Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Pedro Manuel Lima Barros Afonso Samarão

Capacitação Parental: O Processo de Tomada de Decisão Para a Gestão da Febre

abril de 2026

Capacitação Parental: O Processo de Tomada de Decisão Para a Gestão da Febre
Pedro Manuel Lima Barros Afonso Samarão
UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Pedro Manuel Lima Barros Afonso Samarão

Capacitação Parental: O Processo de Tomada de Decisão Para a Gestão da Febre

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Maria José Silva

abril de 2026

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho:



Atribuição-NãoComercial-SemDerivações
CC BY-NC-ND

https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria José Silva e a toda a equipa docente do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade do Minho, pela oportunidade de crescer e de me diferenciar enquanto profissional e enquanto pessoa.

À Ana e à Valentina, por estarem sempre presentes — em cada momento, em cada decisão, em cada conquista.

À Tânia, pela amizade incondicional que atravessa o tempo e as circunstâncias.

Aos colegas do Serviço de Urgência Básica de Monção, pelo apoio constante e pela partilha diária que enriquece a prática de cada dia.

A todos, o meu sincero obrigado.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

DECLARAÇÃO DE USO DE FERRAMENTAS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL (IA)

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri a qualquer forma de utilização indevida de ferramentas de Inteligência Artificial (IA), nem à falsificação ou omissão de informações, fontes, dados, resultados ou processos em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração.

Declaro ainda que a utilização de ferramentas de IA foi feita de forma transparente e responsável, encontrando-se devidamente assinalada no trabalho, tendo procedido à verificação crítica da exatidão do conteúdo produzido com o seu apoio, assumindo integralmente a responsabilidade pelo que submeto.

As ferramentas de IA foram utilizadas como apoio à organização, estruturação e revisão do trabalho académico, bem como na pesquisa e verificação de referências bibliográficas. A análise crítica, a interpretação dos dados, a redação e as decisões científicas e académicas foram sempre da responsabilidade do autor.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho, bem como as normas aplicáveis de integridade académica e de proteção de dados.

Capacitação Parental: O Processo de Tomada de Decisão Para a Gestão da Febre

RESUMO

A febre infantil constitui um dos motivos mais frequentes de procura de cuidados de saúde em idade pediátrica, sendo frequentemente associada a elevados níveis de ansiedade parental e a decisões de gestão nem sempre adequadas. A capacitação dos pais para a tomada de decisão informada neste contexto representa uma área de intervenção central para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP).

O presente relatório foi desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional com Relatório, do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Universidade do Minho e tem como objetivo documentar e reflectir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, articulando a experiência formativa nos diferentes contextos de estágio com um processo de investigação centrado na prática clínica.

A componente investigativa assumiu a forma de um relato de caso com abordagem qualitativa, tendo como participante uma Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com vinte e sete anos de experiência em pediatria. Os dados foram recolhidos através de entrevista semiestruturada e analisados mediante análise temática reflexiva.

Os resultados revelam que a intervenção do EEESIP se organiza em cinco dimensões: avaliação das necessidades parentais, planeamento individualizado, implementação de estratégias educativas e relacionais, facilitação da tomada de decisão e avaliação da capacitação alcançada. A redução da ansiedade parental emerge como condição prévia e essencial a todo o processo, sendo o ensino sobre termometria, terapêutica antipirética e sinais de alarme as principais áreas de intervenção educativa identificadas.

Conclui-se que o EEESIP desempenha um papel central e diferenciado na capacitação parental para a gestão da febre infantil, num processo dinâmico e relacional que visa promover a autonomia e a literacia em saúde das famílias. A escassez de estudos portugueses focados especificamente nas intervenções especializadas neste domínio reforça a relevância deste trabalho e aponta para a necessidade de investigação futura.

Palavras-chave: *capacitação parental; enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica; febre infantil; literacia em saúde; tomada de decisão.*

Parental Empowerment: The Decison-Making Process in Fever Management

ABSTRACT

Childhood fever is one of the most common reasons for seeking paediatric healthcare; frequently combined with high levels of parents' anxiety and often inappropriate decision-making. Empowering parents to take conscious decisions, in this context, represents the core topic of intervention for the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing (EEESIP).

This report was developed within the Master's Programme in Child and Paediatric Health Nursing (MESIP) at Minho University. It aims to review and critically think about the development of specialised skills, relating the formative experience across different clinical placement contexts to a practice-based research process.

The research adopted a qualitative case report, with a Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing with twenty-seven years of paediatric experience as participant. Data was gathered by semi-structured interview and treated using reflexive thematic analysis.

The results show that the EEESIP's intervention is organised into five dimensions: parents' needs assessment; self-planning; execution of educational and relational strategies; abridgement of decision-making and empowerment outcomes' assessment. The decrease of parental anxiety comes up as a prior and essential condition for the entire process. Teaching parents all they need to know about temperature assessment, antipyretic therapies as well as red flags happens to be the main goal of educational intervention.

As a result, the EEESIP plays a core and distinct role in empowering parents to manage childhood fever, in a lively interactive process which aims to promote family autonomy and health literacy. The lack of Portuguese research on this particular topic stresses the relevance of this work and points out the need for future research.

Keywords: *childhood fever; decision-making; health literacy; parental empowerment; specialist nurse in child and paediatric health nursing.*

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS ..... **ix**

DEDICATÓRIA ..... **x**

INTRODUÇÃO **1**

PARTE I – O Estágio **3**

1. A experiência formativa nos diferentes contextos de estágio **5**

1.1 Internamento de pediatria: reconstrução da segurança parental em contexto de hospitalização .. 5

1.2 Neonatologia: vínculo, idealização e transição para a parentalidade 6

1.3 SUP: decisão parental sob pressão 7

2. Integração crítica das experiências formativas **8**

2.1 Identificação de um padrão transversal 8

2.2 O papel diferenciador do EEESIP 9

3. Emergência da problemática investigativa **10**

PARTE II – O Caso **11**

1. Pertinência do estudo **11**

2. Metodologia **13**

2.1 Tipo de estudo 13

2.2 Participante 13

2.3 Instrumento de recolha de dados 13

2.4 Procedimentos 14

2.5 Análise de dados 14

2.6 Considerações éticas 15

2.7 Limitações do estudo 15

3. Resultados **17**

3.1 Identificação das necessidades parentais 17

3.2 Planeamento das intervenções 18

3.3 Implementação de intervenções educativas e relacionais 19

3.4 Estratégias de capacitação e facilitação da tomada de decisão 19

3.5 Avaliação da capacitação parental 20

4. Discussão **22**

PARTE III – O Cuidado Especializado **25**

1. A transformação do olhar clínico **25**

2. Contributos do percurso formativo e da investigação para o desenvolvimento de competências 27
2.1 Maximização da saúde da criança e família (E1) 27
2.2 Cuidados em situações de especial complexidade (E2) 28
2.3 Cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida (E3)..... 29
3. Síntese reflexiva e perspectiva de desenvolvimento 30
CONCLUSÃO..... 32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 35
APÊNDICE I 40
APÊNDICE II 42

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção-Geral da Saúde
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP	Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
MESIP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
OE	Ordem dos Enfermeiros
SUB	Serviço de Urgência Básica
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
ULS	Unidade Local de Saúde

DEDICATÓRIA

Para a Ana.

Sempre.

INTRODUÇÃO

Este relatório foi realizado no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), da Universidade do Minho. Constitui o culminar de um percurso formativo que, no meu caso particular, se desenvolveu em articulação com a minha prática profissional num Serviço de Urgência Básica (SUB), desde há quase 17 anos. Esta dupla perspetiva — a do enfermeiro experiente e a do enfermeiro em formação especializada — atravessa toda a reflexão desenvolvida neste documento, condicionando o olhar sobre a prática clínica e a forma como determinados fenómenos foram sendo percebidos e questionados. Ao longo do relatório, o termo «pais» é utilizado para designar os pais e/ou cuidadores principais da criança, reconhecendo que esta função pode ser assegurada por outras figuras de referência familiar.

O percurso formativo desenvolveu-se em três contextos de estágio, todos ao nível dos cuidados diferenciados: Internamento de Pediatria, Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), realizados em Unidades Locais de Saúde (ULS) da região Norte de Portugal. Este percurso foi precedido, no primeiro ano do curso, por um estágio em Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), onde a dimensão preventiva e antecipatória da prática especializada se revelou igualmente estruturante. Cada um destes contextos proporcionou experiências formativas distintas, mas progressivamente convergentes, que permitiram construir uma compreensão mais aprofundada e integrada da prática especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Ao longo deste percurso, foi-se tornando evidente um padrão clínico recorrente: a condição de febre infantil. Apesar de constituir, na maioria das situações, uma resposta fisiológica do organismo a processos infeciosos autolimitados, a febre infantil é frequentemente vivenciada pelos pais como uma situação de risco, desencadeando respostas de ansiedade que condicionam de forma significativa a tomada de decisão e a gestão dos sintomas (Walsh & Edwards, 2006; Pitoli et al., 2021). Esta observação, reiterada em todos os contextos de estágio e confirmada pela experiência profissional, foi suscitando em mim uma interrogação crescente sobre o papel diferenciador do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na capacitação parental para a gestão da febre infantil e para um processo de decisão mais informado e autónomo. Foi precisamente desta interrogação que emergiu a problemática em estudo e que foi aprofundada na dimensão investigativa deste relatório.

Meleis (2010) oferece um quadro conceptual particularmente adequado para compreender os momentos de maior vulnerabilidade parental, ao reconhecer que os eventos críticos associados à saúde da criança constituem processos que implicam mudança, incerteza e necessidade de adaptação. De facto, a parentalidade não constitui uma competência adquirida de forma definitiva, mas um processo que se reconfigura continuamente face às exigências do desenvolvimento da criança e às circunstâncias que a família enfrenta (Meleis, 2010). Neste quadro, o enfermeiro assume um papel central como agente facilitador da transição, promovendo condições que favoreçam respostas saudáveis e funcionais.

A febre infantil constitui um dos motivos mais frequentes de preocupação parental e de procura de cuidados de saúde em idade pediátrica. A Orientação n.º 005/2018 da Direção-Geral da Saúde (DGS) define febre como uma elevação da temperatura corporal igual ou superior a 1ºC face à média diária individual, considerando-se febre, quando esta é desconhecida, uma temperatura axilar ≥ 37,5ºC. A febre continua, no entanto, a ser frequentemente percecionada pelos pais como sinal de doença grave — fenómeno designado na literatura como fever phobia, caracterizado pelo receio desproporcionado das suas consequências e pela adoção de estratégias de gestão nem sempre adequadas (Schmitt, 1980; Crocetti, Moghbeli & Serwint, 2001; Walsh & Edwards, 2006).

A capacitação parental emerge, neste contexto, como um conceito central da intervenção especializada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Entendida como um processo contínuo e relacional, a capacitação parental visa fortalecer os conhecimentos, competências e confiança dos pais para lidarem de forma informada e autónoma com situações relacionadas com a saúde da criança (Ashcraft et al., 2018; Vuorenmaa et al., 2016). Trata-se de uma intervenção intencional que envolve a avaliação de necessidades, o reconhecimento das emoções e crenças parentais, a promoção da literacia em saúde e o reforço das competências já existentes. A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece a capacitação parental como uma das áreas nucleares da prática especializada, enquadrada nas competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), conforme definidas no Regulamento n.º 422/2018 (OE, 2018).

A literacia em saúde constitui, por sua vez, um determinante fundamental do processo de tomada de decisão parental. Definida como a capacidade do indivíduo para obter, processar e compreender informação básica de saúde, de forma a tomar decisões adequadas (Santos, Sá, Couto & Hespanhol, 2017; Miller, 2016), a literacia em saúde influencia diretamente a forma como os pais interpretam os sintomas da criança, avaliam o risco e decidem quando e como agir. Em contexto de

doença aguda, particularmente perante a febre infantil, a literacia parental em saúde emerge como factor protetor, associado a maior segurança na gestão domiciliária e a menor utilização desnecessária dos serviços de urgência.

O presente relatório tem como objetivo documentar e refletir criticamente sobre o percurso de desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, articulando a experiência formativa nos diferentes contextos de estágio — Internamento de Pediatria, Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica — com um processo de investigação centrado na prática clínica. De forma mais específica, pretende-se descrever e analisar as experiências de aprendizagem desenvolvidas nos contextos de estágio, identificando o contributo de cada aprendizagem para o desenvolvimento das competências do EEESIP; apresentar e discutir um relato de caso com abordagem qualitativa, focado na intervenção do enfermeiro especialista na capacitação parental para a gestão da febre infantil; e refletir criticamente sobre o modo como o processo de investigação aprofundou a compreensão da prática especializada e fortaleceu a capacidade de análise em situações clínicas complexas.

O relatório encontra-se organizado em três partes principais, precedidas pela presente introdução e encerradas por uma conclusão. A Parte I — O Estágio — descreve e analisa o percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos de estágio, evidenciando o contributo de cada um para o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP, em particular no que se refere à capacitação parental em situações de doença aguda na criança. A Parte II — O Caso — apresenta o relato de caso com abordagem qualitativa, incluindo o enquadramento e pertinência do estudo, a pergunta de investigação e os objetivos, a metodologia, os resultados e a discussão. A Parte III — O Cuidado Especializado — desenvolve uma análise crítica e reflexiva sobre o modo como o processo de investigação aprofundou a compreensão da prática especializada, articulando os resultados obtidos com as competências do EEESIP e contribuindo para o debate sobre a abordagem clínica e as decisões terapêuticas em contexto pediátrico.

PARTE I – O Estágio

O percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos de estágio permitiu que os conceitos estruturantes que orientaram a elaboração deste relatório — parentalidade, transição, capacitação parental e literacia em saúde — deixassem de ser apenas referenciais teóricos para se tornarem ferramentas de leitura da minha prática clínica. É precisamente essa experiência — a de ver

os conceitos a ganhar corpo nas situações concretas — que a presente parte do relatório documenta e analisa.

Este percurso permitiu-me ainda consolidar competências técnicas e relacionais próprias do EEESIP, mas sobretudo identificar padrões recorrentes do modo como os pais vivenciam a doença aguda da criança. Tornou-se evidente que a febre infantil representa um dos principais gatilhos de ansiedade parental, interferindo significativamente na capacidade de decisão e na perceção de competência para a gestão da saúde no domicílio.

Subdividimos esta parte em três capítulos. No primeiro, descrevem-se as experiências formativas nos diferentes contextos de estágio — Internamento de Pediatria, Neonatologia e SUP —, evidenciando os contributos específicos de cada contexto para a compreensão da capacitação parental. No segundo, realiza-se uma integração crítica transversal dessas experiências, identificando padrões comuns e o papel diferenciador do EEESIP, a partir da qual emerge a problemática investigativa descrita no terceiro capítulo e que sustenta a Parte II do relatório. Importa notar que, embora a febre infantil constitua o fio condutor deste relatório, o percurso formativo abrangeu experiências clínicas de natureza muito diversa que contribuíram igualmente para o desenvolvimento das competências do EEESIP — e que serão analisadas de forma mais aprofundada na Parte III.

1. A experiência formativa nos diferentes contextos de estágio

O percurso formativo desenvolvido nos diferentes contextos de estágio permitiu-me consolidar competências técnicas e relacionais próprias do EEESIP, mas sobretudo possibilitou a identificação de padrões recorrentes no modo como os pais vivenciam a doença aguda da criança. Independentemente do nível de cuidados, tornou-se evidente que a febre representa um dos principais desencadeadores de ansiedade parental, interferindo significativamente na capacidade de decisão e na perceção de competência para a gestão domiciliária.

A análise das situações vivenciadas revelou que a capacitação parental não se constrói de forma uniforme, assumindo contornos distintos conforme o contexto assistencial. A diversidade de cenários permitiu-me compreender que a intervenção especializada deve ser ajustada às especificidades de cada ambiente clínico, mantendo, contudo, como eixo comum o reforço da autonomia decisional dos pais.

1.1 Internamento de pediatria: reconstrução da segurança parental em contexto de hospitalização

O estágio em internamento pediátrico revelou-se um espaço privilegiado para observar a vulnerabilidade parental em situação de hospitalização. A admissão da criança, mesmo quando motivada por patologia de evolução favorável, era frequentemente vivenciada pelos pais como um momento de rutura, intensificando sentimentos de culpa, medo e incapacidade.

Neste contexto, a febre surgia muitas vezes como sintoma inicial que motivara a procura de cuidados, sendo posteriormente reinterpretada pelos pais como sinal de gravidade. A permanência hospitalar proporcionava tempo para diálogo e observação aprofundada das intervenções do EEESIP, permitindo-me reconhecer que a capacitação parental se constrói através de um processo relacional estruturado.

Observei que os enfermeiros especialistas realizavam avaliação sistemática das necessidades parentais, identificando não apenas lacunas de conhecimento, mas também fatores emocionais interferentes na tomada de decisão. A clarificação contínua do plano terapêutico, a explicação acessível da evolução clínica e o envolvimento progressivo dos pais na prestação de cuidados eram estratégias utilizadas para reforçar a autoconfiança e promover autonomia.

A preparação para a alta hospitalar assumia particular relevância, sendo frequentemente o momento em que emergiam dúvidas relativas à gestão domiciliária da febre e à identificação de sinais de agravamento. A capacitação parental, neste contexto, não se limitava a instruções formais, mas implicava a verificação da compreensão, a validação da capacidade demonstrada e o reforço positivo das competências adquiridas.

Foi neste cenário que reconheci de forma mais clara a complexidade e a intencionalidade das intervenções especializadas na capacitação parental, o que fundamentou a escolha de uma enfermeira especialista deste contexto para a realização da entrevista exploratória. Este percurso contribuiu de forma direta para o desenvolvimento das competências E1 — assistir a criança e família na maximização da sua saúde — e E2 — cuidar da criança e família em situações de especial complexidade —, ao evidenciar que a vulnerabilidade parental em contexto de hospitalização exige uma intervenção simultaneamente educativa, relacional e antecipatória (OE, 2018).

1.2 Neonatologia: vínculo, idealização e transição para a parentalidade

No contexto de neonatologia, embora a febre não constituísse foco central da intervenção, emergiram dimensões estruturantes para a compreensão da parentalidade em situação de vulnerabilidade. A hospitalização do recém-nascido, frequentemente associada a prematuridade ou intercorrências clínicas, representava para os pais uma experiência de confronto com a fragilidade e com a rutura das expectativas idealizadas.

A transição para a parentalidade, neste cenário, ocorria sob condições de incerteza e ansiedade acrescida. A participação progressiva nos cuidados ao recém-nascido era frequentemente acompanhada de receio de causar dano ou de não corresponder adequadamente às necessidades do bebé. A intervenção especializada centrava-se, assim, no reforço da confiança, na validação das capacidades emergentes e na promoção do vínculo.

Esta experiência permitiu-me compreender que a capacitação parental não se circunscreve à gestão de sintomas específicos, mas integra uma dimensão mais ampla de fortalecimento da identidade parental. A fragilidade observada na neonatologia reforçou a minha perceção de que qualquer situação de doença pode interferir na perceção de competência dos pais, exigindo intervenção especializada orientada para a reconstrução da segurança. A experiência neste contexto foi particularmente relevante para o desenvolvimento da competência E3 — prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento —, ao demonstrar que o apoio à

parentalidade começa na construção do vínculo e da identidade parental, muito antes de qualquer episódio de doença (OE, 2018).

1.3 SUP: decisão parental sob pressão

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica constituiu o contexto onde a relação entre febre infantil, ansiedade e tomada de decisão se tornou mais evidente. A chegada dos pais ao serviço era frequentemente acompanhada por um discurso marcado por receio de agravamento súbito, dificuldade em interpretar a temperatura corporal e insegurança na administração de medicação.

A decisão de recorrer ao serviço surgia, em muitos casos, sem tentativa prévia de gestão domiciliária estruturada, refletindo fragilidades ao nível da literacia em saúde e da autoconfiança parental. Neste ambiente de elevada rotatividade e pressão assistencial, a intervenção do EEESIP exigia objetividade e clareza, sem perder a dimensão relacional indispensável à capacitação.

Observei que intervenções breves, mas estrategicamente orientadas, podiam contribuir para modificar a perceção parental da situação, clarificando sinais de alarme, explicando a natureza fisiológica da febre e reforçando critérios para futura decisão de recurso aos cuidados de saúde. A verificação da compreensão e o convite à reformulação por parte dos pais mostravam-se fundamentais para consolidar o processo de capacitação.

Estes contextos evidenciaram de forma particularmente clara que a tomada de decisão parental é frequentemente influenciada por fatores emocionais intensos e que a capacitação parental constitui elemento determinante para transformar decisões baseadas no medo em decisões fundamentadas e seguras. O estágio em contexto de urgência pediátrica contribuiu de forma decisiva para o desenvolvimento das competências E2 — cuidar em situações de especial complexidade — e E1 — maximização da saúde —, ao exigir uma prática especializada capaz de intervir de forma intencional e eficaz mesmo em condições de tempo reduzido e elevada pressão assistencial (OE, 2018).

2. Integração crítica das experiências formativas

2.1 Identificação de um padrão transversal

A análise das experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio permitiu-me reconhecer que as situações inicialmente percecionadas como episódios isolados configuravam, na realidade, um padrão transversal no exercício da parentalidade perante a doença aguda da criança.

Independentemente do nível de cuidados — internamento, neonatologia ou urgência — emergiam manifestações semelhantes de insegurança, receio de agravamento e dificuldade na interpretação de sinais clínicos. A febre, enquanto sintoma frequente na infância, revelou-se particularmente mobilizadora do ponto de vista emocional, desencadeando frequentemente decisões orientadas pela necessidade de proteção imediata.

No internamento, a insegurança assumia contornos de medo associado à gravidade percecionada da situação clínica e à incerteza quanto à gestão após a alta. Na neonatologia, ainda que a febre não constituísse foco central, tornava-se evidente a fragilidade da perceção de competência parental perante qualquer sinal interpretado como indicador de risco. Na urgência, a tomada de decisão surgia muitas vezes sob pressão emocional intensa, com recurso imediato aos serviços de saúde.

Este padrão evidenciou que a tomada de decisão parental não se fundamenta exclusivamente em conhecimento técnico, mas é profundamente influenciada por fatores emocionais, experiências prévias e nível de literacia em saúde. A ansiedade associada à febre pode amplificar a perceção de risco e reduzir a capacidade de ponderação, conduzindo a decisões precipitadas ou, inversamente, a sentimentos de culpa pela eventual demora na procura de cuidados.

Perante esta realidade, tornou-se claro que a capacitação parental constitui um elemento estruturante da intervenção especializada. Não se trata apenas de fornecer informação, mas de intervir de forma intencional na transformação do processo de tomada de decisão, promovendo maior segurança, autonomia e confiança.

2.2 O papel diferenciador do EEESIP

A observação sistemática das intervenções desenvolvidas pelos enfermeiros especialistas ao longo dos diferentes estágios permitiu-me reconhecer características distintivas da prática especializada na capacitação parental.

Em primeiro lugar, destacou-se a avaliação estruturada das necessidades parentais. Os enfermeiros especialistas não se limitavam a responder às questões formuladas, mas procuravam compreender o contexto familiar, identificar crenças subjacentes e avaliar o nível de compreensão demonstrado. Esta avaliação constituía o ponto de partida para uma intervenção ajustada e personalizada.

Em segundo lugar, evidenciou-se a intencionalidade comunicacional. A clarificação de conceitos relativos à febre, a explicação da evolução expectável e a distinção entre sinais de alerta e manifestações autolimitadas eram realizadas de forma acessível, mas cientificamente rigorosa. A comunicação não se centrava apenas no conteúdo, mas também na forma, promovendo um ambiente de confiança que facilitava a expressão de dúvidas e receios.

Outro aspeto diferenciador consistia na validação das competências parentais já existentes. Ao reconhecer práticas adequadas previamente realizadas pelos pais, o enfermeiro especialista reforçava a perceção de autoeficácia, contribuindo para a consolidação da autonomia decisional. A capacitação parental surgia, assim, como processo de fortalecimento e não de substituição do papel parental.

Por fim, tornou-se evidente a preocupação com a continuidade do processo de decisão. A intervenção não se limitava ao momento presente, mas incluía orientação para situações futuras, promovendo critérios claros para a gestão domiciliária da febre e para a eventual necessidade de novo recurso aos serviços de saúde.

Estas características permitiram-me compreender que a capacitação parental, quando desenvolvida de forma estruturada, constitui um contributo determinante para a qualidade dos cuidados prestados à criança e à família, reforçando simultaneamente a identidade profissional do enfermeiro especialista.

3. Emergência da problemática investigativa

A identificação deste padrão transversal e a constatação do papel diferenciador do EEESIP na capacitação parental conduziram-me à necessidade de aprofundar, de forma sistematizada, o conhecimento sobre as intervenções concretas mobilizadas neste processo. A evidência científica disponível demonstra que a capacitação parental, quando estruturada e individualizada, está associada a melhores resultados na gestão da doença aguda da criança e a maior autonomia parental (Ashcraft et al., 2018; Vuorenmaa et al., 2016). Contudo, as intervenções específicas do enfermeiro especialista neste domínio, particularmente no contexto da febre infantil, permanecem insuficientemente descritas na literatura portuguesa (Silva et al., 2020; Santos et al., 2016).

Se, por um lado, a prática clínica evidenciava a relevância da intervenção especializada na modulação da tomada de decisão parental perante a febre, por outro, tornou-se claro que tais intervenções nem sempre são explicitadas ou sistematizadas no discurso profissional. A observação reiterada de estratégias eficazes, associada à complexidade do processo de tomada de decisão parental, suscitou em mim a inquietação de compreender como os enfermeiros especialistas reconhecem necessidades, planeiam intervenções e avaliam os resultados da capacitação parental.

Assim, a problemática que sustenta a Parte II do presente relatório emerge diretamente do percurso formativo desenvolvido, não como elemento externo ou desconectado da prática, mas como consequência natural da reflexão crítica sobre a intervenção especializada. A pergunta de investigação assume, deste modo, continuidade lógica com as experiências vivenciadas, procurando identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros especialistas na capacitação parental no processo de tomada de decisão para a gestão da febre da criança.

PARTE II – O Caso

1. Pertinência do estudo

A febre infantil constitui um dos motivos mais frequentes de procura de cuidados de saúde em idade pediátrica, representando uma proporção significativa das admissões aos serviços de urgência pediátrica, particularmente em crianças de menor idade (Mintegi et al., 2016; Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2020). A Orientação n.º 005/2018 da DGS define febre como uma elevação da temperatura corporal ≥1ºC face à média diária individual, considerando-se, quando esta é desconhecida, febre com temperatura retal ≥38ºC, axilar/oral ≥37,6ºC e timpânica ≥37,8ºC.

Apesar de, na maioria das situações, a febre não se associar a dano e constituir um fenómeno comum em idade pediátrica, continua a ser interpretada por muitos pais como sinal de doença grave e fator de risco para complicações, nomeadamente convulsões febris. A literatura descreve este fenómeno como fever phobia, caracterizado pelo receio desproporcionado das suas consequências e pela adoção de estratégias de gestão nem sempre adequadas (Schmitt, 1980; Crocetti et al., 2001; Walsh & Edwards, 2006). Estudos recentes confirmam que esta perceção se mantém prevalente: Almansour et al. (2024) identificaram que 65% dos pais associam temperaturas superiores a 38°C a risco de convulsões, o que intensifica o pânico e conduz a decisões precipitadas.

A tomada de decisão parental em contexto de doença aguda evidencia-se como um processo multifatorial, influenciado por crenças, emoções e perceções de risco. A evidência aponta para elevada prevalência de avaliação subjetiva da temperatura, nomeadamente por palpação, e para dificuldades persistentes na interpretação dos valores térmicos (Chiappini et al., 2009; Walsh & Edwards, 2006). A confiança nos profissionais de saúde e a experiência prévia com episódios febris são fatores determinantes na tomada de decisão parental (Menekşe et al., 2025; Peixoto & Machado, 2024). A literacia em saúde constitui um determinante fundamental deste processo: pais com níveis elevados de literacia demonstram práticas mais enquadradas com as recomendações pediátricas e uma menor tendência para recorrer desnecessariamente aos serviços de urgência (Santos et al., 2017; Miller, 2016; Menekşe et al., 2025).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) assume um papel central no reforço da literacia parental em saúde e, por essa via, na melhoria do processo de tomada de decisão. A intervenção especializada não se limita à transmissão de informação, mas visa

promover uma compreensão funcional que permita aos pais aplicar o conhecimento em situações concretas, favorecendo decisões mais informadas e proporcionais à situação clínica da criança (Thompson & Dowding, 2009).

A revisão da literatura disponível permite constatar que os estudos existentes incidem maioritariamente nos conhecimentos, atitudes e práticas dos pais perante a febre, não contemplando de forma aprofundada as intervenções específicas do EEESIP neste processo (Afonso et al., 2018; Silva et al., 2020). Santos et al. (2016) concluíram que são necessárias intervenções de educação para a saúde dirigidas aos pais para que estes aprendam a gerir eficazmente os sintomas de febre na criança — o que aponta para a relevância de estudar as estratégias que os enfermeiros especialistas mobilizam neste domínio. Esta lacuna justifica a realização de investigação que aprofunde o conhecimento sobre as intervenções concretas do EEESIP na capacitação parental para a gestão da febre infantil.

Considerando a problemática identificada, formulou-se a seguinte pergunta de investigação:

Quais as intervenções dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica de capacitação parental na tomada de decisão para a gestão da febre infantil?

No âmbito deste estudo foram identificados os seguintes objetivos:

Objetivo geral: Identificar as intervenções realizadas pelos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica de capacitação parental na tomada de decisão para a gestão da febre infantil.

Objetivos específicos:

- Identificar de que forma os enfermeiros especialistas reconhecem as necessidades dos pais relativamente à sua capacidade para gerir a febre infantil;
- Identificar como os enfermeiros especialistas planeiam e implementam intervenções dirigidas à capacitação parental para a gestão da febre;
- Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros especialistas para capacitar os pais na gestão da febre e avaliar os resultados das suas intervenções.

2. Metodologia

2.1 Tipo de estudo

Este estudo, de natureza qualitativa, foi desenvolvido sob a forma de um relato de caso. Esta opção metodológica justifica-se pela adequação ao fenómeno em estudo: trata-se de uma investigação centrada na compreensão aprofundada de um fenómeno clínico específico — as intervenções do EEESIP na capacitação parental para a gestão da febre infantil — tal como é vivenciado e descrito por um profissional com experiência direta neste domínio. O relato de caso qualitativo permite aceder ao conhecimento prático e tácito dos profissionais, dando visibilidade a dimensões da prática especializada que dificilmente seriam captadas por metodologias quantitativas (Yin, 2018; Creswell, 2013). Este tipo de estudo não visa a generalização estatística, mas a compreensão contextualizada e reflexiva de um caso singular, com potencial para iluminar práticas e gerar hipóteses para investigação futura.

2.2 Participante

A participante deste estudo é uma enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com vinte e sete anos de experiência na área da pediatria, dezasseis dos quais em internamento pediátrico, e cinco anos como enfermeira especialista. Para garantia do anonimato, será identificada ao longo de todo o trabalho pela designação EEESIP1. A seleção foi intencional, por conveniência, com base nos critérios de elegibilidade definidos.

Critérios de inclusão: ser enfermeiro detentor do título de especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; ter experiência clínica direta na prestação de cuidados a crianças com febre e respetivas famílias; exercer funções em contexto de internamento pediátrico ou urgência pediátrica.

Critérios de exclusão: enfermeiros sem título de especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; profissionais sem experiência direta no acompanhamento de crianças com febre; recusa em participar ou em consentir a gravação da entrevista.

2.3 Instrumento de recolha de dados

A recolha de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada, conduzida com recurso a um guião previamente elaborado (Anexo I). A entrevista semiestruturada permite combinar a orientação temática com a flexibilidade necessária para explorar dimensões emergentes do discurso do participante, favorecendo uma abordagem em profundidade ao fenómeno em estudo (Bardin, 2011). O

guião foi organizado em torno dos objetivos do estudo e contemplou quatro áreas temáticas principais: identificação das necessidades parentais, planeamento e implementação de intervenções, estratégias de capacitação, e avaliação dos resultados. Antes da sua aplicação, o guião foi sujeito a um pré-teste com um enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica com características semelhantes às da participante, tendo sido confirmada a adequação e clareza das questões formuladas.

2.4 Procedimentos

Após a definição do participante, foi realizado um contacto inicial para apresentação do estudo e obtenção do consentimento informado. A entrevista foi realizada presencialmente, gravada em áudio com autorização da participante, e posteriormente transcrita na íntegra. A transcrição foi verificada para garantia de fidelidade ao discurso original. A participante foi informada do carácter voluntário da sua participação e da possibilidade de se retirar em qualquer momento, sem qualquer consequência.

2.5 Análise de dados

A análise dos dados foi realizada através da análise temática reflexiva, de acordo com a proposta metodológica de Braun e Clarke (2006, 2021), amplamente utilizada na investigação qualitativa em saúde e em estudos de enfermagem (Campbell et al., 2021; Vaismoradi et al., 2013). Esta abordagem permite identificar, analisar e interpretar padrões de significado presentes nos dados, favorecendo uma compreensão aprofundada do fenómeno em estudo. A análise assumiu uma orientação predominantemente indutiva — ou seja, as categorias emergiram a partir do discurso da participante e não de um quadro teórico pré-definido —, mantendo, contudo, uma articulação constante com o enquadramento conceptual do estudo.

O processo analítico seguiu as seis fases propostas por Braun e Clarke (2006, 2021), entendidas não como etapas rígidas e lineares, mas como um percurso recursivo e reflexivo de construção de significado a partir dos dados. Na primeira fase — familiarização com os dados — procedeu-se à transcrição integral da entrevista e à sua leitura repetida e ativa, procurando uma imersão progressiva no corpus que permitisse identificar padrões iniciais de significado. Na segunda fase — geração de códigos — identificaram-se as unidades de registo, ou seja, os segmentos do discurso da participante com relevância analítica direta para os objetivos do estudo, atribuindo a cada um um código que traduz o seu conteúdo. Na terceira fase — construção de temas — os códigos foram agrupados por afinidade semântica, dando origem a temas candidatos que refletem padrões mais

amplos nos dados. A quarta fase — revisão dos temas — implicou um retorno sistemático ao corpus para verificar a coerência interna de cada tema e a sua distinção em relação aos restantes, procedendo aos ajustes necessários. Na quinta fase — definição e nomeação dos temas — cada categoria temática foi nomeada e descrita de forma a capturar com precisão o seu conteúdo analítico e a sua relação com a pergunta de investigação. A sexta e última fase — produção do relatório — concretizou-se na escrita analítica que articula os dados com o enquadramento teórico, dando visibilidade às categorias emergentes através dos excertos seleccionados do discurso da EEESIP1. Para apoiar a organização e sistematização do material empírico foi utilizado o software NVivo como ferramenta de suporte à codificação, sem substituir o papel interpretativo do investigador.

A cada segmento do discurso da participante com relevância para os objetivos do estudo foi atribuída a designação de unidade de registo. A partir de cada unidade de registo foi formulado um indicador — uma síntese interpretativa do seu conteúdo analítico. Os indicadores foram agrupados em temas, que por sua vez se integram em categorias temáticas mais amplas, conforme a nomenclatura adoptada por Braun e Clarke (2006, 2021). Este processo encontra-se documentado na íntegra no Apêndice II — Matriz de Análise Temática — onde se apresentam, para cada categoria, as unidades de registo, os indicadores e os temas em que se integram, permitindo a verificação da consistência e transparência do processo analítico.

2.6 Considerações éticas

O presente estudo foi conduzido em conformidade com os princípios éticos que regem a investigação em saúde, nomeadamente os consagrados na Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013) e no Código Deontológico dos Enfermeiros. Foi garantido o anonimato e a confidencialidade da participante, identificada ao longo do trabalho pela designação EEESIP1. A participação foi voluntária, precedida de consentimento informado, com possibilidade de desistência em qualquer momento sem qualquer consequência. Não foram recolhidos dados que permitam a identificação da participante ou da instituição onde exerce funções.

2.7 Limitações do estudo

O presente estudo apresenta limitações que devem ser consideradas na leitura dos seus resultados. A inclusão de uma única participante, num único contexto institucional, limita a diversidade de perspectivas e a transferibilidade dos resultados para outros contextos de cuidados especializados, como os cuidados de saúde primários ou o serviço de urgência pediátrica.

Uma segunda limitação prende-se com o carácter formativo deste trabalho. O presente relato de caso foi desenvolvido no âmbito de um percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências especializadas — e não no contexto de uma investigação independente —, o que implica que as opções metodológicas refletem também um processo de crescimento do investigador. Sendo este o primeiro estudo formal conduzido de forma autónoma, reconhece-se que o processo de análise pode ter sido influenciado por alguma inexperiência na condução e interpretação de entrevistas qualitativas. O período em que decorreu o estudo — em simultâneo com o estágio clínico — condicionou igualmente o tempo disponível para a recolha e análise de dados com a profundidade desejável.

A nível internacional, embora exista evidência sobre intervenções educativas de enfermeiros na gestão da febre, os estudos focados especificamente no papel diferenciador do enfermeiro especialista permanecem escassos (Monsma, Richerson & Sloand, 2015), o que limitou as possibilidades de confronto direto com evidência específica neste domínio.

3. Resultados

Da análise temática reflexiva da entrevista realizada à EEESIP1 emergiram cinco categorias principais, sintetizadas no quadro seguinte, que estruturam a apresentação dos resultados.

Quadro 1 — Síntese das categorias e temas emergentes da análise temática

Categoria	Temas principais	Exemplos de unidades de significado
3.1 Identificação das necessidades parentais	Ansiedade parental; primeira experiência; bebés de menor idade	"ficam muito preocupados e apreensivos"; "pais de bebés, sobretudo recém-nascidos"
3.2 Planeamento das intervenções	Avaliação das necessidades; priorização; personalização	"a principal preocupação dos pais é quase sempre a administração da medicação"
3.3 Implementação de intervenções educativas e relacionais	Ensino sobre termometria; terapêutica antipirética; arrefecimento; relação de confiança	"procuro demonstrar apoio"; "explicamos se pode ser utilizado e ajustamos a dose"
3.4 Estratégias de capacitação e facilitação da tomada de decisão	Ambiente calmo; binómio criança-pais; confiança nos profissionais	"trabalhamos sempre no binómio criança–pais"; "mantemos uma postura profissional"
3.5 Avaliação da capacitação parental	Linguagem utilizada; demonstração prática; segurança demonstrada	"peço aos pais para serem eles próprios a medir a temperatura"

3.1 Identificação das necessidades parentais

A primeira categoria emergente da análise diz respeito ao processo de identificação das necessidades dos pais pela EEESIP1. O discurso da participante evidencia que esta identificação se realiza a partir da observação direta da reação emocional dos pais, da forma como comunicam e do nível de preocupação demonstrado.

> *"Quando me deparo com pais de crianças que apresentam febre, noto que ficam muito preocupados e apreensivos, o que lhes causa bastante ansiedade." (EEESIP1)*

A participante refere que a ansiedade é particularmente intensa em pais de bebés e recém-nascidos, e que a experiência prévia com episódios febris constitui um indicador relevante do nível de preparação parental. Pais que lidam pela primeira vez com febre na criança tendem a apresentar maior insegurança, enquanto aqueles com experiência prévia demonstram comportamentos mais tranquilos e confiantes.

> *"Os pais mais apreensivos, geralmente, são os que estão a lidar com esta situação pela primeira vez." (EEESIP1)*

Esta observação alinha-se com a evidência disponível, que identifica a inexperiência parental e a menor idade da criança como factores associados a maior procura de cuidados de saúde por motivo de febre (Chiappini et al., 2009; Afonso et al., 2018). A capacidade de identificar e diferenciar os níveis de ansiedade parental emerge como uma competência especializada central na prática do EEESIP, condicionando o planeamento e a individualização das intervenções subsequentes (OE, 2018).

3.2 Planeamento das intervenções

A segunda categoria diz respeito ao modo como a EEESIP1 planeia as suas intervenções após identificar as necessidades dos pais. O discurso evidencia que o planeamento é orientado pelas preocupações imediatas dos pais, sendo a medicação antipirética identificada como a principal área de intervenção inicial.

> *"A principal preocupação dos pais é, quase sempre, a administração da medicação. Por isso, essa acaba por ser a primeira intervenção." (EEESIP1)*

Esta abordagem reflete uma prática de priorização centrada nas necessidades expressas pelos pais, em consonância com os princípios dos cuidados centrados na família (Hockenberry & Wilson, 2018). A participante descreve um processo sequencial — responder primeiro à preocupação imediata, e só depois introduzir progressivamente outras orientações sobre a natureza da febre e as medidas complementares. Esta sequência intencional revela um planeamento estruturado que privilegia a redução da ansiedade como condição prévia para a aprendizagem efetiva.

A avaliação das necessidades parentais não se limita ao conteúdo informativo, mas inclui a dimensão emocional. A participante reconhece que os pais mais ansiosos apresentam menor capacidade de processamento de informação, o que exige que a intervenção educativa seja precedida de intervenção relacional orientada para o apoio emocional e a criação de um ambiente de confiança.

3.3 Implementação de intervenções educativas e relacionais

A terceira categoria agrupa as intervenções concretas implementadas pela EEESIP1, que se organizam em duas dimensões complementares: a dimensão educativa e a dimensão relacional.

No que respeita à dimensão educativa, a participante descreve intervenções centradas na termometria, na terapêutica antipirética e nas medidas de arrefecimento corporal. O ensino sobre os locais de medição da temperatura e a interpretação dos valores obtidos emerge como intervenção frequente, respondendo a uma lacuna de conhecimento prevalente nos pais.

> *"Muitas vezes os pais têm dúvidas sobre como medir a temperatura, onde colocar o termómetro e como interpretar os valores." (EEESIP1)*

A intervenção sobre a medicação antipirética inclui não apenas a verificação da adequação da medicação trazida pelos pais, mas também o ajuste da dose em função do peso e da idade da criança — uma intervenção de segurança com potencial impacto na prevenção de erros de medicação. Este achado é particularmente relevante, considerando que a administração indevida de antipiréticos é um dos comportamentos mais documentados na literatura sobre práticas parentais na gestão da febre (Çelik & Güzel, 2024; Santos et al., 2016).

A dimensão relacional da intervenção é igualmente valorizada pela participante. O apoio emocional e a manutenção de uma postura profissional, mesmo face a situações de maior tensão, são identificados como elementos estruturantes da intervenção especializada.

> *"Acima de tudo, procuro demonstrar apoio, porque se os pais estiverem muito ansiosos, torna-se mais difícil trabalhar com eles." (EEESIP1)*

3.4 Estratégias de capacitação e facilitação da tomada de decisão

A quarta categoria diz respeito às estratégias utilizadas pela EEESIP1 para promover a capacitação parental e facilitar a tomada de decisão. O discurso da participante centra-se na criação de um ambiente seguro e de confiança como condição estruturante para a eficácia das restantes intervenções.

> *"Procuro proporcionar um ambiente calmo e mostrar-lhes que podem confiar nos profissionais." (EEESIP1)*

A abordagem no binómio criança–pais emerge como uma estratégia central, refletindo a filosofia dos cuidados centrados na família que orienta a prática especializada em pediatria (Hockenberry & Wilson, 2018; OE, 2018). Esta abordagem permite que os pais se sintam incluídos no processo de cuidados, o que contribui para o reforço da sua autonomia e confiança.

> *"Trabalhamos sempre no binómio criança–pais, e isso ajuda a criar uma relação de confiança." (EEESIP1)*

A resposta inicial a esta preocupação permite estabelecer uma relação de confiança e reduzir a ansiedade associada à situação clínica. Após responder às dúvidas mais imediatas, a enfermeira especialista introduz progressivamente outras orientações relacionadas com a compreensão da febre enquanto fenómeno fisiológico e com as medidas adequadas para a sua vigilância e controlo.

Westin et al. (2024), num estudo fenomenográfico realizado na Suécia, sublinham que o primeiro contacto com o enfermeiro é decisivo para a relação terapêutica, e que a identificação das necessidades específicas dos pais é condição essencial para a eficácia das estratégias de capacitação — o que encontra confirmação direta no discurso da EEESIP1.

3.5 Avaliação da capacitação parental

A quinta categoria diz respeito ao modo como a EEESIP1 avalia se os pais ficaram efetivamente capacitados para a gestão da febre. O discurso evidencia uma avaliação multidimensional, que contempla a linguagem utilizada pelos pais, a capacidade demonstrada na execução de procedimentos e a segurança evidenciada face aos profissionais.

> *"Pela forma como falam connosco e pela linguagem que utilizam. Quando conseguem explicar o que é a febre, como avaliar a temperatura e identificar corretamente os sinais, isso demonstra compreensão." (EEESIP1)*

A participante descreve ainda uma estratégia de avaliação participativa, convidando os pais a executar os procedimentos ensinados — nomeadamente a medição da temperatura — como forma de verificar a compreensão efetiva.

> *"Muitas vezes peço aos pais para serem eles próprios a medir a temperatura ou a explicar o procedimento. Quando o fazem corretamente, percebo que os ensinos foram eficazes e que ficaram capacitados." (EEESIP1)*

Esta estratégia de avaliação por demonstração é consistente com os modelos de educação para a saúde baseados em competências (teach-back), que enfatizam a verificação da compreensão como momento indispensável no processo de capacitação (Monsma, Richerson & Sloand, 2015). O facto de a participante utilizar esta estratégia de forma natural, sem a nomear explicitamente, sugere uma incorporação prática do conhecimento especializado que sustenta a sua intervenção.

A avaliação da capacitação surge assim não como um momento isolado, mas como um processo contínuo, integrado em cada interação com os pais ao longo do internamento, o que reforça a intencionalidade e a sistematização da prática especializada descrita pela EEESIP1.

4. Discussão

Os resultados do presente estudo evidenciam que a febre infantil continua a ser percecionada pelos pais como uma situação geradora de preocupação significativa, particularmente quando ocorre em crianças de menor idade ou em contextos de primeira experiência parental. Esta evidência emerge de forma consistente no discurso da participante, que descreve níveis elevados de ansiedade, necessidade de esclarecimento e procura de validação junto dos profissionais de saúde perante episódios febris.

A articulação entre os resultados do estudo e a literatura permite compreender que a febre, apesar de clinicamente benigna na maioria das situações, continua a ser interpretada pelos pais como um sinal de ameaça à integridade da criança. Esta perceção não decorre exclusivamente da presença do sintoma, mas resulta de um conjunto de fatores que incluem crenças prévias, experiências anteriores e níveis de literacia em saúde, condicionando a forma como os pais interpretam a situação e tomam decisões relativamente à procura de cuidados. Este achado encontra correspondência com a evidência identificada na literatura, que descreve a febre como um dos sintomas pediátricos mais frequentemente associados a ansiedade parental e a perceções de risco elevado (Chiappini et al., 2009; Pitoli et al., 2021). Em contexto português, Afonso et al. (2018) confirmaram que 46% dos pais consideravam 37,5°C como febre e que as principais complicações temidas eram as convulsões e a lesão cerebral — dados que espelham diretamente os padrões de ansiedade descritos pela participante do presente estudo.

A evidência internacional reforça a pertinência da intervenção especializada neste contexto. Lynch et al. (2024), num estudo de intervenção realizado em serviço de urgência pediátrica na Irlanda, demonstraram que uma intervenção educativa breve — combinando infográfico e vídeo — aumentou de 41% para 94% a proporção de cuidadores que definiram corretamente o que é febre, reduzindo simultaneamente crenças erróneas prevalentes. Monsma, Richerson e Sloand (2015), numa revisão integrativa conduzida por enfermeiros de prática avançada, concluíram que as intervenções mais eficazes na capacitação parental para a gestão da febre são individuais, multidimensionais, estruturadas e reforçadas ao longo do tempo — características que descrevem exactamente o tipo de intervenção identificado no presente estudo. Westin et al. (2024), num estudo fenomenográfico realizado na Suécia, sublinham que o primeiro contacto com o enfermeiro é decisivo para a relação terapêutica, e que a identificação das necessidades específicas dos pais é condição essencial para a eficácia das estratégias de capacitação. Não obstante esta evidência internacional, os estudos focados

especificamente nas intervenções do enfermeiro especialista e nas suas estratégias diferenciadas permanecem escassos — lacuna que o presente trabalho procura, em parte, colmatar.

Os resultados da scoping review realizada no semestre anterior, que analisou 16 estudos sobre conhecimentos, atitudes e práticas dos pais de crianças até aos dois anos face à febre, oferecem um quadro de confronto particularmente relevante. Essa revisão confirmou que os pais apresentam conhecimentos variáveis e lacunas significativas na literacia em saúde, com administração indevida de antipiréticos e utilização de métodos físicos não recomendados como comportamentos prevalentes (Çelik & Güzel, 2024; Assimamaw et al., 2024). A revisão identificou ainda que intervenções educativas simples se mostraram eficazes a curto prazo, e que a confiança nos profissionais de saúde e a experiência prévia são factores determinantes na tomada de decisão parental (Himbert et al., 2023; Menekşe et al., 2025). Importa, contudo, salientar que nenhum dos estudos incluídos na revisão foi realizado em Portugal, o que reforça a pertinência de investigação em contexto nacional.

Os resultados do presente estudo evidenciam que o EEESIP desempenha um papel central na capacitação parental para a gestão da febre infantil, assumindo uma intervenção que integra dimensões educativas, relacionais e de apoio emocional. A identificação das necessidades parentais, nomeadamente ao nível da ansiedade, das dúvidas e das perceções de risco, emerge como uma competência fundamental na prática especializada, permitindo ao enfermeiro adaptar as intervenções às características e necessidades específicas de cada família, em linha com as orientações da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2018). Esta relevância é reforçada pelos dados de Silva et al. (2020), que num estudo realizado em contexto de urgência pediátrica em Portugal identificaram que apenas 6,3% dos pais recorreram ao enfermeiro como fonte de informação sobre febre — evidência que sublinha tanto a lacuna existente como o potencial de intervenção do EEESIP neste domínio.

Os resultados reforçam igualmente a relevância da educação para a saúde enquanto intervenção estruturante na prática do EEESIP, particularmente no que se refere à promoção de conhecimentos e competências relacionadas com a gestão da febre. O ensino dirigido à avaliação da temperatura corporal, à utilização adequada de terapêutica antipirética e à identificação de sinais de alerta constitui um elemento essencial na capacitação dos pais para a gestão domiciliária da situação clínica da criança. Santos et al. (2016) concluíram serem necessárias intervenções de educação para a saúde dirigidas aos pais para que estes aprendam a gerir eficazmente os sintomas de febre na criança, reforçando a pertinência e a centralidade desta dimensão na prática especializada do EEESIP.

Em síntese, os resultados deste relato de caso revelam uma prática especializada intencional, estruturada e reflexiva, que articula competências clínicas, educativas e relacionais na capacitação parental para a gestão da febre infantil. As intervenções identificadas configuram um processo que vai além da transmissão de informação, integrando a gestão da ansiedade parental, o reforço da autonomia decisional e a avaliação contínua da capacitação alcançada — dimensões que caracterizam a especificidade e o valor acrescentado da intervenção do EEESIP neste domínio.

PARTE III – O Cuidado Especializado

O percurso formativo desenvolvido ao longo do estágio — nos contextos de Internamento de Pediatria, Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica — e o processo de investigação descrito na Parte II não constituíram experiências paralelas ou independentes. Constituíram, antes, um processo integrado de construção de saberes e de desenvolvimento de competências especializadas, no qual a prática clínica alimentou a investigação e a investigação devolveu à prática um olhar mais rigoroso, mais intencional e mais fundamentado. A presente parte propõe-se analisar criticamente de que forma esse percurso conjunto contribuiu para o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), conforme definidas no Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros.

1. A transformação do olhar clínico

Um dos contributos mais significativos deste percurso foi tornar explícito e intencional algo que, até então, operava de forma predominantemente intuitiva. A febre infantil era avaliada essencialmente como um dado clínico objetivo — um valor registado pelo termómetro, um critério de triagem, uma indicação ou contra-indicação terapêutica. O processo investigativo introduziu uma dimensão que a prática quotidiana tende a subalternizar: a leitura dos pais.

Desde o início da investigação, passei a observar com mais atenção o comportamento dos pais que acompanham a criança febril ao serviço. Esta observação não se limita ao que dizem explicitamente, mas estende-se à forma como reagem, às decisões que tomaram antes de chegar ao serviço e às expectativas que trazem consigo. Esta leitura do contexto familiar, articulada com a avaliação clínica da criança, abriu uma porta de confiança que facilita a intervenção educativa e relacional subsequente. A participante do estudo desenvolvido na Parte II expressa claramente esta mesma leitura: a reação dos pais, a forma como falam e a preocupação que demonstram são os primeiros indicadores que orientam toda a intervenção especializada.

Esta transformação não ficou circunscrita ao contexto profissional. No círculo de amigos e conhecidos, fui sendo progressivamente reconhecido como interlocutor de referência em questões de saúde infantil — situação que encaro como uma extensão natural da prática especializada à comunidade envolvente. A capacitação parental não ocorre apenas nos serviços de saúde; ocorre

também nos contextos informais onde as famílias constroem as suas crenças e tomam as suas decisões.

2. Contributos do percurso formativo e da investigação para o desenvolvimento de competências

As competências específicas do EEESIP não são entidades isoladas — são dimensões interdependentes de uma prática especializada que se manifesta de forma integrada em cada contacto com a criança e a família. O percurso formativo e o processo de investigação contribuíram de forma diferenciada mas articulada para o desenvolvimento dessas competências, que se analisam não como categorias estanques, mas como expressões complementares de um mesmo compromisso com a excelência dos cuidados.

2.1 Maximização da saúde da criança e família (E1)

A competência E1 — assistir a criança e família na maximização da sua saúde — expressa-se, no âmbito deste percurso, através do desenvolvimento de uma prática de capacitação parental estruturada e individualizada. O percurso formativo nos diferentes contextos de estágio revelou que a maximização da saúde não se circunscreve ao tratamento do episódio agudo — implica preparar a família para gerir de forma autónoma e informada os episódios futuros.

No internamento pediátrico, a preparação para a alta constituiu o momento mais visível desta competência: a clarificação dos critérios de avaliação da febre, a revisão da terapêutica antipirética e a identificação de sinais de alarme eram realizadas de forma sistemática e intencional, assegurando que os pais saíam do serviço com ferramentas concretas para a gestão domiciliária. Na neonatologia, a dimensão desta competência expressou-se no reforço da identidade parental e na promoção do vínculo — reconhecendo que a confiança no papel de pai ou mãe é condição essencial para qualquer processo de capacitação posterior.

Os resultados da investigação desenvolvida na Parte II reforçam e aprofundam esta compreensão. A EEESIP1 descreve um processo de avaliação sistemática das necessidades parentais que vai além das dúvidas explicitamente formuladas — inclui a leitura da experiência prévia, do nível de ansiedade e das crenças subjacentes. Esta avaliação é o ponto de partida de toda a intervenção especializada e constitui, em si mesma, uma expressão concreta da competência E1: conhecer a família para intervir de forma ajustada e promover, efetivamente, a sua saúde.

2.2 Cuidados em situações de especial complexidade (E2)

A competência E2 — cuidar da criança e família em situações de especial complexidade — adquire, no contexto deste percurso, uma expressão que vai além da complexidade clínica. A febre infantil, enquanto fenómeno geralmente benigno do ponto de vista médico, é frequentemente vivida pelos pais como uma situação de complexidade emocional intensa — marcada pela ansiedade, pelo medo das consequências e pela incerteza sobre como agir. É precisamente nesta tensão entre a benigidade clínica e a gravidade percebida que reside a complexidade que o EEESIP é chamado a gerir.

O processo de investigação permitiu compreender esta complexidade de forma mais aprofundada e fundamentada. Os resultados evidenciam que a redução da ansiedade parental é uma condição prévia e essencial à eficácia de qualquer intervenção educativa — o que implica que o EEESIP deve ser capaz de avaliar rapidamente o estado emocional dos pais, intervir relacionalmente antes de intervir educativamente, e adaptar o ritmo e o conteúdo da intervenção às condições de cada momento. A EEESIP1 expressa esta sequência de forma clara: primeiro acalmar, depois ensinar.

No contexto do Serviço de Urgência Básica, onde exerço funções, esta competência assume contornos particulares. O tempo reduzido, a elevada rotatividade e a pressão assistencial impõem constrangimentos significativos, mas não eliminam a responsabilidade especializada. A triagem, que na prática generalista é um momento de classificação clínica, transforma-se na prática especializada num momento de avaliação das necessidades parentais e de intervenção educativa breve mas intencional. A teoria das transições de Meleis (2010) oferece o quadro conceptual que sustenta esta abordagem: cada episódio de doença aguda é um momento de transição que o EEESIP pode transformar numa oportunidade de fortalecimento da autonomia parental.

Importa sublinhar que a complexidade clínica vivenciada durante o estágio não se limitou à gestão da febre infantil. O percurso incluiu situações de natureza muito diversa, cada uma com a sua exigência específica em termos de competência especializada. Na neonatologia, o acompanhamento de uma recém-nascida prematura com extrofia da bexiga implicou cuidados altamente minuciosos, vigilância rigorosa do risco de infeção e preparação meticulosa para intervenção cirúrgica — situação que evidenciou a exigência técnica e relacional dos cuidados neonatais especializados. No internamento, o acompanhamento prolongado de uma lactente com hemorragia digestiva de causa inicialmente indeterminada permitiu vivenciar a dimensão da incerteza diagnóstica e o seu impacto na família, exigindo intervenção especializada de suporte emocional e capacitação parental em contexto de

ansiedade crónica. Na urgência pediátrica, o acompanhamento de um adolescente com torção testicular recidivante — após orquidectomia prévia e com risco real de perda do testículo único remanescente — colocou em evidência a dimensão emocional e identitária dos cuidados ao adolescente em situação de elevada complexidade. A experiência com situações de criança em risco, incluindo a observação do trabalho da equipa forense e de consultas de seguimento multidisciplinar, reforçou a minha consciência de que a proteção da criança constitui uma área nuclear da prática especializada, que exige capacidade de leitura dos sinais de alerta, articulação interprofissional e coragem ética para intervir.

2.3 Cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida (E3)

A competência E3 — prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento — manifesta-se, ao longo deste percurso, na compreensão de que as necessidades parentais se transformam ao longo do tempo e em função do contexto. A experiência na neonatologia mostrou que a capacitação parental começa antes de qualquer episódio de doença — começa na construção da identidade e da confiança parental nos primeiros dias de vida da criança. A experiência no internamento mostrou que a hospitalização é um momento de rutura que exige reconstrução da segurança. A experiência na urgência mostrou que a pressão do momento agudo pode ser transformada em aprendizagem duradoura.

Os resultados da investigação confirmam que a experiência prévia dos pais com episódios febris é um determinante central da sua capacidade de gestão — o que significa que a intervenção do EEESIP em cada encontro clínico contribui, cumulativamente, para a construção dessa experiência. Um pai que sai de um episódio de urgência com conhecimento mais sólido sobre como avaliar a temperatura, quando administrar antipirético e quais os sinais de alarme, está melhor preparado para o próximo episódio — o que traduz, de forma concreta, o impacto da competência E3 na saúde da criança e da família ao longo do tempo.

A visão que orienta o desenvolvimento desta competência é mais ampla do que o contexto hospitalar. A enfermagem de saúde infantil e pediátrica implica criar condições para que cada criança possa crescer, desenvolver-se e viver de forma saudável e plena. O caminho que perspectivo passa por uma Unidade de Cuidados na Comunidade — espaço onde o tempo, a proximidade e a continuidade de cuidados permitem levar a prática especializada diretamente às famílias e aos contextos onde as crianças vivem.

3. Síntese reflexiva e perspectiva de desenvolvimento

O percurso que conduziu a este relatório foi, antes de mais, um percurso de aprendizagem. Não no sentido académico do termo — embora também nesse — mas no sentido mais profundo de uma transformação da forma de estar perante a criança, a família e a situação clínica. O estágio, articulado com o processo de investigação, não se limitou a desenvolver competências técnicas — transformou o modo de olhar, de questionar e de intervir. As competências E1, E2 e E3 deixaram de ser categorias regulamentares abstractas para se tornarem referências vivas de uma prática que se foi construindo, episódio a episódio, família a família, dúvida a dúvida.

A investigação desenvolvida na Parte II permitiu nomear e sistematizar práticas que existiam de forma intuitiva. A avaliação das necessidades parentais, a redução da ansiedade como condição prévia ao ensino, a verificação da compreensão como momento de avaliação da capacitação — estas são dimensões que já faziam parte da prática, mas que o percurso investigativo tornou conscientes, intencionais e fundamentadas. Esta é, talvez, a transformação mais duradoura: não o conhecimento novo, mas a consciência renovada do que já se sabia fazer — e a capacidade de o explicar, de o defender e de o aprofundar.

Os diferentes contextos de estágio contribuíram de forma diferenciada para esta transformação. O internamento mostrou a intencionalidade da prática especializada — o modo como o EEESIP estrutura cada interação com os pais em função de uma avaliação prévia e de objetivos claros de capacitação. A neonatologia mostrou a dimensão mais vulnerável da parentalidade — o momento em que a confiança no papel parental está ainda em construção e em que a intervenção especializada pode fazer uma diferença determinante. A urgência mostrou que mesmo sob pressão, mesmo com tempo limitado, é possível intervir de forma especializada — e que muitas vezes é precisamente aí, nesse momento de maior ansiedade e menor racionalidade, que a intervenção do EEESIP tem o maior potencial de impacto.

As situações clínicas que mais marcaram este percurso — a criança em risco, o adolescente em sofrimento, a prematura com malformação congénita, a família suspensa entre o diagnóstico e a incerteza — ensinaram que a complexidade da prática especializada não se mede pelo grau de sofisticação técnica, mas pela capacidade de estar presente, de escutar, de avaliar e de intervir de forma ajustada a cada pessoa e a cada momento. É esta presença qualificada e intencional que define o essencial do cuidado especializado em saúde infantil e pediátrica.

O que fica deste percurso é uma prática mais consciente da sua própria complexidade. Uma prática que reconhece que a febre não é apenas um valor no termómetro, que a ansiedade parental não é um obstáculo aos cuidados mas um foco de intervenção, e que a capacitação parental não é um acto pontual mas um processo contínuo que começa antes da doença e se prolonga para além dela. E uma convicção renovada de que o enfermeiro especialista — em qualquer contexto onde exerça — tem a responsabilidade e o privilégio de fazer essa diferença.

Subsistem desafios. A articulação entre os diferentes níveis de cuidados continua a ser uma fragilidade do sistema, com famílias que transitam entre serviços sem continuidade de informação ou de capacitação. A tensão entre o tempo disponível e a profundidade necessária para uma capacitação efetiva permanece como um dos principais constrangimentos da prática especializada em contexto de urgência. Mas é também de desafios que se constrói a prática especializada. E é precisamente na capacidade de os reconhecer, de os nomear e de continuar a intervir apesar deles — com rigor, com cuidado e com intencionalidade — que reside o essencial do que significa ser Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

CONCLUSÃO

O presente relatório partiu de uma interrogação simples na sua formulação, mas complexa na sua substância: de que forma intervém o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na capacitação parental para a gestão da febre infantil? Esta pergunta não nasceu da literatura — nasceu da prática. Nasceu da observação repetida, em diferentes contextos de estágio e na atividade profissional quotidiana, de pais que chegam aos serviços de saúde com medo, com dúvidas e com decisões tomadas num quadro de ansiedade e literacia insuficiente. Nasceu da convicção crescente de que a intervenção especializada pode e deve fazer diferença neste processo.

O percurso formativo desenvolvido ao longo dos contextos de estágio — Internamento de Pediatria, Neonatologia e Serviço de Urgência Pediátrica — permitiu construir uma compreensão progressiva e integrada da parentalidade como processo dinâmico e vulnerável, particularmente nos momentos de doença aguda. Em cada contexto, a febre infantil revelou-se um fenómeno transversal: clinicamente frequente e geralmente benigno, mas emocionalmente mobilizador e gerador de decisões nem sempre fundamentadas. A diversidade de cenários reforçou a convicção de que a capacitação parental não é um acto pontual, mas um processo contínuo que exige avaliação, intencionalidade e adaptação ao contexto familiar.

O processo de investigação desenvolvido na Parte II — um relato de caso com abordagem qualitativa, centrado na análise do discurso de uma enfermeira especialista em contexto de internamento pediátrico — confirmou e aprofundou estas observações. Os resultados evidenciam que a intervenção especializada na capacitação parental para a gestão da febre infantil se estrutura em torno de cinco dimensões articuladas: a identificação das necessidades parentais, o planeamento individualizado das intervenções, a implementação de estratégias educativas e relacionais, a facilitação da tomada de decisão e a avaliação contínua da autonomia parental adquirida. Estas dimensões não operam de forma sequencial e rígida, mas de forma dinâmica e responsiva às características de cada família e de cada momento clínico.

A articulação entre os resultados do estudo e a literatura científica permitiu compreender que a persistência da fobia da febre, amplamente documentada desde Schmitt (1980) e reconfirmada em estudos recentes (Pitoli et al., 2021; Vicens-Blanes et al., 2023), não decorre apenas de défice de informação, mas da interação entre crenças, emoções e literacia em saúde. Esta compreensão tem implicações diretas para a prática especializada: intervir sobre o conhecimento sem intervir sobre a

ansiedade e a confiança é insuficiente. A intervenção do EEESIP deve ser simultaneamente educativa e relacional, actuando sobre as dimensões cognitivas e emocionais do processo de tomada de decisão parental.

No que respeita às limitações do estudo, a inclusão de uma única participante num único contexto institucional limita a transferibilidade dos resultados. Não obstante, a natureza metodológica do relato de caso não visa a generalização estatística, mas a compreensão aprofundada de um fenómeno específico — objetivo que se considera alcançado. Os resultados obtidos constituem um contributo para a compreensão das intervenções especializadas neste domínio e abrem pistas para investigação futura. Importa, aliás, sublinhar que a escassez de estudos portugueses focados especificamente nas intervenções do enfermeiro especialista na capacitação parental para a gestão da febre infantil constitui, em si mesma, uma limitação do campo — e simultaneamente uma justificação da relevância deste trabalho. Os estudos disponíveis em contexto português incidem maioritariamente nos conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre (Afonso et al., 2018; Silva et al., 2020), não contemplando de forma aprofundada o papel e as estratégias específicas do EEESIP neste processo. Esta lacuna reforça a necessidade de desenvolver investigação centrada na prática especializada de enfermagem pediátrica em Portugal.

Para investigações posteriores, sugere-se o alargamento do estudo a múltiplos participantes e contextos assistenciais — incluindo os Cuidados de Saúde Primários e os Serviços de Urgência Básica —, permitindo uma compreensão mais abrangente das especificidades da capacitação parental em diferentes níveis de cuidados. Seria igualmente relevante desenvolver estudos que incluam a perspectiva dos próprios pais, triangulando o discurso dos profissionais com as experiências e necessidades das famílias. A avaliação do impacto das intervenções de capacitação parental nos comportamentos de saúde e na utilização dos serviços de urgência constitui também uma linha de investigação com potencial contributo para a prática especializada e para a gestão dos cuidados de saúde pediátricos.

Importa, porém, reconhecer que este percurso foi muito mais do que o estágio e a investigação. O Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade do Minho proporcionou, ao longo de um ano e meio, um conjunto de experiências formativas que moldaram de forma decisiva a compreensão da especialidade. A unidade curricular Cuidar a Criança em Situação de Especial Complexidade aprofundou a consciência de que cuidar em pediatria implica responder não apenas à dimensão clínica, mas também às dimensões ética, relacional e de proteção — incluindo a

abordagem à negligência, aos maus tratos e ao papel dos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco. A unidade curricular Saúde e Processo de Desenvolvimento da Criança introduziu uma perspectiva psicológica e desenvolvimental que enriqueceu de forma estruturante a leitura das situações clínicas e o modo de compreender a criança no seu contexto familiar e social. As sessões com professores convidados, onde se debatia a enfermagem pediátrica, o futuro das nossas crianças e questões políticas actuais da especialidade, despertaram uma consciência profissional mais activa e comprometida com o lugar do EEESIP na sociedade. Estes momentos, aparentemente distantes da prática clínica, revelaram-se fundamentais: foram eles que forneceram o quadro conceptual, ético e político dentro do qual o estágio e a investigação ganharam sentido e profundidade. O percurso percorrido ao longo deste mestrado e especialidade transformou não apenas o conhecimento, mas o olhar. Olho hoje para a febre infantil como um fenómeno que vai muito além do valor registado pelo termómetro — é um momento de vulnerabilidade parental que encerra uma oportunidade de intervenção especializada com impacto real na saúde e no desenvolvimento da criança. Esta mudança de perspectiva reflete-se na prática quotidiana no Serviço de Urgência Básica, onde cada contacto com uma família é encarado como uma oportunidade de avaliação, capacitação e fortalecimento da autonomia parental.

A visão que orienta este percurso é mais ampla do que qualquer contexto específico de cuidados. A enfermagem de saúde infantil e pediátrica não se resume a cuidar da criança doente — implica criar condições para que cada criança possa crescer, desenvolver-se e viver de forma saudável e plena. Todas as crianças têm direito a crescer em condições favoráveis, e o enfermeiro especialista tem a responsabilidade e o privilégio de contribuir para que esse direito se concretize, em qualquer contexto onde exerça — seja na urgência, no internamento, na neonatologia ou nos cuidados de saúde primários. É precisamente esta consciência — de que a prática especializada tem impacto real e duradouro na saúde das crianças e das famílias — que sustenta o compromisso profissional que este percurso reforçou.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, I., Faria, S., Martins, S., Silva, C., Rocha, H., & Braga, R. (2018). Conhecimentos, preocupações e atitudes dos pais perante a febre. Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 34(5), 268–272. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12309

Al-Nouri, L., & Basheer, K. (2006). Mothers' knowledge, attitude and practice in childhood fever management. Journal of Tropical Pediatrics, 52(2), 113–118. https://doi.org/10.1093/tropej/fmi064

Al-Yateem, N., Docherty, C., Altawil, H., Al-Tamimi, M., & Ahmad, A. (2017). The quality of information received by parents of children with chronic ill health attending hospitals as indicated by measures of illness uncertainty. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 31(4), 839–849. https://doi.org/10.1111/scs.12405

Ashcraft, L., Asato, M. R., Houtrow, A., Kavalieratos, D., Miller, E., & Ray, K. N. (2018). Parent empowerment in pediatric healthcare settings: A systematic review of observational studies. The Patient – Patient-Centered Outcomes Research, 12(2), 199–212. https://doi.org/10.1007/s40271-018-0336-2

Berry, J. G., Hall, M., Hall, D. E., Kuo, D. Z., Cohen, E., Agrawal, R., Mandl, K. D., Clifton, H., & Neff, J. (2013). Inpatient growth and resource use in 28 children's hospitals: A longitudinal, multi-institutional study. JAMA Pediatrics, 167(2), 170–177. https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2013.432

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Braun, V., & Clarke, V. (2021). Thematic analysis: A practical guide. SAGE. https://doi.org/10.4135/9781526417299

Campbell, K. A., Orr, E., Durepos, P., Nguyen, L., Li, L., Whitmore, C., Gehrke, P., Graham, L., & Jack, S. M. (2021). Reflexive thematic analysis for applied qualitative health research. The Qualitative Report, 26(6), 2011–2028. https://doi.org/10.46743/2160-3715/2021.5010

Chiappini, E., Principi, N., Longhi, R., Tovo, P. A., Becherucci, P., Bonsignori, F., Esposito, S., Festini, F., Galli, L., Lucchesi, B., Mugelli, A., & de Martino, M. (2009). Management of fever in

children: Summary of the Italian Pediatric Society guidelines. Clinical Therapeutics, 31(8), 1826–1843. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2009.08.006

Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. Journal of Child Health Care, 20(4), 494–502. https://doi.org/10.1177/1367493516642744

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches (4th ed.). SAGE.

Crocetti, M., Moghbeli, N., & Serwint, J. (2001). Fever phobia revisited: Have parental misconceptions about fever changed in 20 years? Pediatrics, 107(6), 1241–1246. https://doi.org/10.1542/peds.107.6.1241

Direção-Geral da Saúde. (2018). Febre na criança e no adolescente: Orientação n.º 005/2018. DGS. https://www.dgs.pt

Fernandes, C. R. (2021). A parceria de cuidados entre enfermeiros e pais em contexto de hospitalização pediátrica: Perceções dos profissionais de enfermagem (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho). RepositóriUM. https://repositorium.uminho.pt

Franklin, C., Taylor-Robinson, D., Carrol, E., Moran, P., & Carter, B. (2025). Coming in hot: Using emotional journey maps to examine parental perceptions associated with presentation of their child with fever to the emergency department in England. BMJ Paediatrics Open, 9. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2025-003640

International Council of Nurses. (2023). ICNP – International Classification for Nursing Practice (2023 version). International Council of Nurses. https://www.icn.ch

Keene Woods, N., Ali, U., Medina, M., Reyes, J., & Chesser, A. K. (2023). Health literacy, health outcomes and equity: A trend analysis based on a population survey. Journal of Primary Care & Community Health, 14. https://doi.org/10.1177/21501319231156132

Kelly, M., Sahm, L., Shiely, F., O'Sullivan, R., McGillicuddy, A., & McCarthy, S. (2017). Parental knowledge, attitudes and beliefs regarding fever in children: A cross-sectional study. BMJ Open, 7(5), e015684. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-015684

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). InterViews: Learning the craft of qualitative research interviewing (3rd ed.). SAGE.

Lynch, C. J., Kuhar, M., Blackburn, C., & Barrett, M. J. (2024). Fever education for caregivers in the emergency room (The FEVER study) – an interventional trial. Pediatric Research, 96(1), 172–176. https://doi.org/10.1038/s41390-024-03047-0

Martins, M., & Abecasis, F. (2016). Healthcare professionals approach paediatric fever in significantly different ways and fever phobia is not just limited to parents. Acta Paediatrica, 105(7), 829–834. https://doi.org/10.1111/apa.13406

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice. Springer Publishing.

Miller, T. A. (2016). Health literacy and adherence to medical treatment in chronic and acute illness: A meta-analysis. Patient Education and Counseling, 99(7), 1079–1086. https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.01.020

Mintegi, S., Gomez, B., Martinez-Virumbrales, L., Morientes, O., Benito, J., & INFURG-SEMES Group. (2016). Outpatient management of selected young febrile infants without antibiotics. Archives of Disease in Childhood, 101(2), 172–176. https://doi.org/10.1136/archdischild-2015-308204

Monsma, J., Richerson, J., & Sloand, E. (2015). Empowering parents for evidence-based fever management: An integrative review. Journal of the American Association of Nurse Practitioners, 27(4), 222–229. https://doi.org/10.1002/2327-6924.12152

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização (Série I, n.º 8). Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt

Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento n.º 422/2018: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª Série, n.º 133, 12 de julho de 2018. https://www.ordemenfermeiros.pt

Pitoli, P., Duarte, B., Fragoso, A., Damaceno, D., & Marin, M. (2021). Fever in children: Parents' search for urgent and emergency services. Ciência e Saúde Coletiva, 26(2), 445–454. https://doi.org/10.1590/1413-81232021262.40782020

Polit, D. F., & Beck, C. T. (2022). Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice (10th ed.). Wolters Kluwer.

Rodrigues, A. S. (2022). A comunicação entre enfermeiros e pais em contexto pediátrico: Implicações para a parceria de cuidados (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Repositório ESEL. https://repositorio.esel.pt

Santos, M., Casanova, C., Prata, P., & Bica, I. (2016). Managing fever in children: Parents' knowledge and practices. Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health, 1, 15–21. https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/13831

Santos, P., Sá, L., Couto, L., & Hespanhol, A. (2017). Health literacy as a key for effective preventive medicine. Cogent Social Sciences, 3(1), 1407522. https://doi.org/10.1080/23311886.2017.1407522

Schmitt, B. D. (1980). Fever phobia: Misconceptions of parents about fevers. American Journal of Diseases of Children, 134(2), 176–181. https://doi.org/10.1001/archpedi.1980.02130140050015

Silva, R. M. (2020). Experiências parentais no cuidado à criança hospitalizada: Contributos para a prática de enfermagem pediátrica (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto). Repositório ESEP. https://repositorio.esep.pt

Silva, C., Bica, I., Duarte, J., & Dias, M. (2020). Parents/caregivers of children with fever: Attitudes in emergency context. Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health, 2(7e), 17–25. https://doi.org/10.29352/mill0207e.02.00388

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2020). Recomendações para a abordagem da criança com febre sem foco. Sociedade Portuguesa de Pediatria. https://www.spp.pt

Thompson, C., & Dowding, D. (2009). Essential decision making and clinical judgement for nurses. Churchill Livingstone.

Vaismoradi, M., Turunen, H., & Bondas, T. (2013). Content analysis and thematic analysis: Implications for conducting a qualitative descriptive study. Nursing & Health Sciences, 15(3), 398–405. https://doi.org/10.1111/nhs.12048

Vicens-Blanes, M. C., Serrano-Ripoll, M. J., Leiva, A., Fiol-deRoque, M. A., Ramos-Blanes, R., & Ricci-Cabello, I. (2023). Parents' knowledge and management of fever in children: A systematic review. International Journal of Environmental Research and Public Health, 20(3), 2257. https://doi.org/10.3390/ijerph20032257

Vuorenmaa, M., Halme, N., Perälä, M. L., Kaunonen, M., & Åstedt-Kurki, P. (2016). Perceived influence, decision-making and access to information in family services as factors of parental empowerment: A cross-sectional study of parents with young children. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30(2), 290–302. https://doi.org/10.1111/scs.12243

Walsh, A., & Edwards, H. (2006). Management of childhood fever by parents: Literature review. Journal of Advanced Nursing, 54(2), 217–227. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.03802.x

Walsh, A., Edwards, H., & Fraser, J. (2007). Influences on parents' fever management: Beliefs, experiences and information sources. Journal of Clinical Nursing, 16(12), 2331–2340. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2006.01890.x

Westin, E., Gustafsson, I. L., Svensson, A., Sund-Levander, M., & Elmqvist, C. (2024). Advising parents when their child has a fever: A phenomenographic analysis of nurses' perceptions when working at a telephone helpline, at primary care or at a paediatric emergency department in Sweden. BMJ Open, 14(1), e074823. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-074823

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. JAMA, 310(20), 2191–2194. https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053

Yin, R. K. (2018). Case study research and applications: Design and methods (6th ed.). SAGE.

APÊNDICE I

Guião de Entrevista Semiestruturada

EEESIP1 — Internamento de Pediatria

Introdução e consentimento informado

Antes de iniciar a entrevista, o investigador apresenta os objetivos do estudo, esclarece as condições de participação, garante a confidencialidade e o anonimato, e obtém o consentimento informado para gravação áudio.

Caracterização profissional

0. Pode apresentar-se brevemente enquanto enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica?

Bloco A — Identificação das necessidades parentais

1. Quando acompanha pais de uma criança com febre no internamento, como percebe o que eles precisam de saber ou compreender?

2. O que o/a ajuda a identificar se os pais estão preparados, ou não, para gerir a febre do filho em casa?

Bloco B — Planeamento e implementação das intervenções

3. Depois de perceber essas necessidades, como decide o que vai abordar com os pais?

4. Que tipo de intervenções realiza habitualmente para apoiar os pais na gestão da febre?

Bloco C — Capacitação e avaliação

5. O que faz para ajudar os pais a sentirem-se mais seguros e confiantes durante o internamento?

6. Como percebe que os pais ficaram preparados para gerir a febre do filho em casa?

Bloco D — Papel do EEESIP

7. Na sua perspetiva, qual é o papel do enfermeiro especialista neste processo?

8. Gostaria de acrescentar algo mais sobre este tema?

Agradecimento pela participação e encerramento da entrevista.

APÊNDICE II

Matriz de Análise Temática — Unidades de Registo e Categorias

A tabela seguinte apresenta o processo de análise temática reflexiva (Braun & Clarke, 2006, 2021) aplicado ao corpus da entrevista. Para cada categoria identificada são apresentadas as unidades de registo — excertos do discurso da participante considerados analiticamente relevantes — os indicadores que traduzem o seu conteúdo analítico e o tema em que se integram.

Categoria 1 — Identificação das necessidades parentais perante a febre infantil

Unidade de registo	Indicador	Tema
"Quando me deparo com pais de crianças com febre, noto que ficam muito preocupados e apreensivos, o que lhes causa bastante ansiedade."	Reconhecimento da ansiedade como resposta emocional predominante dos pais	Ansiedade parental como indicador de necessidade
"Essa ansiedade é ainda maior quando se trata de pais de bebés, sobretudo recém-nascidos."	Identificação da idade da criança como factor amplificador da ansiedade parental	Ansiedade parental como indicador de necessidade
"A reação deles, a forma como falam e a preocupação constante ajudam-me a perceber que precisam de mais esclarecimento e apoio."	Leitura comportamental e verbal como estratégia de avaliação de necessidades	Avaliação das necessidades pela observação
"Os pais mais apreensivos, geralmente, são os que estão a lidar com esta situação pela primeira vez."	Experiência parental prévia como moderador da ansiedade e da competência percebida	Experiência prévia como factor diferenciador
"Quando já têm um segundo filho e já passaram por situações semelhantes, o comportamento é diferente: estão mais tranquilos e confiantes."	Confiança parental associada à experiência prévia com episódios febris	Experiência prévia como factor diferenciador

Categoria 2 — Planeamento das intervenções dirigidas à capacitação parental

Unidade de registo	Indicador	Tema
"A principal preocupação dos pais é, quase sempre, a administração da medicação. Por isso, essa acaba por ser a primeira intervenção."	Priorização da intervenção com base nas preocupações imediatas dos pais	Planeamento orientado pelas necessidades identificadas

Unidade de registo	Indicador	Tema
"Depois disso, procuro acalmar os pais, explicar que a febre pode acontecer, que estamos a tratar naquele momento e que existem outras medidas complementares."	Sequenciação intencional das intervenções: apoio emocional → ensino	Redução da ansiedade como condição prévia ao ensino
"Ao tranquilizar os pais e explicar o que está a ser feito, eles ficam mais serenos e colaborantes."	Relação entre redução da ansiedade e receptividade parental à intervenção educativa	Redução da ansiedade como condição prévia ao ensino

Categoria 3 — Implementação das intervenções educativas e relacionais

Unidade de registo	Indicador	Tema
"Muitas vezes os pais têm dúvidas sobre como medir a temperatura, onde colocar o termómetro e como interpretar os valores."	Lacunas parentais na avaliação da temperatura como foco de intervenção educativa	Ensino sobre avaliação da temperatura e interpretação de valores
"Explico que o local onde a temperatura é medida influencia o valor obtido e que, por exemplo, a medição retal pode apresentar valores diferentes da axilar."	Ensino individualizado sobre técnica e interpretação de valores térmicos	Ensino sobre avaliação da temperatura e interpretação de valores
"Muitas vezes os pais já trazem medicação de casa, como o paracetamol, e explicamos se pode ser utilizado e ajustamos a dose."	Correcção e ajuste da terapêutica antipirética como intervenção de segurança	Ensino sobre terapêutica antipirética
"Outra intervenção é o arrefecimento corporal, quando indicado, mas sempre acompanhado de explicação."	Integração de medidas não farmacológicas com componente educativa explícita	Intervenções não farmacológicas
"Procuro demonstrar apoio, porque se os pais estiverem muito ansiosos, torna-se mais difícil trabalhar com eles."	Apoio emocional como componente integrante da intervenção especializada	Dimensão relacional da intervenção

Categoria 4 — Estratégias de capacitação e facilitação da tomada de decisão

Unidade de registo	Indicador	Tema
"Procuro proporcionar um ambiente calmo e mostrar-lhes que podem confiar nos	Criação de ambiente terapêutico como estratégia facilitadora da capacitação	Construção da relação de confiança

Unidade de registo	Indicador	Tema
profissionais."		
"Transmito que estamos ali para ajudar e para cuidar do filho deles."	Comunicação do compromisso de cuidado como base da parceria terapêutica	Construção da relação de confiança
"Mesmo quando os pais se mostram mais agressivos ou exaltados, mantemos uma postura profissional, sem mostrar constrangimento."	Gestão emocional do profissional como condição para a manutenção da relação terapêutica	Regulação emocional na relação terapêutica
"Trabalhamos sempre no binómio criança–pais, e isso ajuda a criar uma relação de confiança."	Cuidado centrado no binómio criança-família como princípio orientador da capacitação	Cuidado centrado na família
"O enfermeiro especialista tem um papel fundamental na identificação das dúvidas dos pais e na capacitação para a gestão da febre. A nossa diferenciação está muito ligada a esta capacidade de trabalhar com os pais, reduzir a ansiedade e transmitir segurança."	Reconhecimento da capacitação parental como elemento diferenciador da prática especializada	Papel diferenciador do EEESIP

Categoria 5 — Avaliação da capacitação parental e dos resultados das intervenções

Unidade de registo	Indicador	Tema
"Pela forma como falam connosco e pela linguagem que utilizam."	Avaliação da capacitação através da qualidade do discurso parental	Avaliação pela comunicação verbal
"Quando conseguem explicar o que é a febre, como avaliar a temperatura e identificar corretamente os sinais, isso demonstra compreensão."	Capacidade de verbalização como indicador de apropriação do conhecimento	Avaliação pela comunicação verbal
"Também observo se demonstram segurança perante os profissionais."	Confiança demonstrada na relação com profissionais como indicador de capacitação	Avaliação pela observação comportamental
"Muitas vezes peço aos pais para serem eles próprios a medir a temperatura ou a explicar o procedimento. Quando o fazem corretamente, percebo que os ensinos foram eficazes e que ficaram capacitados."	Demonstração prática como estratégia de avaliação da capacitação parental	Avaliação pela demonstração prática

Unidade de registo	Indicador	Tema
"A capacitação passa por demonstrar segurança e ajudar a alcançar resultados positivos durante o processo de doença."	Segurança parental e resultados positivos como critérios de eficácia da capacitação	Critérios de eficácia da capacitação

Fonte: elaboração própria com base na transcrição da entrevista a EEESIP1, de acordo com a metodologia de análise temática reflexiva de Braun & Clarke (2006, 2021).