosse mais velho, se calhar, era mais fácil explicar... O pensamento dele era centrado no ‘não quero ficar aqui, quero ir embora’*” (mãe, casal 7). De realçar que, em cerca de metade dos participantes que mencionaram essas preocupações o filho, tinha entre um e três anos. Segundo Algren (2006) e Barros (1998, 2003), essas preocupações parecem justificar-se pela maior imaturidade cognitiva e emocional e a larga dependência da figura materna desses bebés/crianças.

Adicionalmente, entre os pais cujo filho se encontrava em idade escolar, a escola surgiu como uma preocupação adicional, tendo sido salientada por três mães e dois pais. A apreensão sentida - igualmente referida noutros estudos na área (Algren, 2006; Correia, 2012) - decorria do facto de o filho estar a faltar às aulas, dado se encontrar hospitalizado. Tal como refere uma mãe, pelo facto de estar afastado da escola por um longo período e/ou por essa ausência ser potencialmente geradora da diminuição do seu rendimento: “*Até pode perder o ano...*” (mãe, casal 5).

Outros tipos de preocupações mencionadas - ainda que com menor expressão e menos diretamente vinculadas ao filho internado - aludem à **gestão da vida profissional** desses pais, a **questões financeiras**, ao **outro elemento do casal** e aos **outros filhos**. Quanto às preocupações associadas à **vida profissional**, estas assumiram maior expressão entre duas mães e um pai (companheiro de uma delas). Pelo facto de se terem afastado temporariamente das suas responsabilidades profissionais para se poderem dedicar totalmente ao seu papel de mães e cuidadoras principais, temiam correr algum risco em termos da manutenção do emprego. Num dos casos, existia o risco de perda de uma oportunidade

de emprego decorrente da atual situação de saúde da filha - que implicou o seu atual internamento e o agendamento de um outro, num futuro próximo. Tal como dizia esta mãe: “[...] *onde eu estou é à experiência num restaurante de uma prima minha, mas ela disse que se o internamento demorasse mais que quinta-feira que teria que meter outra pessoa no meu lugar, [...] depois ponho-me a pensar: [...] arranjo outro trabalho, mas é de pensar duas vezes, porque ela em setembro vai ser operada...*” (mãe, casal 1).

Os resultados espelham a literatura na área que, à semelhança dos participantes deste estudo, descrevem a presença de preocupações na esfera profissional resultantes das mudanças causadas pela necessidade de acompanhamento a um filho no hospital e da participação nos seus cuidados a tempo integral (Jorge, 2004; Schneider; Medeiros, 2011; Schultz, 2007; Silva et al., 2010).

Relativamente às preocupações **financeiras** - similarmente retratadas por outros autores (Gomes et al., 2014; Jorge, 2004; Melamed, 2002; Sebastián; Palacio, 2000) -, estas foram exclusivamente mencionadas por mães, num total de três. Tais preocupações associavam-se às anteriormente descritas, não só pela interrupção da atividade profissional, mas pela atual diminuição de rendimentos (da sua parte e, nalguns casos, também do marido) e pelo aumento das despesas associadas à hospitalização do filho. Eis o discurso de uma das mães: “*O meu marido é que está a faltar aos trabalhos dele e depois temos contas para pagar ao fim do mês*” (mãe, casal 4).

Inversamente, as preocupações com o **outro elemento do casal** apareceram com maior frequência no discurso da figura paterna (referidas por uma mãe e dois pais), reportando-se estas ao cônjuge que assumia o papel de cuidador principal. Assim, nesse domínio, foi evocada a preocupação com o bem-estar do cônjuge (e.g., por estar exposto, por longos períodos, às más condições de hotelaria do hospital) e a ausência ao trabalho do companheiro/a (“sacrificando”, por exemplo, dias de férias) para poder acompanhar o filho no hospital.

No que se refere às preocupações com os **outros filhos**, foram dois os pais que as referiram, decorrendo estas do facto de a mãe estar ausente,

por períodos prolongados, da vida desses filhos enquanto acompanhando o irmão no hospital. Dado o seu papel de cuidadora principal do filho doente, essas mães estavam impedidas de acompanhar de perto os outros filhos e dar assistência às suas necessidades. Tal como diz um dos pais: “[...] a outra [filha] também sente a falta da mãe” (pai, casal 8). Iguais preocupações foram encontradas noutros estudos na área (Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Schneider; Medeiros, 2011; Silva et al., 2010).

Por último, salienta-se que, embora os pais tenham relatado uma panóplia diversificada de inquietações experienciadas durante o internamento do seu filho, sete desses pais (três mães e quatro pais) afirmaram não ter sentido qualquer preocupação digna de relevo.

O retrato de preocupações traçado pelos pais espelha de forma muito clara o impacto que o internamento de uma criança, mesmo que por um curto período, pode ter em todo o sistema familiar para os seus diferentes subsistemas (casal, relação pais-filhos, fratria) e nas diversas dimensões do seu funcionamento. Assim, durante esse episódio “crítico” da sua história, a família vê suas rotinas e dinâmicas alteradas, bem como diminuídos os recursos para fazer face às diferentes exigências colocadas pelo mesmo. No caso dos pais que participaram neste estudo, a par da gestão da vida doméstica, hospitalar e profissional, estes confrontam-se com questões financeiras que, somadas ao já amplo leque de preocupações associadas à condição clínica do filho internado, fazem desse um período particularmente exigente e de vulnerabilidade aumentada também retratado noutros estudos (Barros, 2003; Caires; Esteves; Almeida, 2014; Correia, 2012).

### Necessidades dos pais das crianças hospitalizadas

A situação de internamento do filho foi também geradora de um conjunto de necessidades entre esses pais, cujo teor aparece representado na Tabela 2 em função das categorias de resposta emergidas na análise dos seus testemunhos. À semelhança das preocupações, as necessidades verbalizadas pelos pais aparecem discriminadas em função das

respostas dos pais e das mães e tendo em conta o número de participantes que evocou cada categoria (NE) e o número de vezes que cada categoria foi referida (UR).

**Tabela 2 – Necessidades dos pais**

Categorias	Mães (n=16)		Pais (n=16)	
	NE	UR	NE	UR
Recuperação do filho e de regressar à casa	11	13	11	16
Melhores condições físicas no hospital	3	5	4	4
Mais tempo para si próprio/a e para descansar	3	3	1	1
Melhor comunicação com os profissionais de saúde	3	3	0	0
Mais apoio na gestão familiar	2	2	0	0
Maior disponibilidade para estar em casa em família e a acompanhar os outros filhos	2	2	0	0
Mais apoio no acompanhamento do filho hospitalizado	0	0	1	1
Ausência de necessidades	0	0	2	0

Tal como a Tabela 2 dá a conhecer, foram sete as categorias de necessidades enumeradas pelos pais a respeito da hospitalização do seu filho. De entre as mais mencionadas, sobressaíram as respeitantes à **recuperação do filho e regresso à casa** (NE=22, UR=29), com igual expressão entre mães e pais (11 mães e 11 pais). Por um lado, esses pais expressam o desejo de superação da condição clínica que conduziu ao internamento do filho e, por outro, que este tenha alta hospitalar com a maior brevidade possível, de modo a regressarem à casa e retomarem as suas rotinas. Evidências recolhidas noutros estudos mostram a presença desse desejo entre os pais com um filho hospitalizado, para quem a falta do seu espaço, da vivência familiar e das rotinas está igualmente presente (Correia, 2012; Schneider; Medeiros, 2011; Schultz, 2007).

Em segundo lugar foram referidas as necessidades de **melhores condições físicas no hospital**, salientadas por três mães e quatro pais, a maior parte dos quais assumindo o papel de cuidadores

principais. Dado o muito tempo passado com o filho no hospital, esses pais apontavam para a necessidade de serem asseguradas melhores condições de conforto (e.g., cadeirões mais adequados ao descanso) e higiene (e.g., um espaço para tomar banho) durante a sua estadia. A este propósito, uma das mães “reivindica”: “*Um espaço para tomar banho, [...] conforto [...]. Que em vez de andarem a pedir para televisões, para plasmas, que pensem antes em pôr cadeirões para os pais descansarem... Porque a gente não pede camas... Pede ao menos um cadeirão como deve ser...*” (mãe, casal 1). Um cenário similar foi encontrado pelos estudos de Correia (2012), Redondeiro (2003) e Shields, Young e McCann (2008), considerando-se que melhores condições de hotelaria facilitam o acompanhamento e a prestação de cuidados ao filho, o que, por sua vez, contribui para a sua recuperação e bem-estar (Moura; Ribeiro, 2004; Parcianello; Felin, 2008; Redondeiro, 2003).

As necessidades de ter **mais tempo para si próprio/a e para descansar** surgem em terceiro lugar, e foram evocadas por um maior número de mães (NE=3 e um pai), que assumiam o papel de cuidadoras principais. A alusão a essas necessidades parece decorrer do facto de, enquanto cuidadores principais, permanecem longos períodos no hospital e com sua liberdade largamente condicionada, à semelhança do que referem Milanesi, Collet e Oliveira (2006) e Schneider e Medeiros (2011). Tais limitações e o pouco tempo que têm para si próprios parecem estar (entre outros) na origem do cansaço e da exaustão física e mental habitualmente relatadas por esses pais (Algren, 2006; Jorge, 2004; Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Schneider; Medeiros, 2011).

Entre o quarto grupo de necessidades mais referidas surgiram as alusivas à **comunicação e relação desses pais com os profissionais de saúde**, salientadas exclusivamente por mães (NE=3), duas das quais assumindo o papel de cuidadoras principais, que se debatiam com a indefinição do diagnóstico do filho. Mais informação, por parte da equipa clínica, sobre o estado de saúde do filho, uma comunicação mais clara e concreta sobre o que se está passar ou a presença de maior “segurança” ou “certezas” dos profissionais quanto ao quadro clínico do filho emergem no discurso dessas mães

como necessidades de grande premência. Nesse mesmo sentido apontam as evidências recolhidas por autores como Hallström, Runesson e Elander (2002), Jorge (2004) ou Kristjánssdóttir (1995), que salientam a necessidade de os pais acederem e compreenderem a informação relativa ao quadro clínico do filho, sendo que o acesso a essa informação e a forma como ela é transmitida influenciam substancialmente a capacidade de adaptação da família a esse processo (Jorge, 2004; Nelas et al., 2015).

Quanto às necessidades de **mais apoio na gestão familiar** - enfatizadas por duas mães com mais do que um filho -, as mães prementes reportaram-se ao apoio na realização das tarefas domésticas e na participação nos cuidados ao(s) outro(s) filho(s), à semelhança de outros estudos na área (Correia, 2012; Melamed, 2002; Schultz, 2007). Entenda-se, nesse sentido, que o número de filhos constitui uma variável que interfere na forma como os pais vivenciam essa situação, dado terem de se dividir entre a atenção e cuidados ao filho hospitalizado e o(s) outro(s), em casa.

Adicionalmente, a hospitalização do filho levou a que duas outras mães - cuidadoras principais - referissem a necessidade de **maior disponibilidade para estar em casa em família e a acompanhar os outros filhos**. Em conformidade com o observado por Milanesi, Collet e Oliveira (2006) e Schneider e Medeiros (2011), essa necessidade de disporem de mais tempo para estarem com os outro(s) filho(s) surge não só por sentirem sua falta, mas por considerarem a presença da mãe como determinante para o bem-estar desses filhos e para a diminuição do impacto da hospitalização entre os irmãos saudáveis.

Um pai mencionou a necessidade de **mais apoio no nível dos cuidados e acompanhamento do filho hospitalizado** por parte da companheira. Essa referência decorreu do facto de esse pai assumir o papel de cuidador principal e estar mais tempo junto do filho internado, devido, essencialmente, à indisponibilidade da mãe para se revezar com ele nessa tarefa de cuidado, reconhecendo que gostaria “*que a mulher tivesse mais coragem para fazer intermédio um e outro...*” (pai, casal 3).

Por último, evidencia-se que dois pais (figura paterna) referiram que, durante a hospitalização

do filho, não sentiram qualquer necessidade digna de nota.

As necessidades descritas pelos pais nos seus testemunhos dão, pois, a conhecer as múltiplas exigências colocadas pela hospitalização de um filho e alguns aspetos lacunares das condições em que esta tem lugar ou as carências que emergem entre os pais durante esse período. Entre esses destacam-se, a nível pessoal, e em particular entre os cuidadores principais, a sensação de perda de seu espaço, privacidade e liberdade, agravada pelo desconforto das condições de hotelaria oferecidas pelo hospital e/ou pelas lacunas existentes na comunicação com os profissionais de cuidados, em especial nos casos em que o diagnóstico do filho ainda se encontra “em aberto”. A prioridade dada ao cuidar do filho hospitalizado, dos outros filhos em casa e da vida doméstica e/ou profissional dão também lugar à sensação de falta de tempo para si próprios e à necessidade de algum apoio adicional para fazer face às várias solicitações que o atual cenário coloca ao seu quotidiano. Entre os agregados familiares maiores, em particular aqueles nos quais existem outros filhos dependentes, essas necessidades parecem surgir de forma mais enfática.

### **Diferenças entre as vivências do pai e da mãe das crianças hospitalizadas**

A par da descrição das principais preocupações e necessidades vividas pelos pais durante a hospitalização de um filho, este estudo procurou averiguar eventuais diferenças entre a forma como pai e mãe experienciam esse processo. Como se pôde constatar, os resultados apontam para a inexistência de diferenças expressivas entre o discurso de ambos os elementos do casal, designadamente no que concerne a aspetos como as preocupações com o estado de saúde do filho - especialmente nos casos de ausência de um diagnóstico concreto -, com a sua situação escolar ou em termos das necessidades vividas em relação à recuperação do filho e ao regresso à casa.

Por sua vez, as preocupações relacionadas com a reação do filho ao internamento e à doença,

a gestão da vida profissional, as necessidades de melhores condições no hospital, de mais tempo para si próprio/a e para descansar, de uma melhor comunicação com os profissionais de saúde, de mais tempo para acompanhar os outros filhos em casa e de maior apoio nos cuidados ao filho internado assumiram maior peso no discurso da figura parental que assumia o papel de cuidador principal.

Olhando mais pontualmente as diferenças entre os dois elementos do casal, as preocupações financeiras e as necessidades de mais apoio na gestão familiar apareceram com maior ênfase no discurso das mães, revelando que, relativamente a estas últimas, apesar de a figura paterna estar cada vez mais presente e comprometida nas tarefas dos cuidados aos filhos e na gestão da vida doméstica, as mulheres continuam a assumir um papel nuclear nesses domínios (Almeida, 2011; Milanese; Collet; Oliveira, 2006; Moura; Ribeiro, 2004).

Adicionalmente, neste estudo, apenas a figura do pai salientou preocupações em relação ao outro elemento do casal e aos outros filhos em casa. Tais preocupações estavam, mais uma vez, direcionadas à mãe, pelo facto de esta assumir o papel de cuidadora principal do filho internado, permanecendo mais tempo no hospital (exposta a condições de alguma limitação e precariedade) e longe dos filhos “saudáveis”.

Em face desses resultados, poder-se-á afirmar que, de forma geral, as diferenças identificadas entre as vivências do pai e da mãe parecem estar mais associadas ao tipo de papel que cada um dos membros do casal assume enquanto cuidador (principal ou secundário) na assistência ao filho hospitalizado, mais do que propriamente pelo facto de ser a figura materna ou paterna. A permanência por mais tempo junto do filho no hospital; o acompanhamento mais vigilante do seu estado clínico; a separação e gestão, a distância, de outros contextos significativos (e.g., casa, trabalho, outros filhos); a maior privação da sua liberdade; e/ou a maior exposição às condições hospitalares (nem sempre favoráveis em termos de conforto, privacidade e repouso) parecem ser fatores que assumem maior peso nas vivências da figura parental que desempenha o papel de

cuidador principal, explicando, majoritariamente, as diferenças encontradas entre os membros do casal.

Subjacentes a esses resultados estão as mudanças que foram ocorrendo na estrutura familiar na sociedade contemporânea, as quais foram convergindo para um novo olhar sobre as funções parentais socialmente atribuídas à mulher e ao homem, no sentido de uma menor distinção entre ambos (Almeida, 2011; Bayle, 2016; Crepaldi et al., 2006; Gomez, 2016). Entre estas, realça-se o papel mais ativo das mulheres na vida social e no mercado do trabalho, levando a uma maior necessidade de redistribuição das tarefas familiares e do acompanhamento dos filhos, incluindo em situações de hospitalização destes (Almeida, 2011; Balancho, 2007; Bayle, 2016; Crepaldi et al., 2006; Gomes; Lunardi Filho; Erdmann, 2008; Gomez, 2016; Hintz, 2001; Murray, 2006). Por outro lado, também o pai está mais envolvido na vida familiar, preocupando-se com o bem-estar dos filhos e da companheira (Balancho, 2007; Correia, 2012; Gomes; Lunardi Filho; Erdmann, 2008; Guerreiro; Caetano; Rodrigues, 2008; Hintz, 2001; Moura; Ribeiro, 2004).

De realçar ainda que, apesar de todas essas mudanças na sociedade, neste estudo, o papel de cuidador principal foi assumido majoritariamente pelas mães (13 entre as 16 mães participantes), à semelhança de outros estudos na área (Crepaldi et al., 2006; Moura; Ribeiro, 2004; Schneider; Medeiros, 2011). Neste sentido, atualmente, a mulher ainda é tendencialmente e tradicionalmente considerada como a principal responsável por acompanhamento, educação e prestação de cuidados aos filhos e pela gestão das tarefas domésticas, associando-se a ideia de um melhor desempenho do papel de cuidador da sua parte em relação ao homem (Almeida, 2011; Crepaldi et al., 2006; Gomes; Lunardi Filho; Erdmann, 2008; Milanesi; Collet; Oliveira, 2006; Moura; Ribeiro, 2004). No entanto, também neste estudo uma parte significativa dos pais (figura paterna) procurou estar presente no hospital e auxiliar na prestação de cuidados ao filho internado, conciliando essa tarefa com

sua atividade profissional e com as funções domésticas e parentais em casa.

## Considerações finais

Com a concretização deste estudo, verificou-se que a situação de hospitalização de um filho representa um acontecimento crítico e estressante para todo o núcleo familiar, e não só para a criança internada ou para o pai/a mãe que assume seu cuidado no hospital. Esse episódio crítico interfere nas rotinas e no bem-estar de todo o sistema, implicando que cada um dos seus membros se ajuste aos diferentes desafios e exigências colocados pelo internamento de um dos seus elementos mais jovens. Olhando mais concretamente as vivências dos pais, verificou-se que o internamento de um filho gera impacto em várias áreas da sua vida e é motivo de um alargado leque de preocupações e necessidades.

Esses desafios veem-se ampliados entre os pais que assumiram o papel de cuidadores principais e têm contornos distintos dos vividos pelo cônjuge que assume o papel de cuidador secundário. Assim, enquanto este último fica, geralmente, a braços com as questões laborais e com a gestão das tarefas domésticas e o cuidado aos outros filhos em casa, o cuidador principal experiencia mais de perto os sentimentos de angústia e apreensão relativamente ao quadro de saúde do filho, ampliados pelo facto de passar longos períodos no hospital, com pouca “liberdade de movimentos” e sob condições de hotelaria pouco confortáveis e desajustadas às suas necessidades de repouso, higiene e privacidade.

Para além disso, a diminuição do tempo para si próprios e para a gestão doméstica, bem como o facto de sentirem falta das suas rotinas, do conforto do lar e do núcleo familiar, parece ter contribuído, entre os cuidadores principais, para o maior desgaste relatado. Adicionalmente, a interrupção temporária da sua atividade profissional e o aumento das despesas financeiras associadas à hospitalização do filho geraram preocupações suplementares.

No que concerne a intervenções visando minorar do impacto dessa experiência nos pais e, conseqüentemente, a facilitação do processo de recuperação da criança, a diminuição do

seu tempo de internamento e dos potenciais efeitos negativos desse episódio “crítico”, crê-se como prioritária a alteração do ambiente e das condições hospitalares, nomeadamente no nível das condições de hotelaria e da qualidade dos processos comunicacionais com a equipa de saúde. As primeiras, de ordem estrutural, poderão ser mais difíceis de contornar a curto prazo, parecendo, no entanto, existir maior amplitude (e imediaticidade) de possibilidades quanto às questões comunicacionais. A disponibilização de mais informação, pela equipa de cuidados, aos pais e a utilização de uma linguagem clara, ajustada às habilitações literárias e às expectativas e necessidades dos pais, poderão colmatar (ou minorar) algumas das preocupações e necessidades relatadas pelos pais deste estudo e de outros congêneres, à semelhança do sugerido por outros autores na área.

Apesar do limitado número de participantes envolvidos neste estudo e das particularidades do contexto onde foi realizado - inviabilizando a sua generalização -, as evidências recolhidas parecem tornar bem clara a pertinência de investigação mais aprofundada sobre as dificuldades, preocupações e necessidades dessas famílias, dando particular atenção ao paciente pediátrico e ao seu cuidador principal, quer pela sua exposição direta e prolongada ao contexto hospitalar e à doença, quer pelo papel nuclear deste último no acompanhamento, cuidado e recuperação da criança hospitalizada. Adicionalmente, a auscultação do olhar dos protagonistas desses processos quanto às respostas psicossociais mais ajustadas às suas experiências poderá ser igualmente útil no sentido de diminuir, por um lado, os estressores presentes durante a hospitalização, ou, por outro, ampliar a sua capacidade de enfrentamento deles. O reconhecimento dos recursos e competências já existentes no seio dessas famílias e a identificação das suas fragilidades são também de particular relevância, quer no sentido de promover a autoestima e o sentido de autoeficácia dos seus diferentes elementos, quer com vista à ampliação

- por meio de treinamento - de estratégias ajustadas aos desafios enfrentados durante hospitalização e após a alta. Nesse processo de empoderamento das famílias, a individualização e a humanização do apoio prestado assumem-se como valores primordiais.

## Referências

- ALGREN, C. Cuidado centrado na família da criança durante a doença e a hospitalização. In: HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, M. L.; WILSON, D. (Ed.). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. São Paulo: Mosby Elsevier, 2006. p. 637-705.
- ALMEIDA, A. N. A sociologia e a construção da infância: olhares do lado da família. In: LEANDRO, M. E. (Coord.). *Laços familiares e sociais*. Viseu: PsicoSoma, 2011. p. 69-77.
- ALMEIDA, L. S.; FREIRE, T. *Metodologia de investigação em psicologia e educação*. Braga: Psiquilíbrios, 2017.
- BALANCHO, L. F. *Ser pai, hoje*. Lisboa: Editorial Presença, 2007.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2013.
- BARROS, L. As consequências psicológicas da hospitalização infantil: prevenção e controlo. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 16, n. 1, p. 11-28, 1998.
- BARROS, L. *A psicologia pediátrica: uma perspectiva desenvolvimentista*. Lisboa: Climepsi, 2003.
- BAYLE, F. A parentalidade. In: LEAL, I. (Coord.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2016. p. 317-346.
- BENAVIDES, G.; MONTOYA, I.; GONZÁLEZ, R. La experiencia de la hospitalización en la infancia. In: FERRER, M. C. (Coord.). *El juego y el juguete en la hospitalización infantil*. Valencia: Nau Llibres, 2000. p. 35-62.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora, 2013.

- CAIRES, S.; ESTEVES, C. H.; ALMEIDA, I. Palhaços de hospital como estratégia de amenização da experiência de hospitalização infantil. *Psico-USF*, Bragança Paulista, v. 19, n. 3, p. 377-386, 2014.
- CORREIA, S. C. *A figura do pai em situação de doença do filho*. 2012. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) - Universidade de Évora, Évora, 2012.
- COUTINHO, C. P. *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas: teoria e prática*. Coimbra: Almedina, 2013.
- CREPALDI, M. A. et al. A participação do pai nos cuidados da criança, segundo a concepção de mães. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 3, p. 579-587, 2006.
- DIAZ-CANEJA, A. et al. A child's admission to hospital: a qualitative study examining the experiences of parents. *Intensive Care Medicine*, Bruxelas, v. 31, p. 1248-1254, 2005.
- ESTEVES, C. H. F. *Contributos dos doutores palhaços da operação nariz vermelho para a qualidade da adaptação e do desenvolvimento em contexto pediátrico: o olhar da criança e seus pais*. 2015. Tese (Doutorado em Psicologia da Educação) - Instituto de Educação, Universidade do Minho, Braga, 2015.
- FORTIN, M. *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta, 2009.
- GOMES, G. C. et al. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 234-240, 2014.
- GOMES, G. C., LUNARDI FILHO, W. D.; ERDMANN, A. L. Percepções da equipe de enfermagem em relação ao pai como cuidador na unidade de pediatria. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 29, n. 3, p. 431-437, 2008.
- GOMEZ, R. M. O pai: paternidade em transição. In: LEAL, I. (Ed.). *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim de Século, 2016. p. 257-285.
- GUERREIRO, M. D.; CAETANO, A.; RODRIGUES, E. A. A família (d)escrita pelos jovens: permanência e mudança de modelos de paternidade. *Configurações*, Braga, v. 4, p. 115-126, 2008.
- HALLSTRÖM, I.; RUNESSON, I.; ELANDER, G. Observed parental needs during their child's hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, Nova Jersey, v. 17, p. 140-148, 2002.
- HINTZ, H. C. Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade. *Pensando Famílias*, Porto Alegre, v. 3, p. 8-19, 2001.
- JORGE, A. M. *Família e hospitalização da criança (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures: Lusociência, 2004.
- JUST, A. C. Parent participation in care: bridging the gap in the pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, Filadélfia, v. 5, n. 4, p. 179-187, 2005.
- KRISTJÁNSDÓTTIR, G. Perceived importance of needs expressed by parents of hospitalized two-to six-year-olds. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, Oslo, v. 9, n. 2, p. 95-103, 1995.
- MARQUES, G. F. S. *O impacto da doença oncológica da criança na família*. 2015. Tese (Doutorado em Enfermagem Avançada) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2015.
- MELAMED, B. G. Parenting the ill child. In: BORNSTEIN, M. H. (Ed.). *Handbook of parenting*. Londres: Lawrence Erlbaum Associates, 2002. p. 329-348.
- MILANESI, K.; COLLET, N.; OLIVEIRA, B. R. G. Sofrimento psíquico da família de crianças hospitalizadas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 59, n. 6, p. 769-774, 2006.
- MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Existential experience of mothers of hospitalized children in intensive pediatric care unit. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 635-641, 2009.
- MOURA, E. V.; RIBEIRO, N. R. R. O pai no contexto hospitalar infantil. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 386-395, 2004.

- MURRAY, P. Influências da família na promoção da saúde da criança. In: HOCKENBERRY, M. J.; WINKELSTEIN, M. L.; WILSON, D. (Ed.). *Wong fundamentos de enfermagem pediátrica*. São Paulo: Mosby Elsevier, 2006. p. 30-54.
- NELAS, J. C. et al. *Guia orientador de boa prática: adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015.
- PARCIANELLO, A. T.; FELIN, R. B. E agora doutor, onde vou brincar? Considerações sobre a hospitalização infantil. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, n. 28, p. 147-166, 2008.
- REDONDEIRO, M. E. F. R. *O quotidiano hospitalar da criança: constrangimentos e possibilidades de desenvolvimento*. 2003. Dissertação (Mestrado em Sociologia da Infância) - Universidade do Minho, Braga, 2003.
- SCHNEIDER, C. M.; MEDEIROS, L. G. Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc & Ciência - ACHS*, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 140-154, 2011.
- SCHULTZ, L. F. *A família vivenciando a doença e a hospitalização da criança: protegendo o filho do mundo e não o mundo do filho*. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Guarulhos, Guarulhos, 2007.
- SEBASTIÁN, M. J. Q.; PALACIO, S. P. El papel de los padres en la preparación psicológica a la hospitalización infantil. In: QUILES, J. M. O.; CARRILLO, F. X. M. (Coord.). *Hospitalización infantil: repercusiones psicológicas - teoría y práctica*. Madrid: Biblioteca Nueva, 2000. p. 155-174.
- SHIELDS, L.; YOUNG, J.; MCCANN, D. The needs of parents of hospitalized children in Australia. *Journal of Child Health Care*, [S.l.], v. 12, n. 1, p. 60-75, 2008.
- SILVA, M. A. S. et al. Cotidiano da família no enfrentamento da condição crônica na infância. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 359-365, 2010.

---

### Contribuição das autoras

Joana Isabel Barbosa Rodrigues foi responsável pela recolha de dados. As três autoras participaram na redação do artigo.

Recebido: 05/11/2019

Aprovado: 19/12/2019





**Apêndice XIII – Planeamento de Atividades e Seleção de Estratégias - UCIN**

Objetivo para o Estágio na UCIN			
Objetivo Geral: Desenvolver competências de Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados/ensinos à criança e família.			
Objetivos específicos	Atividades desenvolvidas	Recursos	Indicadores de avaliação
Contribuir para a uniformização dos cuidados de enfermagem, para a promoção da parentalidade em pais de RN internados na UCIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira Chefe;</li> <li>• Pesquisa, com recurso a bases de dados e materiais produzidos pelas sociedades nacionais e internacionais de pediatria e enfermagem neonatal;</li> <li>• Elaboração de uma norma sobre os diagnósticos de enfermagem sobre a parentalidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia e literatura eletrónica</li> <li>• Normas gerais e setoriais implementadas</li> <li>• Computador</li> <li>• Internet</li> <li>• Enfermeira chefe</li> <li>• Enfermeira-orientadora</li> <li>• Espaço físico do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação da norma pela enfermeira orientadora e enfermeira chefe.</li> </ul>
Sensibilizar a equipa de enfermagem sobre intervenções para promoção da parentalidade dos pais de RN internados na UCIN	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunir com a Enfermeira Orientadora e com a Enfermeira Chefe;</li> <li>• Pesquisa, com recurso a bases de dados e materiais produzidos pelas sociedades nacionais e internacionais de pediatria e enfermagem neonatal;</li> <li>• Realização de questionário online aos pais, sobre necessidades sentidas e identificadas durante o internamento na UCIN;</li> <li>• Realização de questionário online à equipa de enfermagem sobre aspetos referentes à promoção da parentalidade;</li> <li>• Realização de uma sessão de formação sobre os resultados dos questionários, sensibilização sobre as intervenções para promoção da parentalidade e sensibilização sobre o diagnóstico de enfermagem de parentalidade comprometida</li> <li>• Avaliação da sessão de formação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bibliografia e literatura eletrónica</li> <li>• Normas gerais e setoriais implementadas</li> <li>• Computador</li> <li>• Internet</li> <li>• Enfermeira-orientadora</li> <li>• Equipa de enfermagem</li> <li>• Equipa multidisciplinar</li> <li>• RN e pais</li> <li>• Espaço físico do serviço</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compreender perceção dos pais sobre a parentalidade;</li> <li>• Compreender as necessidades dos pais para a promoção da parentalidade.</li> </ul>

## Apêndice XIV – Norma de diagnóstico sobre Parentalidade

		<b>SERVIÇO: UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS (UCIN)</b>	
<b>NORMA Nº - Diagnósticos sobre Parentalidade</b>		<b>Aprovado em:</b>	
<b>Elaborado por:</b>	<b>Revisto por:</b>	<b>Revisão em:</b>	
Enf. <sup>a</sup> Catarina Carvalho, n.º mec. 26476 Enf. <sup>a</sup> ESIP Ana Rebotim, n.º mec.			

### I – Contextualização

A **Parentalidade** é vista como um dos eventos mais importantes e relevantes na vida, marcando o início de uma nova fase do ciclo vital da família, alterando a função conjugal para parental. Descreve o conjunto de atividades desempenhadas pelos adultos de referência do RN, mantendo o papel de assegurar a sobrevivência e desenvolvimento.

Os pais têm o dever de cuidar, proteger e promover o desenvolvimento dos filhos a nível físico, psicológico e social, estabelecendo um ambiente saudável e favorável à sua evolução. A **Promoção da Parentalidade** tem como objetivo a capacitação dos pais, assim como o desenvolvimento de competências e conhecimentos para serem prestadores de cuidados do RN, mesmo durante o internamento.

Os pais devem apoiar a criança através do exercício da sua autoridade natural, enquanto figuras de referência, demonstrando um comportamento consciente, empático, apropriado e em consonância com as necessidades do filho.

De acordo com a CIPE ®( 2018), ***Papel Parental** é um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as responsabilidades parentais (de ser mãe/pai); interiorizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; a expressar estas expectativas sob forma de comportamentos e valores; promover o crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente.*

De acordo com a CIPE ® (2018), a **Vinculação** é uma ligação entre a criança e a mãe e/ou pai, com formação de laços afetivos

## **II – Objetivo**

Descrever os Diagnósticos de Enfermagem referentes à Parentalidade inseridos na Picis;  
Enumerar as intervenções de enfermagem referentes a cada diagnóstico;  
Sensibilizar a equipa para a utilização dos diagnósticos de Parentalidade.

## **III - Informações Gerais**

A - Quem executa: o Enfermeiro

B - Frequência: De acordo com as necessidades da família

C - Orientações quanto à execução:

- Avaliar o conhecimento dos pais;
- Consultar o processo informático do RN;
- Aceder a protocolos, inseridos nos registos informáticos do RN;
- Selecionar o diagnóstico de enfermagem adequado:
  - Parentalidade – Melhorar Conhecimento dos Pais
  - Parentalidade – Melhorar Conhecimento dos Pais (Necessidades Especiais)
  - Parentalidade – Melhorar Conhecimento do Pais (Necessidades Desenvolvimentais)
  - Parentalidade – Vinculação Comprometida

## **IV – Recursos**

- Computador
- Sistema Informático, Critical Care Manager – PICIS

## **V – Procedimento**

Selecionar as intervenções de enfermagem adequadas a cada Diagnóstico e Contexto:

### **Parentalidade – Melhorar Conhecimento dos Pais**

- Avaliar conhecimento dos pais para tomar conta;
- Ensinar cuidados à pele;
- Ensinar sobre diagnóstico precoce;
- Ensinar medidas de segurança no transporte do RN;
- Ensinar posicionamento durante a hospitalização;
- Ensinar prevenção de acidentes – domicílio e rodoviários;
- Ensinar sobre técnica de alimentação por biberon;
- Ensinar técnica de preparação para leite adaptado;
- Ensinar vacinas;
- Ensinar a vigiar coto umbilical;
- Ensinar a vigiar sinais e sintomas;
- Ensinar a vigiar a temperatura corporal;
- Ensinar a vigiar vigilância de saúde após alta.

**Parentalidade – Melhorar Conhecimento dos Pais (necessidades especiais):**

- Avaliar conhecimento dos pais para tomar conta;
- Ensinar a administrar medicamento;
- Ensinar a avaliar dor com medidas não farmacológicas;
- Ensinar sobre desenvolvimento infantil;
- Ensinar sobre executar inaloterapia;
- Executar oxigenoterapia;
- Ensinar a fluidificar secreções;
- Ensinar medidas de segurança com dispositivos;
- Ensinar posicionamentos durante a hospitalização;
- Ensinar sobre prevenção de contaminação (para crianças colonizadas);
- Ensinar técnica de massagem;
- Ensinar a tratar maceração;
- Ensinar a tratar eritema de fraldas;
- Ensinar o uso de dispositivos de prevenção de úlcera por pressão;
- Promover contacto da mãe e RN pelo método canguru;
- Promover contacto do pai e RN pelo método canguru.

### **Parentalidade – Melhorar Conhecimento dos Pais (necessidades desenvolvimentais):**

- Avaliar conhecimento dos pais para tomar conta;
- Ensinar a alimentar;
- Ensinar a cuidar da higiene;
- Ensinar a prevenir aspiração;
- Ensinar a trocar fralda.

### **Parentalidade – Vinculação Comprometida:**

- Avaliar comportamentos de vinculação;
- Ensinar desenvolvimento infantil;
- Ensinar método canguru;
- Ensinar sobre vinculação;
- Promover contacto da mãe e RN pelo método canguru;
- Promover contacto do pai e RN pelo método canguru;
- Promover e envolver pais nos cuidados;
- Promover ligação mãe-filho;
- Promover presença dos pais.

### **Papel Parental Comprometido:**

- Avaliar papel parental: parceria de cuidados durante a hospitalização;
- Incentivar desempenho do papel parental;
- Informar para o papel parental (legislação);
- Promover papel parental (visitas, telefonemas, notas relevantes)

## **Apêndice XV**– Plano da Sessão de Formação



Mestrado em Enfermagem  
Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica  
Unidade Curricular Estágio Final e Relatório

**Plano da Sessão de Formação**  
**Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais**

## **Promoção da Parentalidade na UCIN**

**Regente:** Professora Doutora Margarida Lourenço

**Docente:** Professora Doutora Sílvia Ramos

**Enf<sup>a</sup> Orientadora SIP:** Ana Rebotim

**Discente:** Catarina Carvalho, nº 192021032

Lisboa, dezembro 2022



## Índice

Introdução .....	361
Justificação da Sessão de Formação .....	363
Planeamento da Sessão de Formação .....	364
Resultados da Sessão de Formação .....	365
Conclusão .....	369
Referências Bibliográficas .....	370

## Introdução

No âmbito da unidade curricular Estágio Final e Relatório e no decorrer do estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) foi realizada uma formação sobre intervenções de enfermagem a desenvolver com os pais de recém-nascidos (RN) internados de forma a facilitar na adaptação à parentalidade, apresentando os resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem e aos pais de RN internados na UCIN. Ainda foi realizada uma breve apresentação dos diagnósticos de enfermagem relativos à parentalidade. A realização desta formação surgiu após identificação das necessidades formativas da equipa de enfermagem em relação a intervenções adequadas a realizar para incluir os pais nos cuidados ao RN e assim promover a parentalidade.

A prática de cuidados na UCIN baseia-se na filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF), com enfoque na promoção da vinculação e da parentalidade. A filosofia do cuidado centrado na família reconhece a família como uma constante na vida da criança, sendo o foco do cuidado, o respeito, o apoio e a colaboração, tendo como conceitos básicos a capacitação e o empoderamento da família (Hockenberry & Wilson, 2014).

Segundo os princípios dos CCF, a família é vista como um verdadeiro aliado nos cuidados, sendo essenciais para a segurança e conforto da criança, assim como para a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Conway, 2006)

Os CCF estabelecem como princípios: o respeito e a dignidade pela família e pela criança (conhecimentos, valores, crenças e perspetivas familiares são incluídas no planeamento e na prestação dos cuidados); a partilha de informação (através de uma comunicação efetiva e partilha de informação oportuna e clara); a participação (incentivo e apoio na tomada de decisão e nos cuidados) e a colaboração (a criança e a família são incluídos na prestação de cuidados em todo o seu processo e planeamento, execução, avaliação e reestruturação, caso necessário) (Conway, 2008; Harrison, 2010; Institute for Family-Centered Care, 2010; American Academy of Pediatrics, 2012; Cruz, 2018) Este modelo reconhece a família como parceira nos cuidados à criança, respeitando a sua individualidade assim como da sua família, tendo em conta as suas necessidades e capacidades (Casey, 1993).

Os profissionais têm o dever de capacitar e treinar as famílias de forma holística, individualizada e progressiva, dando-lhes a oportunidade para demonstrar as suas

aptidões e competências. Ao longo deste percurso, as famílias poderão também adquirir novas competências pertinentes e adequadas para dar resposta às necessidades da criança, mantendo o controlo e estabilidade sobre as suas vidas. (Hockenberry & Wilson, 2014). O enfermeiro capacita a família quando incentiva os pais a mobilizarem capacidades e competências adquiridas ou a desenvolverem novas competências, que permitem satisfazer as necessidades do filho, que são também as suas, mesmo durante a hospitalização. De forma a capacitar para a parentalidade, a interação dos enfermeiros com os pais deve ter sempre em consideração a díade: pais e RN, de forma que os ensinamentos realizados sejam adequados a essa parceria de cuidados. Sendo então prestados cuidados flexíveis, ajustados e individualizados a cada família, originando hábitos e comportamentos adequados entre os pais e bebé (Hockenberry & Wilson, 2014).

Na Neonatologia, sendo uma área muito específica, é necessário adequar a tecnologia disponível às necessidades do RN e família, assim como ajustar medidas e estratégias que valorizem o cuidar e respeitem a vida humana em toda a sua dimensão, promovendo cuidados individualizados (Neto & Rodrigues, 2010).

A existência de formações com a sensibilização para as intervenções de enfermagem que estimulem a parentalidade, torna-se essencial para que, em equipa também sejam discutidas estratégias e refletivas práticas exercidas na UCIN. A apresentação e implementação de protocolos ou *guidelines* que orientem a prática, demonstram ser uma mais-valia para auxiliar na avaliação da vinculação entre os pais e o RN, compreendendo de que forma a alteração ou adequação das intervenções de enfermagem influencia positivamente os comportamentos da população-alvo.

Este trabalho inicia-se com a apresentação da pertinência da sessão de formação e os seus objetivos; de seguida surge o planeamento da sessão; na terceira parte serão apresentados os resultados da avaliação da sessão e por fim assoma-se a conclusão e as referências bibliográficas.

## **Justificação da Sessão de Formação**

Neste contexto de trabalho, a realização de intervenções de enfermagem que facilitem na adaptação à parentalidade e à vinculação entre pais e RN, é muitas vezes realizada pelo enfermeiro de forma intuitiva e sem ter em conta alguns pormenores de elevada importância para facilitar a ligação entre os pais e o filho. A inexistência de formações e intervenções promotoras da parentalidade, traduz-se muitas vezes em cuidados que podem não facilitar a adaptação à parentalidade, podendo dificultar a vinculação entre os pais e o seu RN. Assim, após reunião com a minha enfermeira orientadora, foi pensada a realização desta formação de forma a sensibilizar a equipa de enfermagem para as intervenções mais adequadas a concretizar com os pais de forma a facilitar o estabelecimento da parentalidade.

## **Planeamento da Sessão de Formação**

**Tema:** Intervenções de Enfermagem promotoras de Parentalidade

**Destinatários/População Alvo:** Equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**Data:** 15/12/2022

**Horário da Sessão:** 17:00

**Via:** On-line (via Zoom)

**Formador:** Catarina Carvalho, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com área de Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, no Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

**Enfermeira Orientadora:** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, Ana Rebotim

**Professora Orientadora:** Professora Doutora Sílvia Ramos

**Objetivo Geral:** Sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção da parentalidade dos pais de RN internados na UCIN, através de intervenções de enfermagem

**Objetivos Específicos:**

- Apresentar as intervenções de enfermagem descritas pela literatura como importantes para a promoção da parentalidade de pais de RN internados na UCIN;
- Sensibilizar para a elaboração de diagnósticos de enfermagem adequados ao papel parental apresentado pelos pais.

**Modelo Pedagógico:** Demonstrativo, expositivo e interativo.

Tabela 1 – Planeamento da Sessão de Formação

	<b>Conteúdo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Recursos Materiais</b>	<b>Duração (minutos)</b>
<b>Introdução</b>	Apresentação da preletora; Apresentação dos conteúdos; Apresentação dos objetivos da sessão de formação; Contextualização da temática.	Expositiva e Interativa	Computador; Internet	5 min
<b>Desenvolvimento</b>	Contextualização da temática sobre Parentalidade; Apresentação dos resultados dos questionários aplicados à equipa de enfermagem e aos pais de RN internados na UCIN; Apresentação das intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade; Apresentação dos diagnósticos de enfermagem adequados ao sistema informático que irá estar em vigor (Picis)	Demonstrativa, Expositiva e Interativa		20 min
<b>Conclusão</b>	Considerações finais; Esclarecimento de dúvidas e registo de sugestões.	Expositiva e Interativa		5 min
<b>Avaliação</b>	Preenchimento da avaliação da sessão de formação.		Folha de avaliação da sessão	

## **Resultados da Sessão de Formação**

A sessão de formação foi divulgada com uma semana de antecedência. A mesma decorreu via ZOOM, de forma a permitir uma maior adesão por parte da equipa. A equipa de enfermagem atualmente é composta por 42 enfermeiros e participaram na formação 16 enfermeiros (cerca de 38% da equipa de enfermagem).

O conteúdo abordado e a forma como a sessão de formação decorreu revelam a importância do diagnóstico das necessidades formativas realizado previamente, com adequação da linguagem à tipologia dos formandas presentes e esclarecimento das dúvidas suscitadas. No fim da sessão, foi disponibilizado um link para aceder à avaliação da sessão, através do Google Forms. A escala utilizada para a avaliação foi de 1 a 5, onde 1 se refere a Insuficiente, e 5 a Excelente, sem obrigatoriedade de responder a todas as questões, caso os formandos não considerassem adequado algum parâmetro de avaliação. No entanto todos avaliaram completamente os parâmetros indicados.

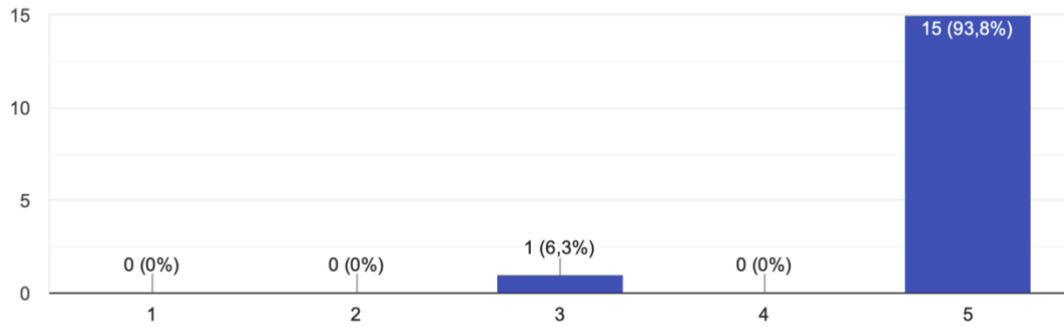
A avaliação divide-se em três segmentos, avaliando conteúdos diferentes:

- A sessão de formação em geral;
- Os conteúdos
- A formadora

Relativamente ao primeiro parâmetro – Sessão de Formação Geral – correspondente aos três seguintes gráficos, os participantes na sessão consideraram na sua maioria uma temática relevante e pertinente para a prestação de cuidados ao RN, demonstrando-se efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas e adequação ao tempo definido durante a concretização da sessão.

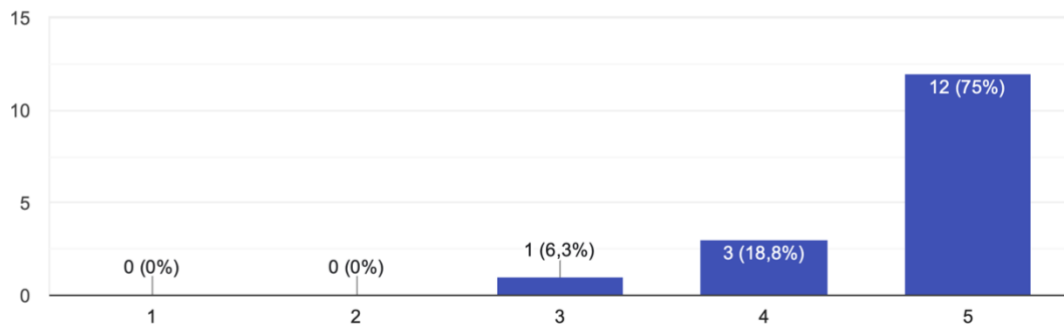
### Importância e utilidade do tema para a realização das suas atividades

16 respostas



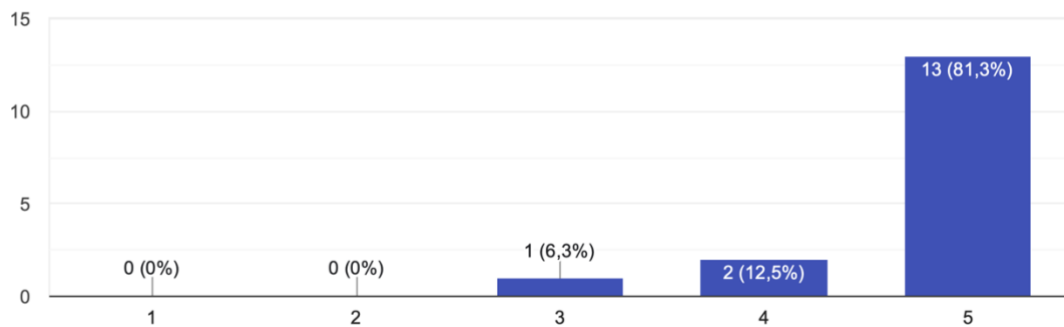
### Adequação da duração da sessão

16 respostas



### Efetividade das metodologias de aprendizagem utilizadas

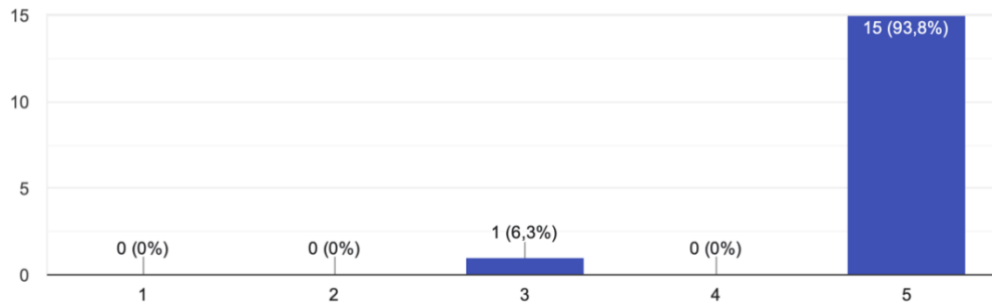
16 respostas



Em relação ao segundo parâmetro geral a avaliar – Conteúdo da ação de formação – a maioria dos formandos considerou ao nível do Excelente a qualidade da abordagem do tema e em conformidade com o nível de conhecimento da equipa.

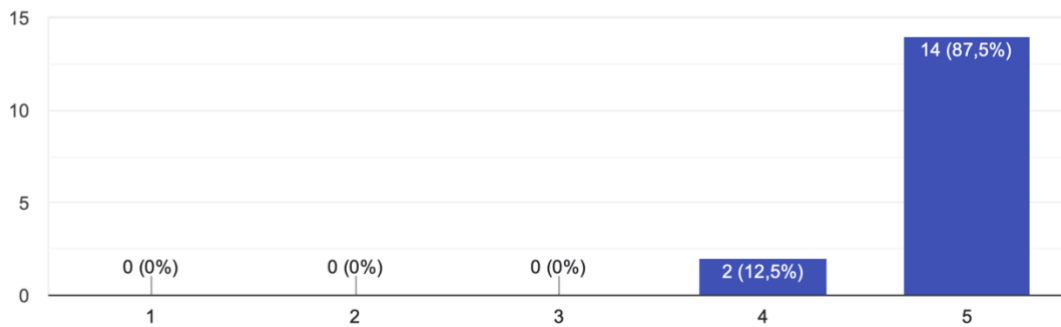
#### Conformidade do conteúdo com o seu nível de conhecimento atual

16 respostas



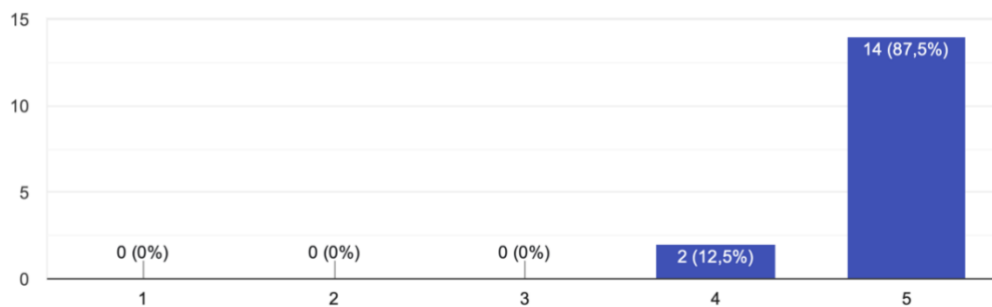
#### Qualidade da abordagem ao tema

16 respostas



#### Utilidade e organização dos materiais de apoio pedagógico utilizados e distribuídos

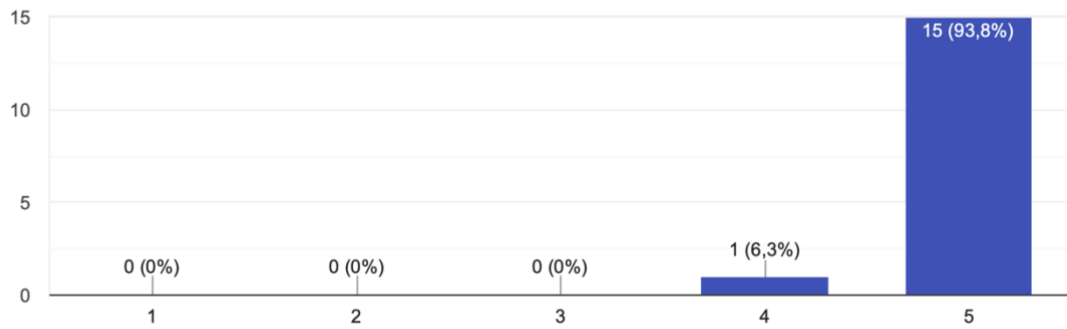
16 respostas



Por fim, o terceiro parâmetro de avaliação, correspondente ao formador, revela uma resposta maioritária no Excelente, tendo uma menor percentagem na motivação e incentivo à participação, com respostas também entre o Bom e o Muito Bom.

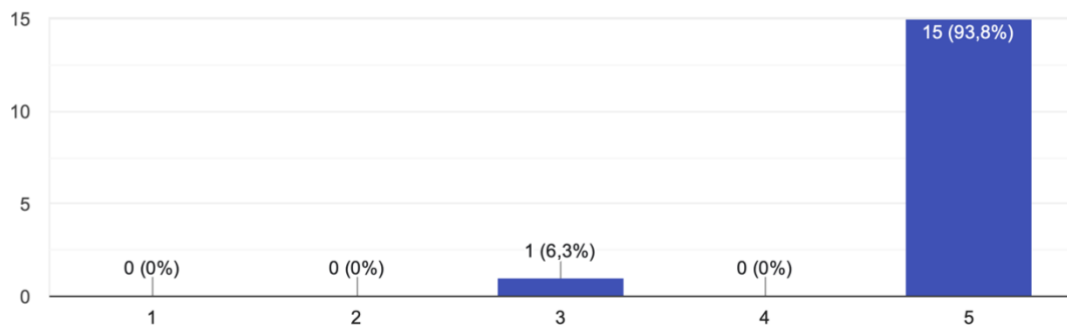
#### Domínio demonstrado

16 respostas



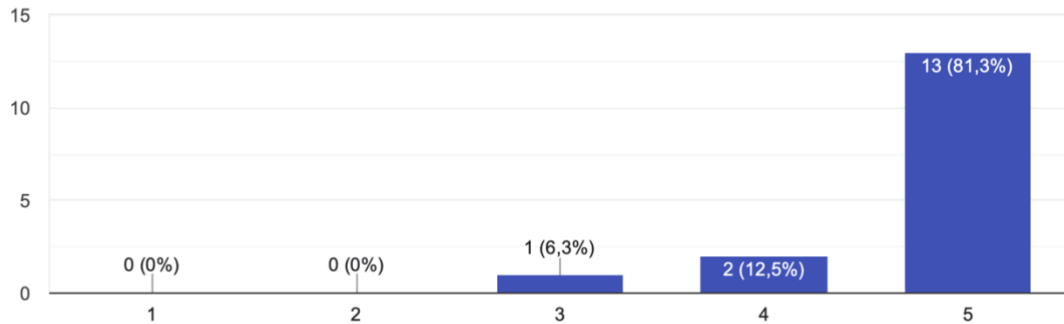
#### Exposição clara e precisa

16 respostas



### Motivação e incentivo à participação

16 respostas



## Conclusão

Os objetivos propostos para a sessão de formação foram concretizados e verificou-se que os enfermeiros que assistiram à sessão se demonstraram sensibilizadas relativamente ao tema e às problemáticas abordadas, nomeadamente à necessidade de uniformização dos ensinamentos aos pais, ao primeiro contacto ou visualização do sistema Picis que irá encontrar-se em utilização em breve.

A sessão de formação foi avaliada como sendo de grande importância para a prática de cuidados na UCIN, com conteúdo pertinente para a prática diária da UCIN. Desta forma, e pelo feedback positivo da equipa, considera-se que os objetivos propostos inicialmente foram atingidos.

Importa realçar a importância da articulação da temática com os projetos em vigor na UCIN, destacando o fio condutor entre estes e a importância da temática para uma promoção da parentalidade adequada, com o estabelecimento de vínculo entre mãe/pai e filho, melhorando desta forma os cuidados de enfermagem prestados.

A realização desta sessão de formação permitiu também a reflexão e a discussão em equipa sobre as intervenções de enfermagem que são realizadas, mediante variadas situações e contextos. Ainda foram debatidas as intervenções de enfermagem e os diagnósticos a elaborar no novo sistema de registo informatizado, ficando pendente a adequação de algumas intervenções, visto terem sido identificadas diferentes necessidades de intervenções para a promoção da parentalidade, para além das que estão já definidas.

Relativamente à necessidade identificada de uniformização dos ensinamentos aos pais, a UCIN já se encontra com as normas em execução, para posteriores formações e adequação dos cuidados e

ensinos aos pais. Deste modo, reforça-se a importância de centralização de informação em normas, aplicando na prática tal como descrito.

A partilha de conhecimentos baseados na evidência científica é uma das competências do Enfermeiro Especialista que “colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação” e “responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (Diário da República n.º 140/2019), contribuindo para o desenvolvimento profissional e pessoal dos enfermeiros.

## Referências Bibliográficas

American Academy of Pediatrics. (2012). Patient- and Family-Centered Care and the Pediatrician’s Role. *Pediatrics*, 129(2), 394–404. <https://doi.org/10.1542/peds.2011-3084>

Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*.

Conway, J., Johnson, B., Edgman-Levitan, S., Schlucter, J., Ford, D., Sodomka, P., & Simmons, L. (2006). *Partnering with patients and families to design a patient-and family-centered health care system: a roadmap for the future: a work in progress*. Bethesda, MD: Institute for Family-Centered Care.

Cruz, I. R. da. (2018). *O cuidado para o desenvolvimento em neonatologia* : Comum.rcaap.pt. <http://hdl.handle.net/10400.26/24659>

Ordem dos Enfermeiros (2019) Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa, Portugal. Ordem dos Enfermeiros.

Figueiredo, B., & Dias, C. (2013). Escalas de avaliação da interação mãe-bebé: versão portuguesa das interaction rating scales. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(3), 502-514.

Harrison, T. M. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25(5), 335–343. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.01.006>

Wilson, D., Hockenberry, M. J., & Wong, D. L. (2014). *Wong’s Clinical Manual of Pediatric nursing*. Mosby.

Institute for Family-Centered Care. (2010). Patient and family centered care. Disponível em [www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf](http://www.ipfcc.org/pdf/CoreConcepts.pdf).

Neto, J. A. de, & Rodrigues, B. M. R. D. (2010). Tecnologia como fundamento do cuidar em Neonatologia. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 19(2), 372–377. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072010000200020>

## Apêndice XVI – Sessão de formação à equipa de Enfermagem

### ENFERMAGEM



#### Estrutura da Sessão de Formação

- Objetivo;
- Contextualização;
- Resultados dos Questionários Aplicados;
- Intervenções de Enfermagem promotoras de Parentalidade;
- Diagnósticos de Enfermagem apresentados na Picis;
- Considerações Finais;
- Referências Bibliográficas;
- Avaliação da Sessão

Lisboa, dezembro 2022

**Objetivo Geral:**

Sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção da parentalidade dos pais de RN internados na UCIN, através de intervenções de enfermagem

**Objetivos Específicos:**

Apresentar as intervenções de enfermagem descritas pela literatura como importantes para a promoção da parentalidade de Pais de RN internados na UCIN;

Sensibilizar para a elaboração de diagnósticos de enfermagem adequados ao papel parental apresentado pelos pais.

Lisboa, dezembro 2022

**Parentalidade**

A parentalidade é vista como um dos eventos mais importantes e relevantes na vida, marcando o início de uma nova fase do ciclo vital da família, alterando a função conjugal para parental (Relvas, 2004).

Os pais têm o dever de cuidar, proteger e promover o desenvolvimento dos filhos a nível físico, psicológico e social, estabelecendo um ambiente saudável e favorável à sua evolução (Relvas & Alarcão, 2007; Pires, 2010)

Lisboa, dezembro 2022

## Parentalidade

Descreve o conjunto de atividades desempenhadas pelos adultos de referência do RN, mantendo o papel de assegurar a sobrevivência e desenvolvimento.

**Promoção da Parentalidade** tem como objetivo a capacitação dos pais, assim como o desenvolvimento de competências e conhecimentos para serem prestadores de cuidados do RN, mesmo durante o internamento.

De acordo com a CIPE® (2018), a **Vinculação** é uma ligação entre a criança e a mãe e/ou pai, com formação de laços afetivos.

Lisboa, dezembro 2022

## Papel Parental

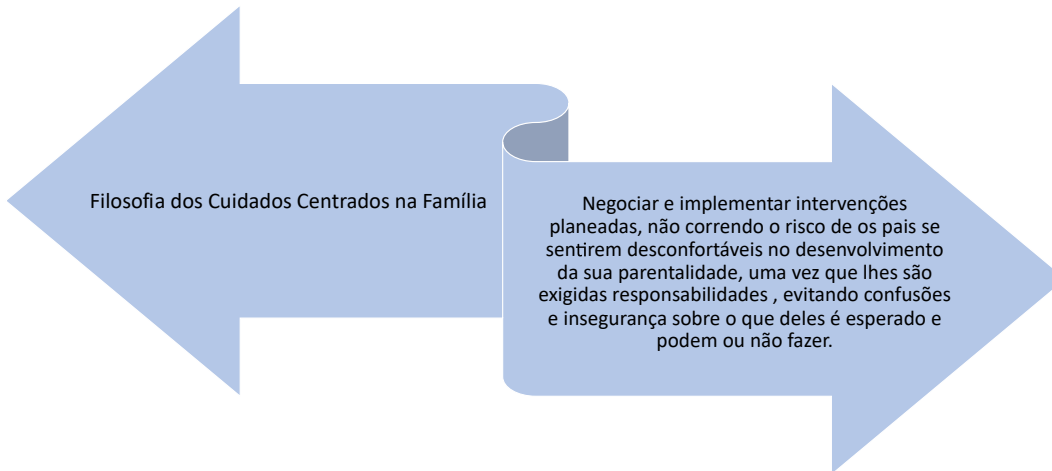
De acordo com a CIPE® (2018),

***Papel Parental** é um tipo de interação de papéis com características específicas: interagir de acordo com as **responsabilidades parentais** (de ser mãe/pai); interiorizar as expectativas dos membros da família, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel adequados ou inadequados dos pais; a expressar estas expectativas sob forma de comportamentos e valores; promover o crescimento e desenvolvimento ótimo de um filho dependente.*

Os pais devem apoiar a criança através do exercício da sua autoridade natural, enquanto figuras de referência, demonstrando um comportamento consciente, empático, apropriado e em consonância com as necessidades do filho (Regufe, 2015).

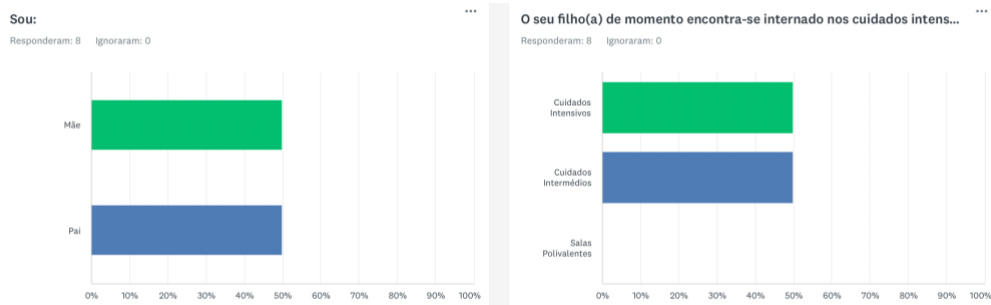
Lisboa, dezembro 2022

## Cuidados Centrados na Família



Lisboa, dezembro 2022

## Questionário aos Pais Parentalidade de Pais de RN internados na UCIN

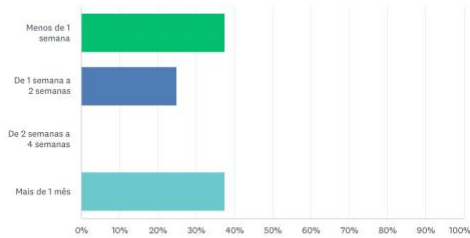


Lisboa, dezembro 2022

## Questionário aos Pais Parentalidade de Pais de RN internados na UCIN

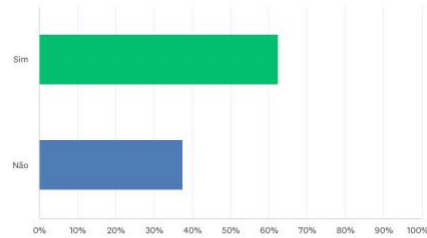
Há quanto tempo o seu filho(a) se encontra internado na UCIN?

Responderam: 8 Ignoraram: 0



É o primeiro filho?

Responderam: 8 Ignoraram: 0



Lisboa, dezembro 2022

De forma a estabelecer uma relação com o seu filho(a), o que pensa ser mais importante quando o vem visitar à UCIN?

Contacto com o RN

Participar nos cuidados

"O tempo de **COLO** e o dar de comer"

"A importância da ajuda das enfermeiras"

"Estar com ele no meu **COLO** e saber que está bem"

"Participar nos cuidados"

"Olhar para ele e tocar-lhe. Pegar nele ao **COLO**"

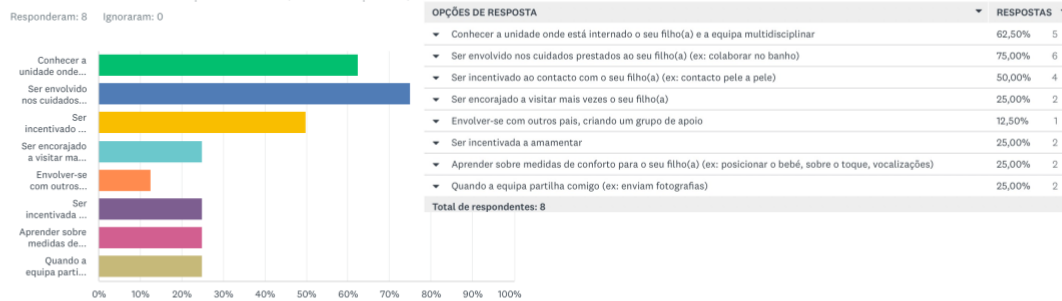
"Os cuidados que nós pais prestamos, como os banhos, alimentação"

"O mais importante junto do trabalho incrível das enfermeiras, poder estabelecer uma ligação com ele, podendo estar ao meu **COLO** para ele sentir a presença do pai"

"Estabelecer o contacto e afeto"

Lisboa, dezembro 2022

**Para o desenvolvimento da parentalidade, selecione o que considera mais importante das seguintes intervenções:**



Lisboa, dezembro 2022

**Que temáticas gostaria que fossem abordadas para uma maior capacitação/confiança quando levar o seu filho(a) para casa?**



“Ensinar para cuidar em casa como tratam aqui”

“Como continuar com um bom tratamento”

“Ter o máximo de informação possível para que consiga dar todos os cuidados possíveis a minha criança”

“Cuidados básicos, conforto para o bebé, como posicionar”

“Técnicas de estimulação física e sensorial”

“Adaptação do bebé a casa”

“Etapas de desenvolvimento do bebé”

“Geral”

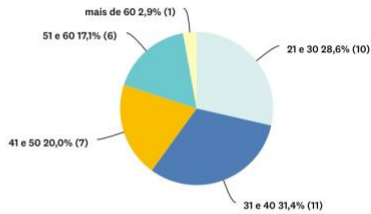


Lisboa, dezembro 2022

## Questionário à equipa de enfermagem Promoção da Parentalidade em Pais de RN internados na UCIN

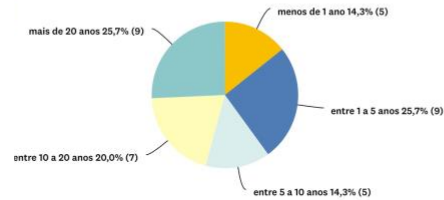
Idade entre os:

Responderam: 35 Ignoraram: 0



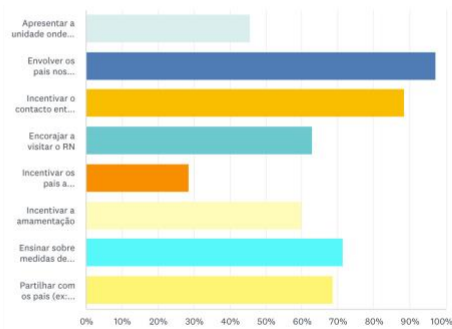
Trabalha em Neonatologia:

Responderam: 35 Ignoraram: 0



Lisboa, dezembro 2022

## Selecione as intervenções de enfermagem que pensa serem as mais importantes para promoção da parentalidade:



OPÇÕES DE RESPOSTA	RESPOSTAS
▼ Apresentar a unidade onde está internado o RN e a equipa multidisciplinar	45,71% 16
▼ Envolver os pais nos cuidados prestados ao RN	97,14% 34
▼ Incentivar o contacto entre pais e RN	88,57% 31
▼ Encorajar a visitar o RN	62,86% 22
▼ Incentivar os pais a envolverem-se com outros pais (de RN internados), criando grupos de apoio	28,57% 10
▼ Incentivar a amamentação	60,00% 21
▼ Ensinar sobre medidas de conforto do RN	71,43% 25
▼ Partilhar com os pais (ex: enviar fotografias)	68,57% 24

Lisboa, dezembro 2022

**Que temática pensa que deveria ser mais abordada com os pais de forma a promover a parentalidade e no momento da alta se sentirem mais seguros?**

- Necessidades do RN (Medidas de conforto, conhecer as reações e comportamentos habituais do seu bebé);
- Cuidados de conforto, segurança, higiene e alimentação/amamentação;
- Promoção da Saúde;
- Sinais de alerta e quando recorrer ao Serviço de Urgência Pediátrica;
- Recursos da comunidade - Cuidados de saúde primários;
- Importância de envolver os pais nos cuidados;
- Medidas de segurança em casa;
- Ajustar os ensinamentos a cada família de forma individualizada;
- Grupos de apoio parental.

Começar a realizar ensinamentos mais precocemente  
(em cuidados intensivos)

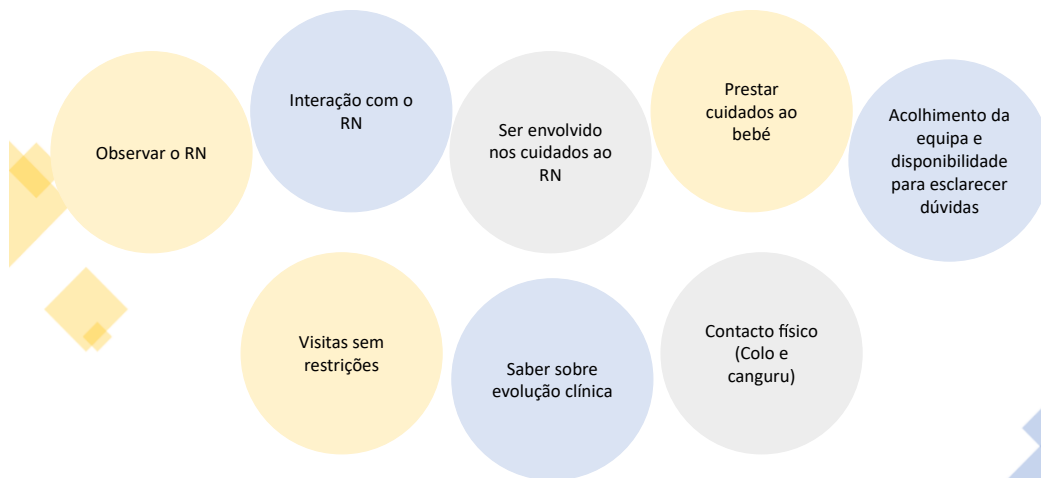
Envolver a tomada de decisão relativamente à saúde do seu filho  
Promover o empoderamento e a capacitação parental

Uniformização da informação fornecida

Telefones pós-alta

Lisboa, dezembro 2022

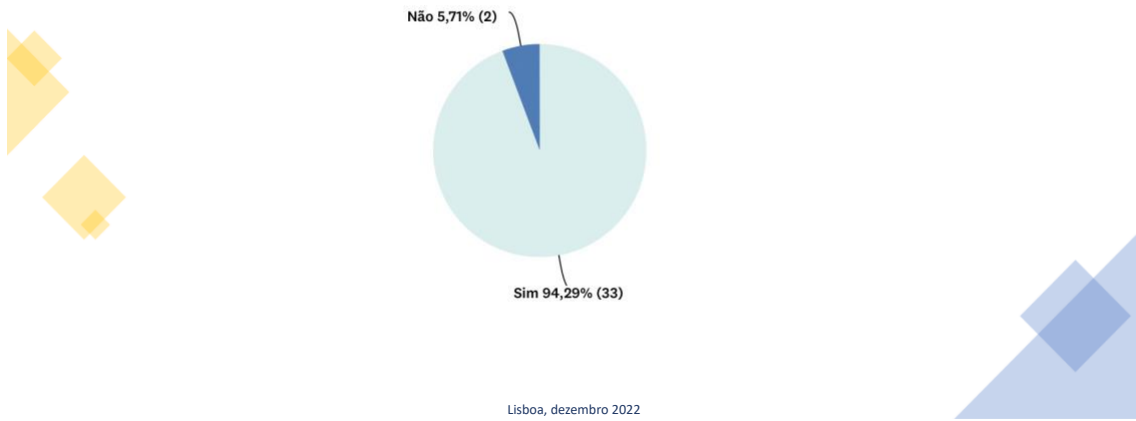
**O que acha ser mais importante para os pais quando vêm visitar o seu filho?**



Lisboa, dezembro 2022

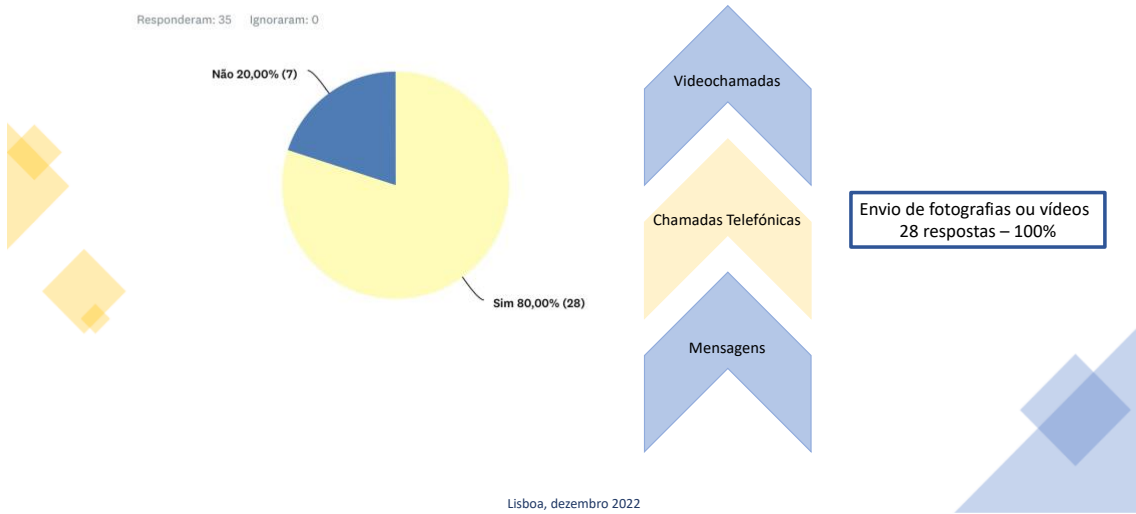
### Acha que a restrição de horário de visitas tem impacto na promoção da parentalidade?

Responderam: 35 Ignoraram: 0



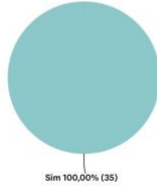
### É usual utilizar os meios tecnológicos como forma de facilitar a interação pais/bebé? Se sim, de que forma?

Responderam: 35 Ignoraram: 0



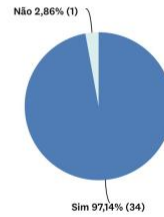
De forma a tornar os pais os principais cuidadores do RN, deve ter em conta os cuidados centrados na família, abordar a família como um todo e incluir os pais na tomada de decisão relativamente aos cuidados ao seu bebé. Concorda com a afirmação?

Responderam: 35 Ignoraram: 0



Compete aos enfermeiros dar resposta às necessidades dos pais, com o intuito de encurtar a distância física real que ocorre durante o internamento do seu filho. Concorda com a afirmação?

Responderam: 35 Ignoraram: 0



Lisboa, dezembro 2022

## Apresentação da Scoping Review

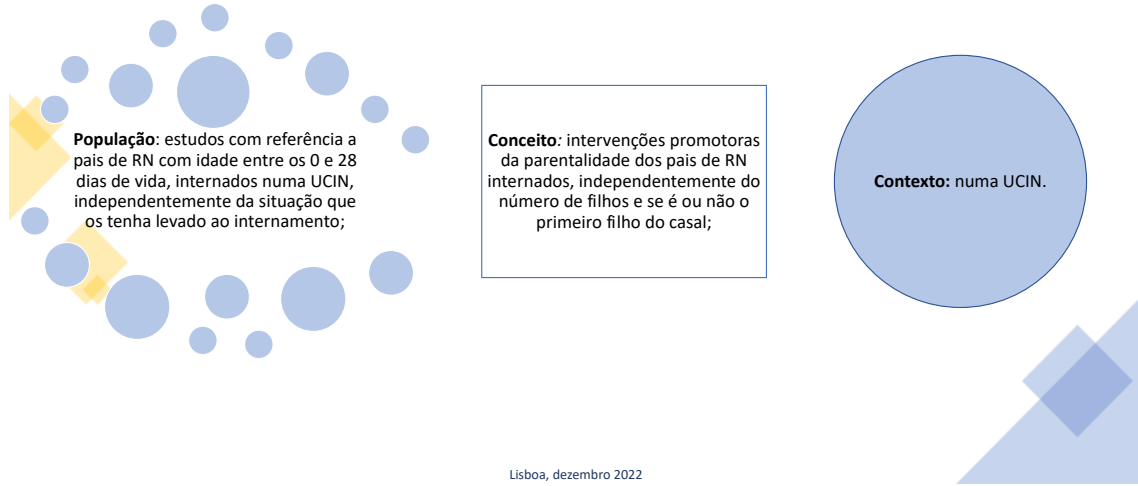
Promoção da Parentalidade nos Pais de Recém-Nascidos internados na Unidade De Cuidados Intensivos Neonatais: uma Scoping Review



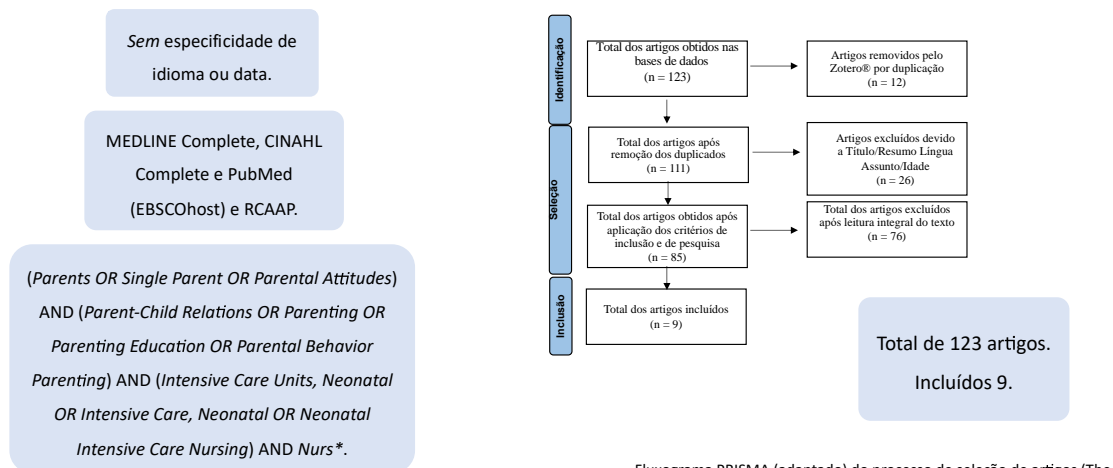
Lisboa, dezembro 2022

## Scoping Review

A metodologia utilizada seguiu as recomendações do JBI.



## Scoping Review



## Scoping Review

### Resultados Revisão da Literatura

Incluir a família nos cuidados através de intervenções baseadas nos cuidados centrados na família.

Existir uma maior compreensão na forma como as experiências são vividas por parte da equipa de enfermagem permite intervir com maior qualidade e eficiência.

Lisboa, dezembro 2022

## Scoping Review

Acolher na Unidade e Equipa

Ensinar sobre medidas de conforto

Encorajar os pais a visitar o RN

Envolver os pais nos cuidados do RN

Promover contacto entre pais e RN

Partilhar com os pais

Promover a amamentação

Envolver os pais em grupos de suporte

Lisboa, dezembro 2022

## Picis – Competências Parentais

Competências parentais	
Dar todo leite por biberão	17
Higienizar utensílios	18
HIGIENE E CONFORTO	19
Higiene do RN	20
Dar banho	21
Higienizar o coto umbilical	22
Identif quando RN tem frio	23
Caract/Higienizar roupa	24
ELIMINAÇÃO	25
Identif eliminação/urina/fezes	26
Prevenir/Tratar eritema frald	27
Mudar fralda	28
Higiene perineal	29
Massagem abdominal p/ólicas	30
Estimulação eliminação intest	31
DESENVOLVIMENTO E INTERACÇÃO	32
Identif comportamento do RN	33
Identif causas choro	34
acalmar RN quando chora	35
Posicionar RN no berço	36
Ritmos de padrão sono/vigília	37
Variações método canguru	38
Procedimentos para passivo	39
Prevenir infecções	40
Vigilância/Transmissão de saúde	41
PROBLEMAS DE SAÚDE	42
Lavagem Nasal	43
Prevenir/Tratar otites/audientes	44
Identif sinais alertas	45
Administrar medicação/suplem	46

Competências parentais	
<b>INDICADORES SAEBEM/CONHECEM</b>	
ALIMENTAÇÃO	2
Intervalo/duração refeições	3
Colocar RN a eructar	4
Manobra de desengasgamento	5
Medida Anti-refluxo	6
AMAMENTAÇÃO	7
Sinais de pega	8
Posicionar RN para mamar	9
Problemas/dificuldades amamentação	10
Hábitos saudáveis a ter	11
EXTRACÇÃO LEITE POR BOMBA	12
Esmaer leite por bomba	13
Conservar/Transp leite matern	14
ALIMENTAÇÃO POR BBERAÇÃO	15
Preparar biberão	16
Dar todo leite por biberão	17
Higienizar utensílios	18
HIGIENE E CONFORTO	19
Higiene do RN	20
Dar banho	21
Higienizar o coto umbilical	22
Identif quando RN tem frio	23
Caract/Higienizar roupa	24
ELIMINAÇÃO	25
Identif eliminação/urina/fezes	26
Prevenir/Tratar eritema frald	27
Mudar fralda	28
Higiene perineal	29
Massagem abdominal p/ólicas	30

Lisboa, dezembro 2022

## Diagnósticos de Enfermagem

### Parentalidade – Vinculação Comprometida

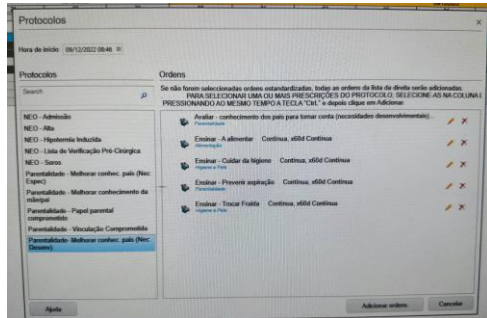
Protocolos	
Hora de início: 09/12/2022 08:48	
Se não foram selecionados ordens estandarizadas, todas as ordens da lista de direitos serão adicionadas PARA SELECIONAR UMA OU MAIS PRESCRIÇÕES DO PROTOCOLO, SELECIONE AS NA COLUNA E PRESSIONANDO O MESMO TEMPO TECLA "OK" e depois clique em Adicionar.	
Protocolos	Ordens
NEO - Admissão	Analisar - comportamento de vinculação
NEO - Alta	Enfermar - Desenvolvimento infantil
NEO - Hipertensão Induzida	Enfermar - Método canguru
NEO - Lista de Verificação Pré-Cirúrgica	Enfermar - sobre vinculação
NEO - Sinais	Enfermar - Contacto da mãe e RN pelo método canguru
Parentalidade - Melhorar conhec. pais (Nec Espes)	Prevenir - Contacto da mãe e RN pelo método canguru
Parentalidade - Melhor conhecimento da mãe/pai	Prevenir - Envolvê pais nos cuidados
Parentalidade - Papel parental comprometido	Prevenir - Ligação mãe-RN
Parentalidade - Vinculação Comprometida	Prevenir - Presença dos pais
Parentalidade - Melhorar conhec. pais (Nec Desemv)	

Protocolos	
Hora de início: 09/12/2022 08:48	
Se não foram selecionados ordens estandarizadas, todas as ordens da lista de direitos serão adicionadas PARA SELECIONAR UMA OU MAIS PRESCRIÇÕES DO PROTOCOLO, SELECIONE AS NA COLUNA E PRESSIONANDO O MESMO TEMPO TECLA "OK" e depois clique em Adicionar.	
Protocolos	Ordens
NEO - Admissão	Enfermar - Desenvolvimento infantil
NEO - Alta	Enfermar - Método canguru
NEO - Hipertensão Induzida	Enfermar - sobre vinculação
NEO - Lista de Verificação Pré-Cirúrgica	Prevenir - Contacto da mãe e RN pelo método canguru
NEO - Sinais	Prevenir - Contacto do pai e RN pelo método canguru
Parentalidade - Melhorar conhec. pais (Nec Espes)	Prevenir - Envolvê pais nos cuidados
Parentalidade - Melhor conhecimento da mãe/pai	Prevenir - Ligação mãe-RN
Parentalidade - Papel parental comprometido	Prevenir - Presença dos pais
Parentalidade - Vinculação Comprometida	
Parentalidade - Melhorar conhec. pais (Nec Desemv)	

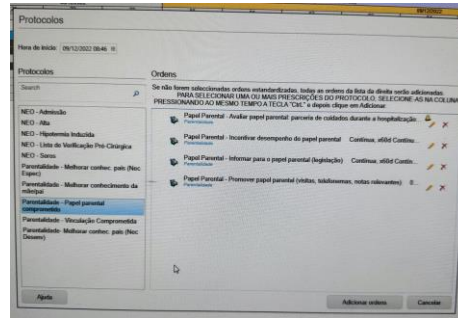
Lisboa, dezembro 2022

## Diagnósticos de Enfermagem

Parentalidade – Melhorar conhecimento dos Pais  
(Necessidades a Desenvolver)



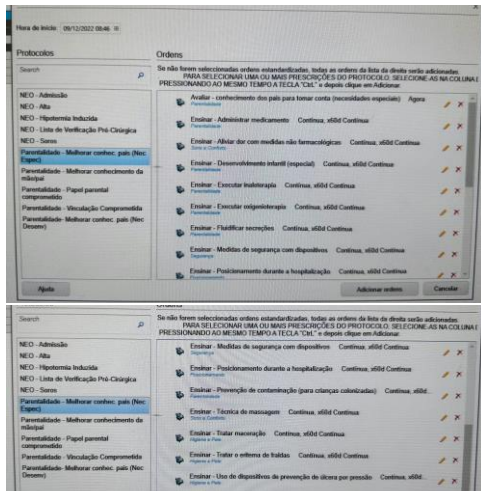
Parentalidade – Papel Parental Comprometido



Lisboa, dezembro 2022

## Diagnósticos de Enfermagem

Parentalidade – Melhorar conhecimento dos Pais  
(Necessidades Específicas)



Lisboa, dezembro 2022

## Considerações Finais

- Conclui-se que são várias as intervenções que nos permitem promover a parentalidade e que a promoção da parentalidade também em si se torna uma forma de humanizar os cuidados prestados. O ato de humanizar passa por olhar para a criança e a sua família como um todo, prestando cuidados de forma individualizada;
- Durante a prestação de cuidados podemos e devemos intervir de acordo com estas intervenções, não esquecendo nunca de olhar para a família como uma mais-valia na prestação de cuidados e ver a criança além de apenas um utente.

Lisboa, dezembro 2022

## Considerações Finais

- Intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da parentalidade;
- Uniformização dos ensinamentos entre equipa;
- Planeamento para alta antecipado;
- Importância do telefonema pós-alta;
- Utilização do Picis com os diagnósticos e intervenções adequadas.

Sugestão: Intervenção de Enfermagem de colocar RN ao colo dos pais

Lisboa, dezembro 2022

## Referências Bibliográficas

- Ahlqvist-Björkroth, S., Boukydis, Z., Axelin, A. M., & Lehtonen, L. (2017). Close Collaboration with Parents™ intervention to improve parents' psychological well-being and child development: Description of the intervention and study protocol. *Behavioural brain research*, 325(Pt B), 303–310. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2016.10.020>
- Balagões, C. (2020). Casa da mãe/Casa do pai: Estilos parentais, co-parentalidade e ajustamento da criança à separação em residência alternada vs. Residência exclusiva. Retrieved from <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4673/1/Dissertação%20-%20Catarina%20Balagões.pdf>
- Bulechek, G. M., Butcher, H. K., & Dochterman, J. M. (2010). CLASSIFICAÇÃO DAS INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM (NIC) (5ª ed.). Elsevier Editora Ltda.
- Bredemeyer, S., Reid, S., Polverino, J., & Wocadlo, C. (2008). Implementation and evaluation of an individualized developmental care program in a neonatal intensive care unit. *Journal for specialists in pediatric nursing: JSPN*, 13(4), 281–291. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6155.2008.00163.x>
- Casey, A. (1993). Development and Use of Partnership Model of Nursing Care. Glasper, E.; Tucher, A. – *Advances in Child Health Nursing*.
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE® Versão 2 (2011)
- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE® Versão 2 (2011)
- Ciupitu-Plath, C., Tietz, F., & Herzberg, J. (2021). Parent needs assessment instruments in neonatal intensive care units: Implications for parent education interventions. *Patient Education & Counseling*, 104(11), 2661–2669. Education Source.
- Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing: JOGNN*, 37(6), 666–691. <https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x>
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). Classificação internacional para a prática de enfermagem - CIPE/CNP: Versão Beta 2. 65. Lisboa, Portugal: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Fernandes, A., Toledo, D., Campos, L., & Da Silva Vilelas, J. M. (2014). A Emocionalidade no Ato de Cuidar de Recém-Nascidos Prematuros e Seus Pais: Uma competência do enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 18(2), 45–60. CINAHL Complete.
- Fernandes, V. (2018). Contributo do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria na promoção da parentalidade: famílias com crianças com cardiopatia congénita. Retrieved from <https://comum.rcaap.pt/handle/10400/26/2237>
- Franklin, C. (2006). The neonatal nurse's role in parental attachment in the NICU. *Critical care nursing quarterly*, 29(1), 81–85. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1097/0002727-200601000-00009>
- Guillaume, S., Michelin, N., Amrani, E., Benier, B., Durrmeyer, X., Lescur, S., Bony, C., Danan, C., Baud, O., Jarreau, P.-H., Zana-Taleb, E., & Caeymaex, L. (2013). Parents' expectations of staff in the early bonding process with their premature babies in the intensive care setting: A qualitative multicenter study with 60 parents. *BMC pediatrics*, 13, 18. MEDLINE Complete. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-13-18>
- Joanna Briggs. (2021). Joanna Briggs Institute reviewers manual: Methodology for JBI mixed methods systematic reviews. Retrieved from [https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual\\_Mixed-Methods\\_Review-Me](https://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods_Review-Me)
- Lubbe, W. (2005). Early intervention care programme for parents of neonates. *Curationis*, 28(3), 54–63. MEDLINE Complete.
- MJ, P., JE, M., PM, B., I, B., TC, H., CD, M., & al., e. (2020). The PRISMA 2020. (An updated guideline for reporting systematic reviews).
- Ordem dos Enfermeiros. (2018, Julho 12). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Lisboa, Portugal.
- Pires, M. (2010). Valores, estilos parentais, stresse infantil e vivência emocional dos filhos. Retrieved from <http://hdl.handle.net/10400.1/10588>
- Regufe, J. R. (2015). Processo Diagnóstico focado no Desempenho Parental com Crianças com Necessidades Especiais Permanentes
- Relvas, A. (2004). O ciclo vital da família: perspectiva sistémica. Porto: Edições Afrontamento.
- Relvas, A., & Alarcão, M. (2007). *Novas Formas de Família* (2ª ed.). Coimbra, Quarteto Editora.
- Rikiti JM. (1996). Parenting the premature infant: Potential iatrogenesis from the neonatal intensive care experience. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 3(doc 6 #31), 1–21. CINAHL Complete.
- Silva, E. (2015 ). Retrieved from intervenção do enfermeiro na promoção da parentalidade: pais com criança em situação de doença: <https://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/1346>

Lisboa, dezembro 2022



Obrigada pela atenção