Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Ana Catarina Miranda de Queirós

Atitudes e Práticas Parentais na Gestão da Febre: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

abril de 2026

Atitudes e Práticas Parentais na Gestão da Febre: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Ana Catarina Miranda de Queirós
UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Ana Catarina Miranda de Queirós

Atitudes e Práticas Parentais na Gestão da Febre: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Mestre Maria José Matos Rodrigues da 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-CompartilhaIgual
CC BY-NC-SA

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

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

Atitudes e Práticas Parentais na Gestão da Febre: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RESUMO

O presente relatório realizado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade do Minho, tem como propósito descrever o percurso de desenvolvimento de competências clínicas nos diversos contextos de estágio e de investigação, a partir de um estudo de caso, e de refletir criticamente o conjunto de competências desenvolvidas ao longo do referido estágio. A prática clínica decorreu nos serviços de urgência, internamento de pediatria e de neonatologia de um hospital do norte de Portugal.

No estágio foram desenvolvidos conhecimentos, habilidades e competências que permitiram prestar cuidados de enfermagem diferenciados baseados na evidência científica atual, numa abordagem holística e centrados na criança e família.

O estudo de caso foi orientado a partir da questão de investigação: "Quais são as intervenções desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na capacitação parental para a gestão da febre?". A recolha de dados foi realizada através de entrevistas a enfermeiras especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP). A análise dos dados foi efetuada segundo a técnica de análise de conteúdo proposta por Braun e Clarke (2019). Os resultados evidenciam que as intervenções desenvolvidas pelas EEESIP, no serviço de urgência (SU), de capacitação parental para a gestão da febre se limitam a ensinos que têm por base as necessidades identificadas pelas EEESIP e as dúvidas demonstradas pelos pais e que estão condicionados pela gestão de tempo das EEESIP, pela ansiedade dos pais e pelo estado de saúde da criança.

Em síntese, compreendi que ser EEESIP implica o desenvolvimento de uma prática profissional avançada, sustentada na evidência científica, envolve a prestação de cuidados diferenciados à criança, jovem e família em contextos de complexidade variável, mobilizando competências especializadas de avaliação, diagnóstico, tomada de decisão clínica e intervenção autónoma. A prática do EEESIP exige igualmente uma postura reflexiva e crítica, orientada para a evolução contínua de uma prática profissional de excelência e para a resposta adequada às necessidades de saúde da população pediátrica.

Palavras-chave: Capacitação Parental; Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Estudo Qualitativo; Febre; Serviço de Urgência Pediátrica.

Parental Attitudes and Practices in Fever Management: Pediatric Nurse Interventions

ABSTRACT

The present report, developed within the scope of the Professional Internship with Report of the Master's in Child and Paediatric Health Nursing at the University of Minho, aims to describe the development pathway of clinical competencies across different internship and research settings, based on a case study, and to critically reflect on the competencies developed throughout the internship. Clinical practice took place in the emergency department, paediatric inpatient unit, and neonatology unit of a hospital in northern Portugal.

During the internship, knowledge, skills, and competencies were developed that enabled the provision of differentiated nursing care based on current scientific evidence, using a holistic approach and centred on the child and family.

The case study was guided by the research question: "What interventions are developed by Specialist Nurses in Child and Paediatric Health Nursing in parental education for fever management?" Data collection was carried out through interviews with specialist nurses in child and paediatric health nursing (SCPHN). Data analysis followed the content analysis method proposed by Braun and Clarke (2019). The results show that interventions developed by SCPHN in the emergency department for parental education on fever management are mainly limited to teaching based on needs identified by the nurses and parental concerns, and are influenced by time constraints, parental anxiety, and the child's clinical condition.

In summary, I understood that being a SCPHN involves the development of advanced professional practice, grounded in scientific evidence, and the provision of specialised care to children, young people, and families in contexts of varying complexity, mobilising specialised competencies in assessment, diagnosis, clinical decision-making, and autonomous intervention. The practice of the SCPHN also requires a reflective and critical attitude, aimed at continuous professional development and an appropriate response to the healthcare needs of the paediatric population.

Keywords: Fever; Parental Education; Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing; Pediatric Emergency Department; Qualitative Study.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO ... 1
I. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA ... 3
1. Serviço de Urgência Pediátrica ... 4
2. Serviço de Neonatologia ... 8
3. Serviço de Internamento de Pediatria ... 12
II. CAPACITAÇÃO PARENTAL NA GESTÃO DA FEBRE INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO ... 17
1. Metodologia ... 18
1.1. Tipo de Estudo ... 18
1.2. Participantes ... 18
1.3. Instrumento de Colheita de Dados ... 19
1.4. Procedimentos ... 20
1.5. Análise de Dados ... 20
1.6. Considerações Éticas ... 21
1.7. Limitações do Estudo ... 22
2. Resultados ... 22
2.1. Avaliação Diagnóstica das Competências Parentais ... 23
2.2. Planeamento dos Cuidados de Enfermagem ... 24
2.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem ... 26
2.4. Avaliação dos Resultados de Enfermagem ... 27
3. Discussão ... 28
3.1. Avaliação Diagnóstica das Competências Parentais ... 29
3.2. Planeamento das Intervenções de Enfermagem ... 31
3.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem ... 32
3.4. Avaliação dos Resultados de Enfermagem ... 36
III. O CUIDADO ESPECIALIZADO ... 39
CONCLUSÃO ... 45
BIBLIOGRAFIA ... 48
APÊNDICES ... 53
APÊNDICE A-GUIÃO DA ENTREVISTA ... 54
APÊNDICE B- CONSENTIMENTO INFORMADO ... 55
APÊNDICE C- MATRIZ DE ANÁLISE TEMÁTICA DA ENTREVISTA E1 ... 56
APÊNDICE D- MATRIZ DE ANÁLISE TEMÁTICA DA ENTREVISTA E2 ... 60

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Mapa temático representativo dos dados 23
Quadro 2 - Avaliação diagnóstica das competências parentais 24
Quadro 3 - Planeamento dos cuidados de enfermagem 25
Quadro 4 - Implementação das intervenções de enfermagem 26
Quadro 5 - Avaliação dos resultados de enfermagem 28

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

E- Entrevistada

EEESIP- Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

OBS- Unidade de Observação

OE- Ordem dos Enfermeiros

P- Pergunta

RN- Recém-Nascido

SU- Serviço de Urgência

TIP- Transporte Inter-hospitalar Pediátrico

INTRODUÇÃO

O presente trabalho surge no âmbito do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O estágio foi realizado em três contextos distintos de prestação de cuidados diferenciados, nomeadamente nos serviços de Urgência de Pediatria, Neonatologia e Internamento de Pediatria e permitiu-me desenvolver uma visão abrangente e integrada da prática de enfermagem pediátrica, e adquirir competências clínicas avançadas de enfermagem de saúde de infantil e pediátrica em contexto de cuidados de saúde diferenciados. Tive oportunidade de integrar os conhecimentos necessários para sustentar os cuidados à criança em estado crítico e família, agir em situações de especial complexidade, cuidar a criança reconhecendo as situações de risco e o impacto da doença e hospitalização, e desenvolver uma prática de enfermagem especializada baseada na melhor evidência disponível.

A par da prestação de cuidados tive ainda a oportunidade de desenvolver um estudo de caso sobre a capacitação parental para a gestão da febre, em contexto de SU. Esta experiência veio complementar aquela aprendizagem pois possibilitou uma análise crítica das práticas de enfermagem, promovendo a articulação entre a evidência científica e a realidade clínica, e também contribuiu para o desenvolvimento de competências de investigação, pensamento crítico e tomada de decisão clínica.

Assim com base na relevância do tema exposto, foi desenvolvido um estudo de natureza qualitativa, estudo de caso, por permitir uma compreensão aprofundada das práticas dos profissionais no seu contexto real de atuação. Esta abordagem metodológica revelou-se adequada à exploração de fenómenos complexos, como a capacitação parental na gestão da febre, e possibilitou a análise detalhada das intervenções desenvolvidas pelos EEESIP.

A febre na criança constitui um dos principais motivos de procura dos serviços de urgência pediátrica, sendo frequentemente percecionada pelos pais como uma situação de risco elevado, o que origina níveis significativos de ansiedade e insegurança na sua gestão no domicílio. Apesar de, na maioria dos casos, a febre representar um mecanismo fisiológico de defesa do organismo, persistem diversas ideias erradas e lacunas de conhecimento que condicionam a atuação dos cuidadores e conduzem, frequentemente, ao recurso inadequado aos serviços de urgência (Pestana, 2023).

Num contexto de febre da criança os cuidados prestados por um EEESIP, enquanto profissional com competências diferenciadas na promoção da saúde, educação para a saúde e capacitação dos pais, poderão assumir particular relevância. A sua intervenção centrar-se-ia não apenas na gestão clínica da

febre da criança, mas também no desenvolvimento de competências parentais que permitisse uma resposta adequada às necessidades da criança em situação de doença aguda.

A capacitação parental é um processo contínuo de apoio e educação aos cuidadores, no qual o enfermeiro promove o desenvolvimento de conhecimentos, competências e confiança, permitindo que os pais assumam um papel ativo, autónomo e informado na prestação de cuidados à criança (Abreu et al., 2024). E está intimamente associada à literacia em saúde, uma vez que esta influencia a capacidade dos pais em compreender, avaliar e aplicar informação clínica na gestão da saúde dos seus filhos. Para Macedo et al. (2019) níveis reduzidos de literacia em saúde parental estão associados a uma maior utilização dos serviços de urgência pediátrica. Também Miranda et al. (2024) referem que a gestão da febre na infância está fortemente associada ao conhecimento e às crenças dos pais, influenciando as práticas adotadas no domicílio e a procura de cuidados de saúde.

Este relatório tem como objetivos analisar de forma crítica e reflexiva as experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio, identificando as aprendizagens significativas e áreas de desenvolvimento profissional, descrever e refletir criticamente sobre o processo de investigação desenvolvido, desde a definição do problema até à interpretação e discussão dos resultados e evidenciar o desenvolvimento de competências específicas de EEESIP, integrando a evidência científica na análise das situações clínicas experienciadas e a prática de investigação realizada.

Assim, este relatório encontra-se estruturado em três capítulos, organizados de forma a facilitar a compreensão do percurso formativo. No primeiro capítulo está plasmado o percurso de estágio realizado em cada um dos três contextos, evidenciando as aprendizagens e experiências práticas adquiridas. O segundo capítulo aborda o estudo de caso com foco na problemática que motivou a sua realização, ao que se segue a metodologia utilizada, a apresentação dos resultados obtidos, organizados de forma a dar resposta aos objetivos do estudo e por último a discussão dos resultados à luz da literatura existente. No terceiro capítulo é feita uma reflexão sobre o cuidado especializado desenvolvido ao longo do estágio.

I. ESTÁGIO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Neste capítulo é descrito o processo de desenvolvimento de competências para o exercício da enfermagem avançada na área da saúde infantil e pediátrica, que decorreu nos serviços de Urgência de Pediatria, Neonatologia e Internamento de Pediatria.

Os cuidados de enfermagem prestados durante o estágio tiveram em consideração os princípios éticos e deontológicos da profissão, consequentemente procurei garantir a proteção dos direitos da criança e da família, sem qualquer forma de discriminação ou julgamento e respeitar os sistemas de crenças, os valores e as preferências de cada família. Neste sentido foi considerada de forma cuidadosa as circunstâncias específicas e as necessidades particulares de cada contexto familiar, de forma a garantir um cuidado personalizado, ético e humanizado.

Por outro lado, a comunicação, essencial para a eficácia dos cuidados de enfermagem e para a resposta às necessidades da criança e da família, constituiu-se como uma competência fundamental no meu desempenho enquanto futura EEESIP. Assim nos diferentes contextos clínicos tive a oportunidade de desenvolver competências comunicacionais e de interação com as crianças e pais que contribuíram para a parceria de cuidados. No âmbito da relação com a família, adquiri maior consciência da importância de uma comunicação clara, concisa e adaptada ao contexto.

É competência do EEESIP "Implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem" (OE, 2018). Neste contexto o modelo de Parceria de Cuidados foi adotado por mim na prestação de cuidados durante o estágio, uma vez que reflete a colaboração com a família, assumindo o enfermeiro um papel de facilitador e educador, ao invés de assumir sozinho todas as responsabilidades do cuidado.

O Modelo de Parceria de Cuidados desenvolvido por Anne Casey (1988) constitui uma referência central na enfermagem pediátrica, orientando a prática clínica de forma a colocar a criança e a família no centro do cuidado. Segundo Casey, a criança deve ser considerada o foco principal da intervenção, enquanto a família, especialmente os pais, desempenha o papel de cuidadores primários, detendo conhecimento único sobre as necessidades, hábitos e valores da criança.

O papel do enfermeiro, neste modelo, é o de facilitador, educador e mediador, colaborando com a família em vez de assumir sozinho todas as responsabilidades do cuidado. Casey (1988) identifica cinco elementos essenciais que estruturam a prática de enfermagem pediátrica: criança, família, saúde, ambiente e enfermeiro, e destaca a importância de uma relação de parceria baseada na confiança, comunicação eficaz e tomada de decisões conjunta.

Este modelo guiou-me na forma como estabeleci a comunicação com os pais, planeei e executei intervenções, e promovi a participação ativa da família no processo de cuidado.

Procurei valorizar o conhecimento e a experiência dos pais, assegurando que as decisões e os cuidados fossem partilhados e ajustados às necessidades individuais da criança. A aplicação deste modelo permitiu que o cuidado prestado fosse não só técnico, mas também humano, empático e centrado na família, promovendo confiança, segurança e bem-estar.

Esta abordagem evidenciou-se particularmente importante em situações de maior complexidade, nas quais o envolvimento da família e a comunicação clara se revelaram fundamentais para a eficácia dos cuidados e para a adaptação da criança ao contexto hospitalar.

1. Serviço de Urgência Pediátrica

No contexto da urgência pediátrica, tive a oportunidade de prestar cuidados de enfermagem à criança e família em situação de doença aguda, contactando com diferentes níveis de complexidade clínica e exigência assistencial. A experiência desenvolveu-se em diversas áreas do serviço, nomeadamente a triagem, a sala de tratamentos de enfermagem e a sala de observação, que me permitiram compreender a dinâmica própria de um contexto caraterizado pela imprevisibilidade, rapidez de decisão e necessidade de priorização de cuidados.

Participei ativamente na realização de procedimentos técnicos, garantindo, em simultâneo, o suporte emocional e uma comunicação adaptada ao nível de desenvolvimento da criança e às necessidades dos pais. Acompanhei a evolução e monitorização clínica das crianças, colaborando na vigilância contínua, na reavaliação do estado geral e na articulação com a equipa multidisciplinar, o que vai de encontro às competências do EEESIP "mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória" (OE, 2018).

Também participei na realização de triagem, um momento essencial na avaliação clínica do estado de saúde da criança, com um olhar clínico capaz de identificar sinais e sintomas relevantes para uma correta priorização do doente. Na triagem é fundamental o enfermeiro fazer as perguntas certas quanto aos sintomas apresentados pela criança, aos pais e à própria criança, quando esta já se consegue expressar, para além disso é essencial ter em conta a observação física, como o fácies de dor ou o peito quando se trata de dificuldade respiratória, por exemplo.

Constatei que os pais continuam a recorrer frequentemente ao SU por dificuldades na gestão da febre em contexto domiciliário, evidenciando a necessidade de reforço das intervenções de capacitação

parental. Neste contexto, identifiquei diversos fatores subjacentes a este comportamento, nomeadamente o receio de complicações graves, a dificuldade em compreender a persistência da febre após a administração de antipiréticos, a expectativa de redução imediata da temperatura, dúvidas relativamente à alternância de antipiréticos e a perceção da febre como uma doença, e não como um sintoma. Acresce ainda a dificuldade no acesso atempado aos cuidados de saúde primários. Perante estas necessidades, tive a oportunidade de esclarecer dúvidas, explicar os sinais de alerta que justificam avaliação médica e orientar os pais quanto às estratégias adequadas de gestão da febre, incluindo a administração correta de antipiréticos, a promoção de hidratação adequada e a adoção de medidas de conforto térmico. A validação destas intervenções foi realizada através da avaliação da compreensão dos pais, recorrendo ao questionamento dirigido, nomeadamente solicitando que descrevessem como atuariam perante um novo episódio de febre, bem como pela observação do seu envolvimento e capacidade de formular questões pertinentes. Esta abordagem permitiu-me ajustar a comunicação às necessidades dos cuidadores, tendo em conta que a ansiedade parental pode comprometer a assimilação da informação transmitida.

Apesar da realização de ensinos aos pais sobre a gestão da febre no contexto da urgência pediátrica, torna-se pertinente uma reflexão crítica acerca da sua efetividade. Este contexto, frequentemente caraterizado por elevados níveis de ansiedade e preocupação parental, pode comprometer a comunicação e o envolvimento dos cuidadores no processo de cuidados, influenciando a forma como a informação é compreendida e aplicada (Curran et al., 2019; Meireles et al., 2024).

Adicionalmente, importa considerar que a educação para a saúde não se esgota num momento pontual de contacto, particularmente em situações agudas. A sua eficácia depende da repetição, reforço e adaptação contínua da informação às necessidades e níveis de literacia dos cuidadores (Nevill et al., 2024).

Para além dos ensinos sobre a febre, pude ensinar os pais para o uso correto da câmara expansora e dos inaladores, bem como para a realização adequada de lavagens nasais.

Esta intervenção é fundamental para garantir a eficácia terapêutica da medicação inalatória, promovendo a correta técnica de administração, a adesão ao regime terapêutico e a prevenção de exacerbações respiratórias.

A aparente maior eficácia dos ensinos relativos à utilização de dispositivos, como as câmaras expansoras, pode ser explicada pelas diferenças no tipo de aprendizagem envolvido. A evidência demonstra que intervenções educativas baseadas em demonstração prática, treino supervisionado e

feedback ativo promovem maior aquisição e retenção de competências quando comparadas com abordagens exclusivamente verbais (Volerman et al., 2023; Trela et al., 2022).

Adicionalmente, a gestão da febre encontra-se frequentemente associada a elevados níveis de ansiedade parental e a perceções de risco, o que pode comprometer o processamento da informação. Por contraste, o ensino da utilização da câmara expansora tende a promover uma maior perceção de controlo por parte dos cuidadores, favorecendo a sua adesão e eficácia.

Importa ainda considerar que os métodos pedagógicos utilizados diferem entre ambos os contextos, sendo os ensinos práticos frequentemente acompanhados de demonstração e validação de competências, ao contrário do que sucede, muitas vezes, nos ensinos sobre febre.

Assim, envolvi os pais de forma ativa no processo de aprendizagem da utilização da câmara expansora e dos inaladores, recorrendo à demonstração prática da técnica e, posteriormente, solicitando que estes executassem o procedimento, corrigi os erros que verifiquei na execução da técnica, esclareci as dúvidas que me foram colocadas e reforcei a importância da continuidade destes cuidados no domicílio. Relativamente às lavagens nasais, destaquei a sua relevância na permeabilização das vias aéreas, na melhoria do conforto respiratório da criança e na prevenção de complicações. A realização destes ensinos é uma competência dos EEESIP "proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença" (OE, 2018).

Nos procedimentos potencialmente dolorosos ou geradores de medo, procedi à explicação prévia, clara e transparente à criança e aos pais sobre o que iria acontecer, evitando omissões ou informações incorretas, e ajustando a linguagem ao nível de desenvolvimento da criança, com o suporte parental. Isto porque, no contexto da urgência pediátrica, a dor constitui uma experiência frequente, particularmente em procedimentos invasivos como a colheita de sangue e a colheita de urina por algaliação. Ao longo do estágio, foi possível constatar que a dor não se limita ao sofrimento físico, assumindo também uma dimensão emocional, ao desencadear ansiedade, medo e angústia na criança e na família, condicionando a cooperação e a experiência global de cuidados.

É competência do EEESIP "fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas" (OE, 2018), a sua atuação revela-se fundamental para o controlo da dor, recorrendo a estratégias farmacológicas e não farmacológicas. As medidas que utilizei no controlo da dor, e utilizadas neste local de estágio, foram a técnica de distração com recurso ao uso de telemóvel, o reforço positivo antes, durante e no final dos procedimentos e o suporte emocional dos pais. Em bebés mais pequenos foi utilizada a sacarose. O relaxamento e as técnicas de autocontrolo (como a

inspiração profunda) foram usadas nos adolescentes. Foi possível observar que estas estratégias permitem reduzir o sofrimento, favorecer a confiança da criança e da família na equipa de enfermagem, promovendo uma experiência positiva mesmo em situações clínicas potencialmente dolorosas.

Eccleston et al. (2021) salientam que experiências dolorosas na infância podem influenciar a resposta a episódios subsequentes de dor, aumentando a ansiedade e a sensibilidade a procedimentos futuros quando a dor não é adequadamente controlada. Os autores destacam ainda que intervenções não farmacológicas, incluindo estratégias de distração, conforto físico, técnicas comportamentais e o envolvimento dos pais, são fundamentais para reduzir o sofrimento e melhorar a experiência da criança nos cuidados de saúde.

Neste campo de estágio, verifiquei a ocorrência de vários episódios de tentativa de suicídio em adolescentes, maioritariamente por ingestão medicamentosa, nomeadamente benzodiazepinas, uma realidade que não esperava encontrar com tanta frequência. Estudos recentes evidenciam um aumento das taxas de suicídio e comportamentos suicidários na adolescência ao longo das últimas décadas (Ormiston et al., 2024).

Esta vivência revelou-se impactante, evidenciando a vulnerabilidade desta faixa etária e a complexidade das situações que chegam diariamente ao SU. A repetição destes casos permitiu-me reconhecer que o SU assume um papel central não apenas na resposta clínica imediata à intoxicação, mas também como ponto de contacto inicial para a identificação de sofrimento psicológico significativo. Esta experiência reforçou a importância de uma abordagem holística e sensível por parte dos profissionais de saúde, valorizando não só a estabilização clínica, mas também a escuta ativa, o acolhimento do adolescente e da família e o encaminhamento adequado para apoio especializado em saúde mental. Esta realidade contribuiu para uma maior consciencialização da minha parte para a necessidade de desenvolver competências relacionais e de vigilância emocional, fundamentais na prestação de cuidados seguros e humanizados em contexto de pediatria junto do adolescente, que muitas vezes apresenta dificuldade em verbalizar o sofrimento emocional subjacente ao comportamento auto-lesivo, da qual faz parte a unidade de competência do EEESIP "promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde" (OE, 2018).

Em síntese, a experiência na urgência pediátrica exigiu de mim uma constante gestão do tempo e priorização de cuidados, no entanto reconheço que este processo nem sempre é isento de dificuldades. A simultaneidade de situações clínicas e a imprevisibilidade do serviço podem levar a uma focalização nas situações mais urgentes, em detrimento de intervenções igualmente importantes, como o apoio

emocional ou a educação para a saúde. Esta reflexão permitiu-me compreender a importância de desenvolver estratégias que permitam equilibrar a resposta às necessidades imediatas com a prestação de cuidados mais abrangentes.

Ao longo da minha prática, procurei adequar a comunicação à idade e estágio de desenvolvimento da criança, no entanto reconheço que nem sempre consegui garantir uma comunicação plenamente eficaz, sobretudo em situações de maior pressão assistencial. A necessidade de rapidez pode levar a uma comunicação mais dirigida aos pais, reduzindo o envolvimento da criança no processo de cuidados. Esta constatação levou-me a refletir sobre a importância de incluir a criança como participante ativa, respeitando a sua capacidade de compreensão, de forma a promover uma experiência mais positiva e centrada na criança.

2. Serviço de Neonatologia

É competência do EEESIP "promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais" (OE, 2018), a qual se integra no contexto clínico de Neonatologia pois o EEESIP tem um papel relevante no cuidado ao RN em situação de especial complexidade e no apoio aos pais que experienciam a transição para a parentalidade de uma forma muito particular.

Para além da vinculação, o método canguru apresenta eficácia significativa também na melhoria dos resultados clínicos de RN de baixo peso e prematuros, contribuindo para melhores desfechos no ganho ponderal, estabilidade fisiológica e redução de complicações neonatais (Zhu et al., 2023). Este método carateriza-se pelo contato pele a pele precoce e contínuo entre o RN e os pais, constitui assim uma intervenção eficaz para a promoção da saúde neonatal. A OMS (WHO, 2023) destaca a redução da mortalidade neonatal, a melhoria da regulação térmica e da estabilidade fisiológica, o aumento das taxas de aleitamento materno, a diminuição da dor e do stress, bem como o fortalecimento do vínculo afetivo e do envolvimento parental, de entre os seus principais benefícios, o que contribui ainda para a redução do tempo de internamento hospitalar.

Relativamente ao método canguru, tive a oportunidade de informar os pais sobre os seus benefícios e incentivá-los para a sua realização, embora reconheça os seus benefícios amplamente descritos na literatura, identifiquei que a sua aplicação pode ser condicionada por fatores clínicos, como o estado clínico do RN. Esta realidade evidencia que, apesar de ser uma intervenção recomendada, a sua implementação nem sempre é consistente, o que pode limitar os seus potenciais benefícios.

Os RN prematuros apresentam frequentemente imaturidade no desenvolvimento da alimentação oral, com padrões de deglutição e coordenação sucção–deglutição–respiração menos eficientes, o que pode aumentar o risco de aspiração durante a alimentação (Hübl et al., 2024). Perante estas dificuldades, as mães frequentemente sentem-se inseguras para amamentar, no entanto, o seu envolvimento é fundamental, cabendo ao EEESIP o apoio e suporte nesta tarefa. Com este propósito, tive a oportunidade de explicar às mães as vantagens do aleitamento materno e encorajá-las a amamentar, como é prática no serviço onde estagiei.

No que diz respeito ao apoio à amamentação, apesar de esta ser incentivada, reconheço que as dificuldades associadas à prematuridade e à imaturidade do RN exigem um acompanhamento contínuo e especializado. Em alguns casos, a ansiedade e insegurança materna, associadas às dificuldades na alimentação do RN, podem comprometer a adesão ao aleitamento materno.

Durante o estágio pude observa que a permanência dos RN no serviço de neonatologia representa um desafio emocional significativo para os pais, uma vez que a separação precoce, o ambiente desconhecido e a presença constante de equipamentos e monitorização geram sentimentos de ansiedade, medo e insegurança. Muitos pais manifestam receio em prestar cuidados aos seus filhos, sobretudo devido à fragilidade do RN e ao medo de magoar, o que pode dificultar o estabelecimento da vinculação inicial e a sua participação ativa nos cuidados. O EEESIP assume um papel central também no acompanhamento dos pais, intervindo como um elo entre a equipa de saúde, o RN e a família. Para além da prestação de cuidados técnicos, tem a responsabilidade de acolher os pais, reconhecer as suas emoções e oferecer suporte emocional perante o impacto da hospitalização do RN.

Incentivei a participação ativa dos pais nos cuidados ao RN, como a higiene e a mudança da fralda, por meio do ensino, da demonstração prática e da supervisão contínua, ajudando os pais a desenvolver competências e segurança, diminuindo o medo de tocar ou cuidar do seu filho, que está frequentemente associado à fragilidade do RN e à presença de dispositivos e monitorização. Importa preparar os pais para o cuidar de forma autónoma e confiante, desconstruindo o medo e ansiedade que possa existir.

Na neonatologia é incentivada a permanência dos pais pelo período que consideram adequado, bem como a sua integração gradual nos cuidados ao RN, através de um processo de negociação e respeito pelas suas preferências e limites. Percebi que, à medida que os pais desenvolvem maior confiança e competência na prestação de cuidados, existe um aumento gradual da partilha de responsabilidades com o enfermeiro. Deste modo, os cuidados ao RN deixam de ser exclusivamente da responsabilidade

do EEESIP e passam a ser realizados em parceria com os pais, favorecendo o exercício da parentalidade e a sua capacitação.

Pude observar que o ambiente da neonatologia se pauta por muitos estímulos sensoriais, nomeadamente a presença de luz, alarmes e sons provenientes de equipamentos de médicos, e procedimentos clínicos invasivos constantes. Para além disso, a necessidade de monitorização contínua implica frequentemente iluminação artificial. Para Liang et al. (2025) este ambiente pode ultrapassar os valores recomendados para o desenvolvimento saudável do RN e pode contribuir para aumento do stress e interferência no sono e estabilidade fisiológica, sobretudo em RN prematuros, dada a sua imaturidade neurossensorial. O EEESIP deve assumir o papel central na vigilância, adaptação e promoção de um ambiente calmo e seguro para o RN prematuro. Devido à necessidade de realização de procedimentos constantes e à dinâmica do serviço que frequentemente interferem com períodos de descanso e autorregulação do RN, em alguns momentos, observei que a organização dos cuidados nem sempre respeitava plenamente os ritmos do RN, o que me levou a refletir sobre a dificuldade de conciliar as exigências clínicas com a promoção do desenvolvimento neurossensorial.

O controlo da dor no RN em contexto de neonatologia é também essencial. A evidência atual demonstra que a exposição repetida à dor não tratada pode ter consequências negativas no desenvolvimento neurológico, comportamental e fisiológico. Assim, a implementação de estratégias eficazes de controlo da dor é fundamental na prática clínica neonatal, sendo as intervenções não farmacológicas amplamente reconhecidas como seguras e eficazes na redução da resposta dolorosa durante procedimentos (Queirós et al., 2023). As medidas não farmacológicas que eu pude utilizar no controlo da dor e que são utilizadas no serviço onde estagiei, foram a contenção manual e a contenção com lençol (swaddling) porque promovem a sensação de segurança, a sucção não nutritiva (chupeta), que ajuda a reduzir o desconforto e a administração de sacarose antes de procedimentos invasivos, pois tem efeito analgésico leve a moderado. Estas intervenções foram realizadas em associação com a gestão do ambiente, calmo com o mínimo ruído e luz, para ajudar na autorregulação do RN.

Durante o meu estágio pude observar o que está plasmado na literatura sobre a idealização da criança e a sua perda simbólica.

No contexto da neonatologia, muitos pais experienciam uma discrepância significativa entre o bebé idealizado durante a gravidez e o RN real. Esta diferença pode desencadear uma resposta emocional complexa nos pais de RN internados em unidades de cuidados intensivos neonatais, frequentemente descrita como luto ambíguo. Estes pais experienciam esta situação como uma perda simbólica, apesar da sobrevivência da criança. Este fenómeno pode gerar sofrimento psicológico significativo, incluindo

ansiedade, tristeza e dificuldade na vinculação inicial, sendo particularmente relevante em contextos de internamento neonatal, onde a separação precoce e a incerteza clínica são frequentes (Boss, 2006; Joseph & Highton, 2025). Neste contexto, procurei adotar intervenções centradas na família, com o objetivo de apoiar os pais na gestão daquela discrepância. Nesse sentido, valorizei a escuta ativa e a validação emocional, permitindo que os pais expressassem sentimentos de frustração, medo ou tristeza sem julgamento, reconhecendo o impacto do processo de luto simbólico. Paralelamente, incentivei o envolvimento precoce dos pais nos cuidados ao RN, promovendo o contacto pele a pele (método canguru) e a participação em cuidados básicos, como forma de facilitar o processo de vinculação e a construção da parentalidade real. Procurei fornecer informação clara, consistente e ajustada ao nível de compreensão dos pais relativamente ao estado clínico do RN, contribuindo para a redução da incerteza e da ansiedade associadas à hospitalização em contexto de neonatologia. Por fim, em situações concretas de prematuridade, nas quais os pais demonstravam dificuldade em interagir com o RN, nomeadamente evitando o toque, promovi gradualmente a aproximação ao bebé, explicando os benefícios do contacto e acompanhando os primeiros momentos de interação, de forma a reforçar a confiança parental e favorecer a vinculação.

Em síntese, a experiência com os pais de RN internados permitiu-me reconhecer a complexidade emocional associada à hospitalização neonatal. Apesar da importância atribuída ao suporte emocional, considero que este pode ser condicionado pela disponibilidade dos profissionais e pela dinâmica do serviço, nem sempre permitindo uma resposta tão aprofundada quanto seria desejável. Esta reflexão reforçou a necessidade de desenvolver competências relacionais e de comunicação, bem como de promover uma abordagem mais sistemática ao apoio emocional dos pais.

Ao longo da minha experiência, reconheci que o contexto de neonatologia é fortemente marcado pela componente tecnológica, essencial para a monitorização e sobrevivência do RN. No entanto, esta centralidade da tecnologia pode, por vezes, sobrepor-se à dimensão relacional do cuidado. Em alguns momentos, senti que a atenção se centrava predominantemente nos parâmetros clínicos e nos dispositivos, podendo reduzir o foco na interação com o RN e com os pais. Esta reflexão levou-me a questionar o equilíbrio entre a componente técnica e a humanização dos cuidados, reconhecendo a necessidade de integrar ambas de forma mais consistente.

3. Serviço de Internamento de Pediatria

A hospitalização pediátrica constitui uma experiência potencialmente stressante para a criança e para a sua família, podendo gerar alterações emocionais significativas, ansiedade e dificuldades de adaptação ao ambiente hospitalar. Este processo implica frequentemente uma rutura na rotina familiar, reforçando a importância de intervenções de enfermagem centradas na criança e na família, de forma a minimizar o impacto negativo da hospitalização e promover cuidados humanizados (Maciel et al., 2022).

O EEESIP desempenha um papel central na mitigação dos efeitos negativos da hospitalização, atuando de forma diferenciada junto da criança e da família, contribuindo para a humanização dos cuidados.

Ao longo do estágio, pude planear intervenções individualizadas, promover uma comunicação adequada ao nível de desenvolvimento da criança, prestar apoio emocional à família, facilitando a expressão de sentimentos, promovendo a compreensão da situação clínica e apoiando a tomada de decisões informadas, e pude manter o vínculo pais-criança, incentivando a participação dos pais nos cuidados.

No serviço onde decorreu o estágio, as medidas não farmacológicas utilizadas, e por mim adotadas, incluíram a informação prévia à criança e aos pais sobre os procedimentos, a distração, o suporte emocional com a presença de uma pessoa significativa para promoção do conforto, a sucção não nutritiva (chupeta) e a otimização do ambiente envolvente através da redução de ruído e da luminosidade. Esta gestão da dor é uma das competências do EEESIP "garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor" e "aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor" (OE, 2018).

É ainda competência do EEESIP "promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade" (OE, 2018). A doença crónica da criança, constitui um desafio significativo para a dinâmica familiar, exigindo um processo contínuo de adaptação por parte dos pais e cuidadores. Este processo envolve a reorganização das rotinas familiares, a redefinição de papéis parentais e o desenvolvimento progressivo de competências para a gestão das necessidades de saúde da criança. Paralelamente, os pais enfrentam frequentemente níveis elevados de stress emocional, ansiedade e preocupação constante relacionados com a evolução da condição clínica e com as exigências do cuidado diário. Neste contexto, torna-se fundamental o desenvolvimento de estratégias de coping que permitam à família ajustar-se às novas exigências impostas pela doença e manter o equilíbrio familiar ao longo do tempo (Pop-Jordanova, 2023).

Ao longo do estágio tive a oportunidade de acompanhar três crianças com o diagnóstico de diabetes inaugural e as suas famílias. Durante o internamento é primordial a realização imediata de ensinos à família e criança (dependendo da idade) com o objetivo de capacitar a criança/ pais para a gestão da doença de forma autónoma no domicílio, desta forma a preparação para a alta começa desde que a criança dá entrada no internamento. No momento da alta a criança passa a ser integrada na consulta de diabetes, sendo fornecido o contacto do pediatra e da enfermeira da consulta da diabetes, e é feita a referenciação da criança para o centro de saúde para a continuidade de cuidados. Assim sendo o EEESIP desempenha um papel central neste processo, assumindo funções de suporte emocional e de capacitação para a saúde da criança e da família, promove a autogestão da doença e fomenta uma relação de parceria baseada na colaboração contínua e na tomada de decisões partilhada.

A fase de diagnóstico da diabetes em idade pediátrica constitui um momento de transição crítica para a criança e para o seu sistema familiar, sendo frequentemente acompanhada por sentimentos intensos de choque, medo, incerteza e vulnerabilidade. Estas reações emocionais são consideradas respostas normativas a um evento potencialmente ameaçador e disruptivo, particularmente quando implicam a necessidade imediata de aquisição de competências complexas de autocuidado e a integração de uma condição crónica na vida quotidiana (de Wit et al., 2022). A motivação da família para aprender e a sua participação ativa no processo educativo assumem um papel determinante. A educação terapêutica estruturada deve ser adaptada ao nível de desenvolvimento da criança e ao contexto psicossocial da família, promovendo não apenas a aquisição de conhecimentos técnicos, mas também a construção de autoeficácia e confiança. A abordagem centrada na família, recomendada nas orientações internacionais, reconhece que o envolvimento parental consistente, emocionalmente disponível e progressivamente ajustado à idade da criança está associado a melhores indicadores de adaptação psicológica e controlo metabólico (de Wit et al., 2022).

Durante o meu período de estágio, prestei ainda cuidados de enfermagem a várias crianças submetidas a intervenções cirúrgicas, incluindo otorrinolaringologia, ortopedia e cirurgia geral. Importa enfatizar a importância do acolhimento da criança e da família no momento da admissão ao internamento, bem como da preparação pré-operatória, tendo em conta o medo e a ansiedade associados ao desconhecido. Neste contexto, uma das estratégias por mim utilizadas consistiu em explicar todos os procedimentos à criança e aos pais, garantindo a compreensão do que estava a ocorrer e prestando suporte emocional, através do esclarecimento das dúvidas que iam surgindo. O período pré-operatório em cirurgia pediátrica é frequentemente associado a elevados níveis de medo e ansiedade na criança, bem como nos seus cuidadores, sendo a hospitalização e a intervenção

cirúrgicas experiências potencialmente geradoras de stress emocional. Neste contexto, o enfermeiro assume um papel fundamental na preparação da criança e da família, através de informação ajustada ao nível de desenvolvimento, estratégias de redução da ansiedade e apoio emocional, contribuindo para uma melhor adaptação ao procedimento cirúrgico (Santos et al., 2024).

No período pós-operatório, tive a oportunidade de fazer a vigilância contínua da criança, assegurando a monitorização sistemática do seu estado clínico, nomeadamente através da avaliação dos sinais vitais, do nível de consciência, da dor e da identificação precoce de possíveis complicações, como hemorragia, infeção ou alterações respiratórias. Para Saganski et al. (2022) o período pós-operatório em crianças representa um momento de elevada vulnerabilidade clínica, no qual a atuação de enfermagem é determinante para a recuperação física, a monitorização rigorosa e a prevenção de complicações, assumindo também um papel relevante no apoio global à criança e à família. Paralelamente, capacitei os pais e a criança através da realização de ensinos adequados ao nível de desenvolvimento e às necessidades individuais, promovendo a compreensão dos cuidados a ter, dos sinais de alerta e do regime terapêutico. Desta forma, procurei favorecer a continuidade de cuidados no domicílio, a adesão às orientações terapêuticas e o aumento da autonomia e confiança da família na gestão do processo de recuperação. Saganski et al. (2022) referem que a educação em saúde desempenha um papel fundamental no período pós-operatório pediátrico, sendo uma das responsabilidades centrais do EEESIP. Ensinar tanto a criança quanto a família sobre os cuidados pós-operatórios contribui para reduzir complicações, promover a recuperação e aumentar a segurança do doente.

No internamento de pediatria onde desenvolvi o meu estágio havia uma sala de brincar especialmente destinada às crianças. Este local proporcionava-lhes um espaço seguro e acolhedor fora do ambiente clínico. Sempre que possível, as crianças eram incentivadas a deslocar-se para esta sala, permitindo-lhes romper a rotina hospitalar, reduzir o stress e aliviar a ansiedade associada à hospitalização. A utilização de intervenções lúdicas em contexto hospitalar contribui para a redução da ansiedade e para a melhoria do bem-estar emocional da criança, promovendo uma melhor adaptação à hospitalização (Godino-láñez et al., 2020). Paralelamente, a disponibilização de espaços estruturados para brincar, como as salas de brincar, constitui um recurso relevante na promoção da expressão emocional, da criatividade e da manutenção de uma sensação de normalidade durante o internamento (Hockenberry & Wilson, 2019).

No decorrer do meu estágio foi possível cuidar de um elevado número de crianças com patologia respiratória internadas, sobretudo por bronquiolite e pneumonia, cujos sintomas se manifestam

frequentemente através de congestão nasal, tosse persistente, sibilos e dificuldade respiratória. Estes quadros clínicos exigem intervenções de enfermagem direcionadas tanto ao alívio imediato dos sintomas quanto à prevenção de complicações futuras, sendo que a educação em saúde foi um componente central do cuidado pediátrico.

Neste contexto, realizei ensinos dirigidos à família, com foco na lavagem nasal, um procedimento fundamental para a desobstrução das vias respiratórias superiores e a manutenção da higiene nasal, e foram realizados ensinos relativos à utilização de câmaras expansoras e inaladores, sendo que estes são essenciais para a administração eficaz da medicação inalatória, e para isso é determinante que a técnica seja corretamente aplicada para garantir a absorção adequada do fármaco. Para os pais perceberem mais facilmente foi feita demonstração prática e posteriormente supervisão, de modo a orientar para as dificuldades sentidas, promovendo a compreensão, a adesão terapêutica e o desenvolvimento de competências de autocuidado, adaptadas ao nível de compreensão dos cuidadores. Os ensinos que tive oportunidade de realizar vão de encontro às competências do EEESIP "proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença" (OE, 2018).

Foram também reconhecidas as situações de maior complexidade, permitindo-me o desenvolvimento de competências específicas na prestação de cuidados de enfermagem em contextos caraterizados por instabilidade das funções vitais. Destaco particularmente a experiência vivenciada numa situação de instabilidade clínica envolvendo uma criança de nove meses, que necessitou de ser transferida para uma Unidade de Cuidados Intensivos por Transporte Inter-hospitalar Pediátrico (TIP). Esta situação representou um momento de elevada exigência técnica, emocional e organizacional, permitindo-me contactar de forma direta com a complexidade inerente ao cuidado à criança em estado crítico.

A participação neste processo possibilitou-me compreender a importância da atuação rápida, estruturada e articulada da equipa de saúde, bem como a necessidade de monitorização contínua, estabilização clínica eficaz e preparação rigorosa para o transporte seguro da criança. A experiência evidenciou a relevância da comunicação clara e objetiva entre profissionais, assim como do apoio prestado aos pais num momento marcado por ansiedade, medo e incerteza. Assim, esta vivência constituiu um marco significativo no meu percurso de formação, contribuindo para o desenvolvimento de competências na identificação precoce de sinais de agravamento clínico, na priorização de intervenções e na gestão do stress em situações de elevada complexidade.

Em síntese, esta experiência permitiu-me compreender que o desenvolvimento de competências do EEESIP é um processo dinâmico e progressivo, que se vai consolidando através da prática e da exposição a diferentes realidades clínicas. O contacto com situações de maior complexidade contribuiu para o reforço do meu saber profissional, evidenciando simultaneamente a importância da aprendizagem contínua e do aperfeiçoamento da comunicação e do raciocínio clínico. Neste sentido, a minha experiência prévia em contexto de pediatria revelou-se uma mais-valia, uma vez que facilitou a minha adaptação a este estágio, permitindo-me integrar com maior segurança a dinâmica do serviço e mobilizar de forma mais consistente os conhecimentos adquiridos anteriormente na prática de cuidados à criança e à família.

II. CAPACITAÇÃO PARENTAL NA GESTÃO DA FEBRE INFANTIL: UM ESTUDO DE CASO

A febre é frequentemente motivo de procura de cuidados em serviços de urgência pediátrica, sendo muitas vezes percecionada pelos pais como uma situação alarmante, mesmo quando se trata de um sintoma benigno e autolimitado. Esta perceção, associada à ansiedade parental e à incerteza na avaliação da gravidade, pode conduzir à utilização desnecessária dos serviços de saúde (Franklin et al., 2024).

A capacitação parental na gestão da febre implica a escuta ativa dos cuidadores, a avaliação individualizada da situação e a transmissão de orientações claras e adaptadas ao contexto, promovendo uma relação de confiança que, segundo enfermeiros em diferentes contextos clínicos, facilita a compreensão da informação e o apoio à tomada de decisão parental (Westin et al., 2024).

Os pais apresentam frequentemente dificuldades na tomada de decisão e na gestão do cuidado domiciliário da criança doente, manifestando incerteza quanto à interpretação da gravidade da situação e à necessidade de procurar cuidados de saúde, o que reforça a importância de intervenções de apoio e educação parental estruturadas (Ralph et al., 2022).

Os EEESIP desempenham um papel fundamental na promoção de competências parentais, apoiando os pais na execução das tarefas parentais e contribuindo para uma tomada de decisão mais segura e informada. No entanto, existe escassa investigação que descreva de forma sistemática quais as intervenções utilizadas pelos EEESIP para capacitar os pais na gestão da febre infantil em contexto de urgência, bem como os métodos utilizados para identificar necessidades, planear, implementar e avaliar estas intervenções.

Neste sentido e dando seguimento a uma scoping review realizada no semestre anterior intitulada "Febre nas Crianças: perceções, atitudes e práticas parentais", decidi perceber quais as intervenções do EEESIP, no SU de capacitação parental para a gestão da febre.

Com base na problemática apresentada, a questão de investigação que orienta este estudo foi: "Quais são as intervenções desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na capacitação parental para a gestão da febre?".

O objetivo geral consiste em descrever as intervenções desenvolvidas pelos EEESIP na capacitação dos pais para a gestão da febre em crianças, em contexto de urgência pediátrica.

Foram definidos os seguintes objetivos específicos:

1. Descrever como os EEESIP identificam as competências parentais para gerir a febre da criança;

2. Identificar como os EEESIP planeiam as intervenções de capacitação parental para a gestão da febre;
3. Identificar de que forma os EEESIP implementam intervenções de capacitação parental para a gestão da febre infantil;
4. Identificar como os EEESIP avaliam os resultados das intervenções desenvolvidas.

1. Metodologia

1.1. Tipo de Estudo

A opção por uma metodologia qualitativa fundamenta-se pela adequação ao fenómeno em estudo, que consiste na necessidade de compreender, em profundidade, as intervenções desenvolvidas pelos EEESIP, no serviço de urgência, na capacitação parental para a gestão da febre, valorizando o relato das experiências destes profissionais.

Optei por um estudo de caso porque permite a exploração aprofundada de uma unidade específica e delimitada, seja um indivíduo, família, grupo, organização ou situação clínica, com o propósito de compreender a complexidade do fenómeno no seu contexto natural (Streubert & Carpenter, 2011).

1.2. Participantes

A seleção dos participantes foi realizada através de amostragem intencional, considerando a relevância da experiência profissional para o fenómeno em estudo, para que possam fornecer dados ricos e significativos, sendo particularmente adequada quando se pretende compreender em profundidade práticas e perceções em contexto clínico (Gill, 2020).

Os critérios de inclusão definidos foram ser EEESIP, exercer funções numa urgência pediátrica há mais de 5 anos e ter prestado cuidados a crianças com febre.

Neste estudo participaram duas EEESIP que trabalham há 6 anos no serviço de urgência de pediatria num hospital do norte de Portugal.

A participante E1 é enfermeira há 33 anos, trabalha em pediatria há 26 anos e exerce funções de EEESIP há 17 anos.

A participante E2 exerce funções há 33 anos, trabalha em pediatria há 32 anos e é EEESIP há 18 anos.

1.3. Instrumento de Colheita de Dados

De acordo com Streubert e Carpenter (2011), a entrevista constitui uma das principais técnicas de recolha de dados na investigação qualitativa, assumindo-se como um processo interativo e relacional que visa compreender a experiência vivida pelos participantes. Mais do que um simples instrumento de obtenção de informação, a entrevista é entendida como um encontro dialógico que possibilita a exploração de significados, perceções e interpretações construídas pelos sujeitos no seu contexto específico, que é o que se pretende neste estudo.

No âmbito deste estudo o instrumento de recolha de dados utilizado foi a entrevista semiestruturada porque não percorre uma organização pré-estabelecida na enunciação das questões, deixando maior liberdade para colocar as questões na situação mais adequada, conforme as explicações do entrevistado.

O objetivo da entrevista era conhecer em profundidade o fenómeno em estudo, as intervenções desenvolvidas pelos EEESIP na capacitação dos pais para a gestão da febre, em contexto de urgência pediátrica. Assim, procedi à elaboração de um guião de entrevista (Apêndice A) para dar resposta aos objetivos definidos para esta investigação.

Foi realizada uma entrevista de pré-teste para verificar se o mesmo era compreensível para o público-alvo e se produzia dados relevantes e consistentes. Esta entrevista permitiu-me identificar perguntas que induziam respostas, que continham pressupostos implícitos e que foram formuladas de forma tendenciosa, pelo que foi necessário reformular o guião da entrevista de forma a contribui para reduzir enviesamentos e aumentar a validade dos dados. Para além disto, percebi que a enfermeira entrevistada no pré-teste ficou retraída com o uso do guião escrito pelo que decidi pela sua não utilização nas duas entrevistas realizadas posteriormente. Esta etapa revelou-se fundamental no aperfeiçoamento do guião da entrevista por permitir identificar dificuldades ao nível da clareza, organização e adequação das questões aos objetivos do estudo, reforçando assim o rigor metodológico e a credibilidade da investigação

A enfermeira que participou na entrevista pré-teste apresentou caraterísticas semelhantes às das participantes selecionadas para o estudo, cuja informação não foi incluída no corpus da análise.

Posteriormente foram realizadas duas entrevistas finais. A duração das entrevistas foi, em média, de 30 minutos, permitindo a recolha de dados suficientes e relevantes para responder aos objetivos da investigação. Todas as entrevistas finais foram realizadas num serviço de urgência pediátrica, após o turno de trabalho das enfermeiras, num gabinete, assegurando condições de privacidade, tranquilidade e ausência de interrupções, por forma a garantir a qualidade da recolha de dados.

1.4. Procedimentos

Depois de selecionadas as participantes foi realizado o contacto para marcação da data e local para a realização da entrevista.

No início de cada uma das entrevistas foi explicado o objetivo do estudo, a confidencialidade dos dados recolhidos e assinado o termo de consentimento informado (Apêndice B). Foi também neste momento solicitada autorização para a utilização de gravador durante as entrevistas, de forma a garantir a fiabilidade dos dados obtidos, tendo sido obtido o consentimento das entrevistadas. As entrevistas foram gravadas e depois transcritas através da aplicação Transkriptor.

1.5. Análise de Dados

Foi usada a análise temática proposta por Braun e Clarke (2019) para a análise da informação recolhida (Apêndices C e D).

A análise temática é um método de análise qualitativa de dados para identificar, analisar, interpretar e relatar padrões (temas) a partir de dados qualitativos. Este método é constituído por seis fases.

Fase 1 "Familiarização com os dados": após a realização das entrevistas, procedi à sua transcrição integral. De seguida, cada transcrição foi lida de forma ativa e repetida, com o objetivo de mergulhar nos dados e alcançar uma compreensão profunda do seu conteúdo e a identificação de possíveis padrões que se vão moldando à medida que a leitura se desenvolve. Durante este processo, foram registadas notas preliminares e as primeiras impressões interpretativas.

Fase 2 "Geração de códigos iniciais": após a familiarização, iniciei o processo de codificação sistemática de todo o corpus de dados. Os excertos de texto com relevância semântica para os objetivos da investigação foram identificados e associados a códigos descritivos, que sintetizam o significado de cada segmento. A codificação foi realizada de forma exaustiva, garantindo que todo o

material potencialmente relevante foi considerado. Foi feita codificação manual com anotações nos textos sob análise, usando canetas coloridas para indicar padrões em potencial.

Fase 3 "Procura de temas": Concluída a codificação, os códigos foram organizados e agrupados em função das suas semelhanças e relações de significado, dando origem a temas candidatos. Este processo envolveu a construção de um mapa temático inicial, no qual os diferentes códigos foram classificados em temas e subtemas potenciais. Nesta fase, o foco centrou-se nos padrões de significado mais amplos que atravessam os dados, e não em cada excerto individualmente.

Fase 4 "Revisão dos temas": os temas candidatos foram sujeitos a um processo de revisão e refinamento, em duas etapas: primeiro, verifiquei a coerência interna de cada tema (se os excertos agrupados formavam um conjunto coeso e distinto); segundo, avaliei se os temas, no seu conjunto, refletiam fielmente o conteúdo do corpus. Alguns temas foram fundidos ou eliminados ao longo deste processo. O mapa temático foi revisto até atingir um nível satisfatório de estabilidade e representatividade dos dados.

Fase 5 "Definição e nomeação dos temas": após a estabilização do mapa temático, cada tema foi definido e nomeado com precisão. Como parte do refinamento, foram identificados subtemas dentro dos temas. Subtemas são, essencialmente, temas dentro de um tema, que são úteis para estruturar um tema maior e mais complexo, bem como para demonstrar a hierarquia de significados dentro dos dados.

Fase 6 "Produção do relatório": a fase final consiste na escrita analítica dos resultados, integrando a narrativa interpretativa com excertos ilustrativos das entrevistas. Os excertos foram selecionados para fundamentar cada tema, e não apenas para descrever o que os participantes disseram.

1.6. Considerações Éticas

As participantes que aceitaram colaborar assinaram o consentimento informado, tendo sido assegurados os princípios de voluntariedade, anonimato e confidencialidade. O anonimato foi garantido através da atribuição de códigos alfanuméricos (E1 e E2), em que a sigla 'E' corresponde a 'entrevistada' e o número identifica cada participante. Para a identificação das perguntas, foi utilizada a sigla 'P', correspondente a 'pergunta', sendo cada uma numerada sequencialmente.

1.7. Limitações do Estudo

Embora o presente estudo forneça dados relevantes sobre as intervenções desenvolvidas pelos EEESIP na capacitação parental para a gestão da febre, algumas limitações devem ser consideradas:

1. Subjetividade das respostas: as informações recolhidas dependem da perceção e relato dos participantes, podendo existir viés de memória e tendência a responder de forma socialmente desejável;
2. Contexto específico de urgência pediátrica: o estudo foi realizado em contexto de urgência, onde o tempo de permanência das crianças e pais é limitado e caraterizado pela situação de doença aguda. Neste contexto, as práticas de capacitação parental poderão não ser aquelas que melhor ilustram as intervenções dos EEESIP;
3. Inexperiência do investigador: esta foi a primeira experiência da investigadora na realização de um processo de investigação com recurso a uma metodologia qualitativa. Esta falta de experiência revelou-se nas dificuldades sentidas ao longo do processo.

2. Resultados

Depois de analisados os dados através do método de analise temática de Braun e Clarke (2019), emergiram 4 temas conforme apresento no Quadro 1- Mapa temático representativo dos dados. Cada tema foi definido e nomeado com a precisão necessária para a compreensão do fenómeno em estudo. Depois do processo de refinamento, foram identificados subtemas dentro dos temas, que se demonstraram úteis para estruturar cada tema maior e mais complexo e que facilita a compreensão dos significados atribuídos ao corpus de analise.

Assim, este capítulo será subdividido de acordo com os temas que emergiram e que, no conjunto, dão resposta à pergunta de investigação: "Quais são as intervenções desenvolvidas pelos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na capacitação parental para a gestão da febre?".

Quadro 1- Mapa temático representativo dos dados

Temas	Subtemas
Avaliação diagnóstica das competências parentais	• Análise de registos clínicos • Avaliação das práticas parentais • Experiência anterior como fator diferenciador
Planeamento dos cuidados de enfermagem	• Planeamento centrado na criança • Planeamento centrado nos pais • Planeamentos dos ensinos
Implementação das intervenções de enfermagem	• Intervenções em simultâneo • Implementação dos ensinos
Avaliação dos resultados de enfermagem	• Avaliação clínica da criança • Avaliação dos ensinos

2.1. Avaliação Diagnóstica das Competências Parentais

Da análise dos dados obtidos compreendo que as EEESIP fazem a análise de registos clínicos, através da consulta dos registos realizados pelo enfermeiro da triagem e da consulta da informação clínica do pediatra, através da leitura do diário clínico do pediatra após observação da criança, como recurso à avaliação diagnóstica de enfermagem. Para esta avaliação diagnóstica, as enfermeiras avaliam ainda as práticas parentais no domicílio, através do questionamento aos pais sobre o episódio de febre e do modo como estes gerem a febre no domicílio. Desta breve avaliação inicial as enfermeiras identificam o motivo de ida à urgência questionando sobre a altura em que a criança iniciou a febre, se tem outros sintomas associados e o que os pais fizeram em casa quando a criança apresentava febre. Esta avaliação inicial permite às enfermeiras fazer o diagnóstico da necessidade de ensinos. Outra avaliação das práticas parentais e que sustenta este diagnóstico, é feita através da observação do comportamento dos pais, que muitas vezes estão constantemente a avaliar a temperatura corporal da criança após a administração do antipirético.

A experiência anterior como fator diferenciador refere- se aos pais de primeira viagem, que segundo as participantes, a inexperiência parental leva a maior necessidade de ensinos. Segundo as EEESIP, os pais têm maior dificuldade na gestão da febre quando se trata do primeiro filho. Esta dificuldade parece relacionada com o facto deles não terem termo de comparação anterior sobre como atuar numa situação de febre. Relacionadas com estas dificuldades, as participantes reconhecem ainda o medo e a pressão familiar para a procura dos serviços de saúde em situações de febre e que marcam a experiencia anterior como fator diferenciador para a avaliação diagnostica das EEESIP.

Assim, no âmbito deste estudo compreendi que as enfermeiras realizam a avaliação diagnóstica das competências parentais a partir da análise dos registos clínicos, avaliam as práticas parentais e reconhecem a experiência anterior como fator diferenciador, conforme representado no Quadro 2.

Quadro 2- Avaliação diagnóstica das competências parentais

Subtemas	Códigos	Excertos
Análise de registos clínicos	Consulta do registo de triagem (E1P1)	*"Primeiro, pelo que está descrito no episódio de urgência, tenho o hábito de ler no SClínico o episódio de urgência"* (E1P1)
	Consulta da informação clínica do pediatra (E1P1)	*"Leio também o diário clínico escrito pelo pediatra"* (E1P1)
Avaliação das práticas parentais	Questionamento aos pais sobre o episódio de febre (E1P1), (E2P1)	*"Pergunto aos pais quando é que a criança iniciou febre (...) e o valor da temperatura que tinha antes de vir à urgência"* (E1P1); *"Questiono também sobre o motivo de vinda à urgência para perceber quando a criança iniciou febre e se tem outros sintomas associados"* (E2P1)
	Questionamento aos pais sobre como gerem a febre no domicílio (E2P1)	*"Quando os pais chegam ao serviço de urgência avalio rapidamente se demonstram conhecimentos suficientes para gerir a febre no domicílio, procurando saber o que fazem em casa quando a criança apresenta febre (...)"* (E2P1)
	Monitorização excessiva da temperatura (E1P1)	*"Verifico que há uma obsessão dos pais em estarem sempre a avaliar a temperatura (tipo de 10/10minutos) mesmo depois de ter sido dada medicação"* (E1P1)
Experiência anterior como fator diferenciador	Inexperiência parental leva a maior necessidade de ensinos (E1P1); (E1P2)	*"Quando é o primeiro filho os pais têm maior dificuldade em gerir a febre e eles próprios colocam questões sobre como devem atuar em caso de febre"* (E1P1); *"A maior dificuldade evidenciada pelos pais do primeiro filho na gestão da febre pode ser explicada (...) Estes pais têm maior necessidade de ensinos"* (E1P2)
	Medo da febre (E1P2)	*"(...) têm medo das consequências da febre (...)"* (E1P2)
	Pressão familiar (E1P2)	*"(...) também há maior pressão da família para procurar ajuda"* (E1P2)

2.2. Planeamento dos Cuidados de Enfermagem

Analisando os dados foi possível perceber que as enfermeiras fazem o planeamento dos cuidados de enfermagem tendo em conta o planeamento centrado na criança, ou seja, a prioridade inicial é a criança e a avaliação da sua condição de saúde. Assim elas intervém na monitorização da temperatura corporal, na administração do antipirético, na promoção do conforto e em todos os outros cuidados inerentes à situação clínica da criança. Posteriormente de acordo com o estado emocional dos pais, quando a criança apresenta febre apenas são explicados os procedimentos realizados à criança.

Quando a temperatura da criança começa a baixar é equacionado o planeamento dos ensinos aos pais por parte das enfermeiras. Neste contexto percebemos assim, que o planeamento dos cuidados de enfermagem são orientados, de forma diferente, para a criança e para os pais.

Por último, da análise ao corpus de informação compreendi que os ensinos são planeados tendo em conta a disponibilidade das enfermeiras para a realização dos mesmos, as dúvidas demonstradas pelos pais e o estado clínico da criança, sendo que se a criança não apresentar condições clínicas os ensinos não são realizados.

Do discurso das enfermeiras é percetível que os ensinos são planeados tendo em conta o fator tempo que têm no SU, pois podem não ter tempo para a realização dos mesmos dependendo da afluência ao SU. As dúvidas dos pais são sempre tidas em conta no planeamento dos ensinos, e o estado clínico da criança é um fator primordial sendo que se a criança não apresentar condições clínicas os ensinos não são realizados.

Resumidamente, o segundo tema que emergiu da análise dos dados diz respeito à forma como as enfermeiras planeiam os cuidados de enfermagem (Quadro 3).

Quadro 3- Planeamento dos cuidados de enfermagem

Subtemas	Códigos	Excertos
Planeamento centrado na criança	Cuidados adaptados às necessidades da criança (E1P3); (E2P2)	*"Planeio as minhas intervenções de acordo com as necessidades da criança"* (E1P3); *"Planeio sempre de forma individualizada, considerando a idade da criança, gravidade da situação (...)"* (E2P2)
	Prioridade das intervenções com base nas necessidades da criança (E1P3); (E1P4); (E2P2)	*"faço o planeamento de acordo (...) o estado de saúde da criança"* (E1P3); *"Numa criança com febre elevada associada a sinais de gravidade, por exemplo letargia marcada, dificuldade respiratória, sinais de desidratação, a prioridade não são os ensinos mas a estabilidade clínica da criança"* (E1P4); *"sendo a prioridade a monitorização da temperatura corporal, a administração do antipirético e a promoção do conforto"* (E2P2)
Planeamento centrado nos pais	Estado emocional dos pais (E2P2)	"*Planeio (...) e o nível de ansiedade dos pais (...)"* (E2P2)
Planeamento centrado nos ensinos	Disponibilidade de tempo do enfermeiro para os ensinos (E1P3)	*"No que diz respeito aos ensinos sobre a febre faço o planeamento de acordo com o tempo disponível para os mesmos"* (E1P3)
	Dúvidas dos pais (E1P3)	*"faço o planeamento de acordo (...) dúvidas demonstradas pelos pais"* (E1P3)
	Estado clínico (E1P4); (E2P2)	*"Os ensinos devem ser ajustados ao estado clínico da criança e ao contexto específico da situação*" (E1P4); "*À medida que a temperatura diminui e a criança apresenta sinais de melhoria aproveito esta fase para orientar e ensinar os pais uma vez que se encontram mais recetivos à aprendizagem"* (E2P2)

As enfermeiras planeiam os cuidados tendo em conta as necessidades das crianças e dos pais, e posteriormente têm em conta o planeamento dos ensinos, na sequência da avaliação diagnóstica das competências parentais.

2.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem

Da análise dos dados obtidos compreendi que as enfermeiras implementam os cuidados executando várias intervenções ao mesmo tempo, emergindo como principal foco dessas intervenções os ensinos (Quadro 4).

Quadro 4- Implementação das intervenções de enfermagem

Subtemas	Códigos	Excertos
Intervenções em simultâneo	Realização simultânea de várias intervenções (E1P5); (E2P3)	*"A primeira intervenção passa por monitorizar a temperatura e administrar antipirético enquanto vou fazendo colheita de dados (...), realizo logo no primeiro contacto com os pais os ensinos"* (E1P5); *"As intervenções são realizadas em simultâneo, durante a fase de subida térmica, monitorizo a temperatura e administro o antipirético (...)"* (E2P3)
Implementação dos ensinos	Comunicação clara e baseada em evidência (E1P5); (E2P3)	"*Adequo a linguagem dos ensinos à compreensão dos pais e ao nível de literacia*" (E1P5); "*Considero importante, fornecer aos pais informação simples, direta e baseada em evidência"* (E2P3)
	Ensinos realizados sobre gestão da febre (E1P5); (E2P3)	*"abordo a gestão do regime terapêutico, nomeadamente o valor de referência para a febre e a partir do qual se deve administrar antipirético, dosagem, alternância de antipiréticos (...)"* (E1P5); "*abordando o que é considerado febre e os sinais de alerta, quando e como administrar antipirético (...)*" (E2P3)
	Ansiedade parental (E1P5); (E2P3)	"*Se deteto a necessidade de ensinos sobre a febre e a criança vai ter alta em breve (...) realizo logo no primeiro contacto com os pais os ensinos pois estes já não estão ansiosos"* (E1P5); *"se a criança ficar em OBS ou permanecer mais tempo na urgência deixo os pais ficarem calmos e quando for reavaliar a temperatura faço os ensinos"* (E1P5); "*À medida que a criança apresenta sinais de melhoria, os pais tornam-se mais recetivos, a ansiedade desaparece e os ensinos podem ser feitos"* (E2P3)
	Recurso a vídeos educativos online de profissionais da saúde (E1P5)	*"Os pais recorrem cada vez mais às redes sociais para procurar informações (...) Eu tenho feito isso como complemento aos ensinos na urgência e os pais têm dado um feedback positivo"* (E1P5)

Pela análise dos dados as intervenções são realizadas em simultâneo desde a monitorização da temperatura, a administração do antipirético, a promoção do conforto, a colheita de dados e a realização dos ensinos.

Na realização dos ensinos as enfermeiras referem a necessidade de utilizar uma linguagem simples e adequada à literacia dos pais, baseada em conhecimentos com evidência científica, de forma a dotar os pais de conhecimentos adequados e sólidos.

As enfermeiras referem que podem ter a necessidade de realizar ensinos sobre a gestão da febre e dão vários exemplos de ensinos realizados aos pais- fisiopatologia da febre, sinais de alarme, a importância da hidratação e do conforto, dosagem e alternância de antipiréticos, tempo após a administração do antipirético para avaliar a temperatura, técnicas de arrefecimento corporal. Estes ensinos são sempre realizados tendo em conta a avaliação diagnóstica das necessidades dos pais.

A ansiedade parental condiciona a realização dos ensinos. Quando é identificada pelas enfermeiras os ensinos não são realizados, o que demonstra a perceção por parte destas que em momentos de ansiedade os ensinos não são interiorizados e que é necessário esperar pelo momento mais adequado ao estado emocional dos pais. Pela análise do corpus de informação as enfermeiras têm a perceção que quando a criança está com febre os pais não assimilam os ensinos devido ao seu estado de ansiedade, esperando que a temperatura baixe. Também é referido que os ensinos podem ser feitos no primeiro contacto com os pais, quando a situação clínica da criança não inspira cuidados e os pais estão tranquilos, por outro lado os ensinos são realizados posteriormente, quando a criança fica em OBS ou permanece mais tempo no SU e os pais se encontram ansiosos.

As enfermeiras referem que fazem ensinos com recurso a vídeos educativos online de profissionais da saúde pois há cada vez mais procura de informação online pelos pais, segundo estas é pertinente que os EEESIP se adaptem a esta realidade e vão de encontro ao que os pais procuram, mostrando e aconselhando vídeos online fidedignos e baseados em evidência cientifica realizados por profissionais de saúde qualificados.

2.4. Avaliação dos Resultados de Enfermagem

Da análise dos dados obtidos compreendi que as enfermeiras avaliam os resultados das suas intervenções pela avaliação clínica da criança e pela avaliação dos ensinos (Quadro 5).

Quadro 5- Avaliação dos resultados de enfermagem

Subtemas	Códigos	Excerto
Avaliação clínica da criança	Observação de alterações no estado clínico (E2P4)	"*Para avaliar os resultados das minhas intervenções tenho em conta a evolução clínica da criança (...)"* (E2P4)
Avaliação dos ensinos	Limitação temporal para avaliação (E1P6); (E2P4)	*"O tempo de permanência dos pais na urgência é reduzido sendo que não é possível avaliar a eficácia dos ensinos realizados"* (E1P6); *"Para avaliar os resultados dos ensinos aos pais é mais difícil pelo curto período de tempo em que eles permanecem na urgência"* (E2P4)
	Colocação de questões aos enfermeiros e demonstração de interesse nos ensinos (E1P6); (E2P4)	"*pelo envolvimento dos pais nos ensinos, se colocam questões e se demonstram interesse..."* (E1P6); "*se eles vão colocando questões à medida que vou explicando (...)"* (E1P6); *"Se os pais fazem perguntas concretas e objetivas (...)"* (E1P6); "*se eles vão colocando questões e demonstrando interesse durante os ensinos (...)"* (E2P4)
	Observação da expressão facial (E2P4)	*"À medida que vou fazendo os ensinos tento perceber pela expressão facial dos pais se estão a perceber o que digo"* (E2P4)
	Questionamento aos pais (E2P4)	"*costumo fazer perguntas para confirmar se os pais compreenderam as orientações- "pode dizer-me o que vai fazer se a febre voltar?" (...)"* (E2P4)

Pela análise dos dados a avaliação de resultados de enfermagem é feita através da avaliação clínica da criança, nomeadamente da observação de alterações no estado clínico como a diminuição da temperatura corporal, a melhoria do estado geral e o aumento do conforto da criança.

As enfermeiras referem não conseguir avaliar os ensinos realizados devido ao pouco tempo de permanência no SU dos pais, não havendo oportunidade para efetivamente perceberem se os pais perceberam o que lhes foi transmitido. Todavia as enfermeiras têm em atenção se durante os ensinos os pais vão colocando questões e observam as suas expressões faciais.

Outra forma das enfermeiras perceberem se os pais compreenderam o que lhes foi dito é através do questionamento, pois à medida que as enfermeiras vão colocando perguntas conseguem ter um feedback imediato através das respostas dos pais.

3. Discussão

A análise dos dados obtidos pelas entrevistas realizadas às EEESIP a exercer funções num serviço de urgência pediátrica de um hospital público do norte de Portugal possibilitou identificar os cuidados que as enfermeiras prestam às crianças e pais que recorrem ao SU numa situação clínica acompanhada de

febre. Emergiram quatro temas que traduzem a prática clínica destas profissionais perante a criança com febre. Estes temas irão estruturar a discussão que se segue, procurando-se analisar os achados a partir da evidência científica disponível.

3.1. Avaliação Diagnóstica das Competências Parentais

Os resultados evidenciam que a avaliação diagnóstica das competências parentais constitui uma etapa fundamental na intervenção das EEESIP permitindo adequar os ensinos às necessidades específicas de cada família. Esta avaliação revela-se multifacetada, integrando a análise de registos clínicos, a avaliação das práticas parentais e a experiência anterior como fator diferenciador.

A análise dos registos clínicos, nomeadamente da triagem e da informação médica, constitui um momento relevante na avaliação diagnóstica das competências parentais, das EEESIP para aceder a informação prévia sobre a situação clínica da criança e ao contexto do episódio de urgência. Contudo, não foram identificados estudos na literatura que abordem de forma específica esta prática no âmbito da avaliação diagnóstica das competências parentais.

A prática de avaliar as necessidades de aprendizagem dos pais antes de iniciar os ensinos, através do questionamento sobre as práticas parentais, como exemplificado pelas EEESIP ao perguntar sobre o que os pais fazem em casa quando a criança tem febre, a dose de antipirético administrada, o conhecimento de sinais de alerta e a frequência de recurso à urgência, é consistente com as recomendações da literatura para a educação em saúde baseada nas necessidades reais do educando. Tavan et al. (2022), num estudo quasi-experimental sobre educação baseada em simulação para pais de crianças com febre, evidenciam a importância de adaptar a intervenção educativa ao contexto clínico e às caraterísticas dos pais. Os autores demonstram que a educação em saúde foi estruturada de forma a considerar o nível de conhecimento e as práticas parentais, reforçando que a eficácia do ensino depende da sua adequação às necessidades dos cuidadores. Este processo contribui para uma melhor compreensão e gestão da febre em contexto domiciliário.

A observação do comportamento parental no SU, nomeadamente a monitorização excessiva da temperatura após a administração do antipirético, constitui uma forma de avaliação clínica em contexto real, de grande relevância diagnóstica. A monitorização excessiva da temperatura, identificada nos resultados, reflete uma preocupação exacerbada com o valor numérico da febre, estando associada a crenças erradas sobre os seus potenciais riscos. Este comportamento tem sido descrito na literatura como uma manifestação de ansiedade parental e de dificuldades na compreensão da febre enquanto

mecanismo fisiológico, enquadrando-se no conceito de fobia da febre, amplamente documentado na literatura (Crocetti et al., 2001; Merlo et al., 2023).

No que se refere à experiência anterior como fator diferenciador para Rodríguez e Martín (2019), num estudo qualitativo realizado com pais de crianças entre os 0 e os 12 anos que recorreram ao SU por febre, verificaram que a aprendizagem autónoma assente na experiência prévia aumentava a perceção de controlo dos pais perante um episódio febril. Em contraste, os pais de primeira viagem sentiam-se em desvantagem relativamente aos pais com experiência anterior, reconhecendo a sua inexperiência na gestão da febre do filho. Os autores concluem que a experiência prévia constitui um fator determinante na abordagem parental à febre, sublinhando a necessidade de intervenções educativas dirigidas especificamente a pais inexperientes.

Sæther et al. (2023), numa scoping review sobre as experiências de pais de primeira viagem, identificaram a autoeficácia parental como um preditor determinante do funcionamento parental na transição para a parentalidade, sendo que a falta de conhecimento e experiência nos cuidados à criança está associada a níveis mais baixos de confiança parental. Os autores destacam que o suporte profissional, nomeadamente o apoio informativo e relacional dos profissionais de saúde, é um fator facilitador do desenvolvimento da confiança e competência parentais. É de notar, contudo, que a evidência não é completamente linear neste ponto. Çelik e Güzel (2024) verificaram que, à medida que aumenta o número de filhos ou a duração da parentalidade, os pais apresentam maior probabilidade de iniciar antipiréticos antes de 38 °C e de os utilizar alternadamente, sendo o uso inadequado mais prevalente entre pais mais experientes, o que sugere que a experiência parental não garante práticas adequadas e pode mesmo, em alguns casos, consolidar práticas inadequadas aprendidas em episódios anteriores. Esta nuance reforça a importância de uma avaliação individualizada por parte do EEESIP, que não assuma automaticamente competência parental com base no número de filhos.

Em síntese, os resultados demonstram que a avaliação diagnóstica das competências parentais realizada pelas EEESIP é abrangente e constitui a base para a implementação de intervenções educativas eficazes. Contudo, a complexidade desta avaliação em contexto de urgência reforça a necessidade de continuidade do acompanhamento em outros níveis de cuidados, nomeadamente nos cuidados de saúde primários.

Apesar da experiência parental estar associada a maior perceção de controlo e autoeficácia, a evidência demonstra que não se traduz, necessariamente, em práticas adequadas. Pelo contrário, pode contribuir para a consolidação de comportamentos incorretos, como o uso precoce ou alternado de antipiréticos, evidenciando que o conhecimento adquirido empiricamente nem sempre é

cientificamente sustentado. Por outro lado, pais inexperientes tendem a apresentar menor confiança, mas maior recetividade à educação para a saúde. Estes achados sugerem que a experiência parental, frequentemente valorizada como indicador de competência, deve ser interpretada com cautela. Assim, torna-se essencial uma avaliação individualizada, que desafie pressupostos implícitos dos profissionais e sustente intervenções educativas dirigidas, contínuas e baseadas na evidência.

3.2. Planeamento das Intervenções de Enfermagem

Os resultados deste estudo revelam que o planeamento dos ensinos pelas EEESIP é um processo estruturado que tem em conta a disponibilidade de tempo do enfermeiro para os ensinos, as dúvidas dos pais e o estado clínico da criança.

As enfermeiras entrevistadas identificam a disponibilidade de tempo do enfermeiro como condicionantes do planeamento dos ensinos. O estudo qualitativo de Phonpruk et al. (2018) com enfermeiros de uma urgência pediátrica refere que as barreiras à prestação eficaz de informação de alta incluíam a inexperiência da equipa e as políticas de tempo.

O planeamento dos ensinos em função das dúvidas expressas pelos pais evidencia uma prática orientada pelas necessidades de informação reais de cada família. Thompson et al. (2020), numa revisão sistemática sobre as experiências e necessidades de informação dos pais na gestão da febre pediátrica, concluem que os pais procuram ativamente informação sobre a febre, apresentando sobretudo dúvidas de natureza prática, como o momento e a dosagem da administração de antipiréticos e os sinais de alerta que devem motivar a procura de cuidados de saúde.

Os resultados deste estudo evidenciam que as EEESIP ajustam o planeamento dos ensinos ao estado clínico da criança, reconhecendo que a condição clínica ativa, nomeadamente a presença de febre elevada, mal-estar, irritabilidade ou outros sinais de agravamento, condiciona tanto a capacidade de atenção dos pais como a pertinência e a segurança do momento para a realização dos ensinos. Esta tomada de decisão clínica encontra suporte direto na literatura. Alsabri et al. (2025), numa revisão sobre a gestão da febre em contexto de emergência pediátrica, sublinham que a avaliação da criança com febre deve ser contínua e abrangente, integrando não apenas a temperatura corporal, mas também o estado geral e os sinais clínicos associados. Neste sentido, a priorização da estabilização clínica e do conforto da criança constitui um elemento central na abordagem em contexto de urgência, podendo influenciar o momento mais adequado para intervenções educativas dirigidas aos cuidadores. Os dados sugerem que a realização de ensinos pode não ser adequada nesta fase do processo clínico.

No estudo de Tavan et al. (2022), a intervenção educativa foi iniciada no segundo dia de internamento, após a avaliação da condição da criança, o estabelecimento do diagnóstico e a garantia de conforto para a criança e os pais, evidenciando a importância de adequar o momento da educação ao contexto clínico. Este achado encontra-se em concordância com o critério de estabilização clínica da criança identificado pelas EEESIP neste estudo como condição prévia aos ensinos.

Em síntese, o planeamento dos ensinos pelas EEESIP evidencia-se como um processo estruturado, porém fortemente condicionado por fatores contextuais, como a limitação de tempo, o estado clínico da criança e as necessidades expressas pelos pais. Embora se observe uma prática orientada para a individualização, nomeadamente através da valorização das dúvidas parentais e da adequação ao momento clínico, este planeamento ocorre num contexto marcado por constrangimentos organizacionais que podem comprometer a consistência e profundidade das intervenções educativas.

3.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem

Os resultados evidenciam que os ensinos realizados pelas EEESIP tem por base uma comunicação clara e baseada em evidência, podendo haver o aconselhamento de vídeos educativos online de profissionais de saúde para os pais consultarem, são condicionados pela ansiedade dos pais e são abordados vários temas sobre a febre de acordo com as necessidades apresentadas pelos pais.

As EEESIP relatam a necessidade de uma comunicação clara e baseada em evidência científica. As recomendações clínicas atuais, nomeadamente as orientações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2022), indicam que os profissionais de saúde constituem a principal fonte de informação dos pais relativamente à gestão da febre em idade pediátrica. Estas orientações reforçam que o aconselhamento deve centrar-se na avaliação do estado geral da criança, na identificação de sinais de gravidade, na manutenção da hidratação e na utilização adequada de antipiréticos, sublinhando que o objetivo do tratamento é o alívio do desconforto e não a normalização da temperatura corporal. Neste contexto, é igualmente destacado que uma abordagem educativa centrada nestes princípios contribui para a redução da fobia da febre e para uma gestão mais adequada da febre em contexto domiciliário.

Thompson et al. (2020) salientam ainda que a informação disponibilizada deve ser clara, acessível e ajustada às necessidades dos pais, de forma a apoiar a tomada de decisão na gestão da febre em contexto domiciliário.

As EEESIP têm em conta o nível de literacia dos pais na realização dos ensinos, para Macedo et al. (2019) a ida precoce ao SU em situações de baixa gravidade, evidencia a relação entre a literacia em saúde e a utilização dos serviços de saúde, assim níveis reduzidos de literacia em saúde parental estão associados a dificuldades na compreensão e gestão da informação de saúde, influenciando a tomada de decisão e podendo contribuir para uma maior utilização dos serviços de urgência pediátrica, mesmo em situações que poderiam ser geridas no domicílio. Gibson et al. (2022), num estudo sobre formação em literacia em saúde dirigido a profissionais de cuidados de saúde, demonstraram que intervenções educativas interativas melhoram o conhecimento, os comportamentos e a confiança dos profissionais na utilização de estratégias de literacia em saúde. Os autores destacam a importância da formação dos profissionais na aplicação de estratégias de comunicação clara, de forma a promover uma transmissão de informação mais acessível e adequada às necessidades dos utentes.

Os conteúdos dos ensinos identificados neste estudo, nomeadamente sobre a fisiopatologia da febre, quando e como administrar antipiréticos, quanto tempo após a administração do antipirético se deve medir a temperatura, sinais de alarme e a importância da hidratação e do conforto, correspondem às áreas que a evidência internacional identifica como prioritárias para a capacitação parental. As orientações do National Institute for Health and Care Excellence (NICE, 2022) estabelecem que a gestão e educação parental na febre pediátrica devem assentar na avaliação do estado geral da criança, em vez de se basearem exclusivamente no valor da temperatura corporal. Estas recomendações sublinham a importância de capacitar os cuidadores para a identificação de sinais de alarme e para o reconhecimento de situações que exigem recurso aos cuidados de saúde. Adicionalmente, reforçam que o uso de antipiréticos deve ter como principal objetivo o alívio do desconforto da criança e não a normalização da temperatura, sendo igualmente essencial promover medidas de suporte como a manutenção da hidratação e do conforto, de forma a garantir uma abordagem mais segura e eficaz.

Möhler et al. (2022) demonstram que a confiança parental na gestão da febre está associada a uma menor utilização de antipiréticos e de serviços de urgência. Os autores evidenciam que níveis mais elevados de confiança, obtidos através de informação clara e baseada na evidência, influenciam positivamente as práticas parentais, reduzindo intervenções desnecessárias e promovendo uma gestão mais adequada da febre em contexto domiciliário. Pelo que fica demonstrada a pertinência de uma linguagem clara e baseada na evidência utilizada pelas EEESIP.

Um dos achados mais relevantes deste estudo é a identificação da ansiedade parental como indicador negativo para a realização dos ensinos, sendo que as enfermeiras adiam os ensinos quando os pais se

encontram ansiosos, aguardando a diminuição da temperatura corporal e a melhoria do estado de saúde da criança, que consequentemente levam à redução da ansiedade.

Esta decisão clínica tem amplo suporte na evidência científica. Yesil e Butun (2025) num estudo realizado numa urgência pediátrica que avaliou os níveis de ansiedade-estado dos pais, concluem que a ansiedade parental é influenciada pelo ambiente dos serviços de saúde e pela natureza da doença da criança, e que os profissionais de saúde devem reconhecer estas dinâmicas e implementar estratégias que não só atendam às necessidades médicas da criança, mas que apoiem igualmente o bem-estar emocional dos pais. Acrescentam ainda que a comunicação eficaz entre profissionais e pais é fundamental para aumentar a satisfação e reduzir a ansiedade parental no contexto da urgência.

Martin et al. (2023), num estudo realizado numa urgência pediátrica norte-americana, verificaram que mais de 40% dos pais apresentavam níveis clinicamente significativos de ansiedade. Estes resultados evidenciam que a ansiedade parental é uma realidade prevalente no contexto da urgência pediátrica, com implicações diretas na capacidade dos pais de receber e processar informação, reforçando a importância de os profissionais de saúde reconhecerem e atenderem ao estado emocional dos pais durante a prestação de cuidados.

Assim sendo as EEESIP deste estudo como já foi referido privilegiam o momento da descida térmica para a realização dos ensinos, reconhecendo que a febre elevada e o mal-estar associado comprometem tanto o bem-estar da criança como a capacidade de atenção e processamento de informação por parte dos pais. Thompson et al. (2020) evidenciam que a febre é frequentemente associada a níveis elevados de ansiedade parental, fenómeno descrito como fobia da febre. Os autores destacam que esta resposta emocional, aliada a lacunas de conhecimento, pode influenciar negativamente a perceção da gravidade clínica e a capacidade dos pais para compreender e integrar informação fornecida pelos profissionais de saúde. Neste contexto, reforça-se a importância de adequar a comunicação educativa às necessidades emocionais e cognitivas dos pais, sobretudo em situações de maior stress associado ao estado clínico da criança.

Yesil e Butun (2025), num estudo sobre as necessidades dos pais na urgência pediátrica, destacam que a comunicação eficaz e o fornecimento de informação clara e atempada são fatores essenciais para a experiência dos pais durante a permanência no serviço, estando associados a menores níveis de ansiedade e maior satisfação com os cuidados prestados. Os autores evidenciam que a ansiedade parental pode influenciar a forma como a informação é recebida e compreendida, o que reforça a importância de adaptar a comunicação ao estado emocional dos cuidadores. Neste sentido, a literatura recente sugere que a transmissão de informação em contexto de urgência deve ser ajustada à

disponibilidade emocional dos pais, privilegiando momentos de maior estabilidade para potenciar a sua compreensão e integração.

As EEESIP deste estudo reforçam a necessidade do recurso a vídeos educativos online produzidos por profissionais de saúde como forma de complementar os ensinos, evidenciando que tem de haver uma adaptação clínica à realidade atual do comportamento informativo dos pais. Frey et al. (2022) identificam numa scoping review sobre o uso das redes sociais como fonte de informação em saúde pediátrica, que os pais recorrem frequentemente a estas plataformas para procurar informação sobre a saúde dos seus filhos, tanto antes como após o contato com profissionais de saúde. Os autores salientam que este comportamento reflete uma mudança estrutural na forma como os pais acedem à informação em saúde, sendo cada vez mais influenciado por conteúdos digitais e pela partilha de experiências entre pares. Neste contexto, defendem que os profissionais de saúde devem reconhecer esta realidade e contribuir ativamente para a disponibilização de informação baseada em evidência, de forma a reduzir o impacto da desinformação nas decisões parentais.

Lynch et al. (2024) no seu estudo demonstram que os cuidadores apresentam níveis elevados de ansiedade relativamente à febre, o que justifica a necessidade de intervenções educativas simples e de curta duração adaptadas ao contexto do SU. Os autores evidenciam que uma intervenção combinando infografia e vídeo é eficaz na melhoria dos conhecimentos dos cuidadores sobre febre, incluindo a sua definição e gestão, verificando-se ainda uma redução das crenças erradas associadas à febre e da probabilidade de recorrer à urgência apenas com base na sua presença. As EEESIP deste estudo ao orientarem os pais para perfis de profissionais de pediatria nas redes sociais que produzem vídeos explicativos sobre gestão da febre representam exatamente este tipo de intervenção, direcionando os pais para fontes fidedignas numa era em que a procura de informação online é inevitável e crescente.

Vicens et al. (2023), numa revisão sistemática com metassíntese qualitativa, sublinham que, quando os pais recorrem aos serviços de saúde por febre nas crianças, a evidência aponta para a importância da disponibilização de informação verbal ou escrita sobre sinais de alerta e sobre quando e como recorrer a outros serviços de saúde. Os autores destacam ainda que os enfermeiros de pediatria podem desempenhar um papel relevante na modificação de atitudes, perceções e no aumento do conhecimento parental. O que vem sublinhar a importância do papel dos EEESIP na gestão da febre e na realização de ensinos.

Em síntese, a implementação dos ensinos pelas EEESIP evidencia uma prática globalmente alinhada com a evidência, assente numa comunicação clara, adaptada ao nível de literacia dos pais e centrada nos conteúdos prioritários para a gestão da febre. A valorização de estratégias baseadas na evidência,

como o esclarecimento sobre sinais de alarme e o uso adequado de antipiréticos, demonstra uma abordagem consistente com as recomendações internacionais. Contudo, a eficácia desta comunicação depende não apenas do conteúdo, mas também da capacidade de adequação ao contexto emocional e cognitivo dos pais.

A ansiedade parental emerge como um fator crítico que condiciona diretamente a implementação dos ensinos, influenciando a capacidade de atenção, compreensão e tomada de decisão. A opção das EEESIP de adiar os ensinos para momentos de maior estabilidade clínica e emocional revela uma prática clinicamente fundamentada e centrada na família.

Por outro lado, a integração de recursos digitais, como vídeos educativos produzidos por profissionais de saúde, reflete uma adaptação às novas formas de procura de informação pelos pais, constituindo uma estratégia potencialmente eficaz para reforçar e prolongar os ensinos para além do contexto da urgência. Ainda assim, a sua utilização exige orientação por parte dos profissionais, de modo a garantir a qualidade da informação e minimizar o impacto da desinformação.

3.4. Avaliação dos Resultados de Enfermagem

Os resultados deste estudo revelam que as EEESIP realizam a avaliação dos resultados de enfermagem relacionados com os dos ensinos de forma contextualizada e dinâmica, tendo em conta a limitação temporal para a sua avaliação. Neste processo realizam questões aos pais, observam a demonstração de interesse nos ensinos e a sua expressão facial.

Tavan et al. (2022), que conduziram um programa educativo ao longo de quatro dias de internamento em sessões faseadas, sublinham que a repetição e o tempo disponível potenciam a consolidação da aprendizagem. Estes resultados permitem inferir que contextos clínicos com maior tempo de permanência podem oferecer oportunidades educativas mais consistentes, uma vez que possibilitam uma maior flexibilidade na intervenção dos profissionais de saúde, o que corrobora a impossibilidade de realizar a avaliação dos ensinos no SU como descrevem as EEESIP deste estudo.

Apesar de não conseguirem avaliar os ensinos realizados aos pais, dado o pouco tempo de permanência no SU, as EEESIP recorrem ao questionamento direto, o que corresponde ao método descrito na literatura como teach-back. Talevski et al. (2020), numa revisão sistemática sobre a implementação e impactos do método teach-back, identificam esta estratégia como uma abordagem baseada em evidência para a melhoria da comunicação em saúde, permitindo verificar se a informação transmitida foi efetivamente compreendida. Os autores destacam que o teach-back constitui um

método estruturado de questionamento ativo, no qual o profissional solicita ao recetor que explique a informação com as suas próprias palavras, contribuindo para reduzir erros de interpretação e melhorar a segurança e a eficácia da educação em saúde.

Pereira et al. (2023), num estudo realizado em Portugal sobre a avaliação da educação para a saúde prestada por enfermeiros a crianças e adolescentes, verificaram que a totalidade dos pais (100%) referiu sentir-se confortável para comunicar com os enfermeiros sobre a saúde dos seus filhos, e que 79,6% consideravam que os profissionais tinham disponibilidade para esclarecer dúvidas durante os cuidados. Os autores destacam que estes resultados refletem uma perceção positiva da comunicação em contexto de enfermagem pediátrica, evidenciando a importância da interação entre enfermeiros e cuidadores na promoção da educação para a saúde. Estes achados podem sugerir o papel relevante do questionamento bidirecional como estratégia de comunicação em saúde, contribuindo para a verificação da compreensão e para o aprofundamento do processo de aprendizagem.

As EEESIP referem também recorrer à expressão facial dos pais para tentarem perceber se os ensinos foram percebidos, sendo que a literatura em comunicação reconhece a expressão facial como um componente relevante da comunicação não verbal, constituindo uma fonte importante de informação emocional na interação entre profissionais de saúde e utentes. Burgoon et al. (2016) descrevem que os sinais não verbais, incluindo expressões faciais, podem fornecer pistas sobre estados emocionais como confusão, desconforto ou envolvimento, contribuindo para a compreensão da dinâmica comunicacional durante a interação clínica. Neste sentido, estes sinais podem fornecer pistas sobre a forma como a informação está a ser recebida, devendo ser interpretados de forma integrada com outros indicadores verbais e com estratégias formais de verificação da compreensão, como o teach-back.

Lynch et al. (2024) evidenciam que o estado emocional dos cuidadores influencia significativamente a forma como estes recebem e processam a informação de saúde, sendo a ansiedade um fator determinante na interação clínica. Os autores salientam que, durante a prestação de cuidados, a comunicação deve ser ajustada às reações observadas nos cuidadores, incluindo manifestações emocionais e comportamentais como expressões de preocupação, confusão ou insegurança. Neste sentido, as expressões faciais e outros sinais não verbais assumem um papel relevante na avaliação da recetividade à informação, permitindo ao enfermeiro adaptar a comunicação educativa ao contexto emocional do momento.

A identificação da colocação de questões pelos pais e da demonstração de interesse nos ensinos como indicadores de compreensão das intervenções educativas não está descrita na literatura. O que a literatura diz é que em contexto pediátrico, o envolvimento ativo dos pais durante os ensinos constitui

um elemento central do processo educativo e encontra-se associado a melhores experiências de cuidado e a uma maior participação familiar. Owen et al. (2022), numa revisão de âmbito sobre o envolvimento das famílias nos cuidados pediátricos em contexto de internamento agudo, descrevem o envolvimento familiar como uma parceria entre famílias e profissionais de saúde, podendo variar entre formas mais passivas e formas ativas de participação. Os autores identificam comportamentos como a formulação de questões, a partilha de experiências e a participação ativa nos cuidados como expressões de engagement familiar no contexto pediátrico.

Em síntese, a avaliação dos resultados dos ensinos pelas EEESIP evidencia-se como um processo eminentemente dinâmico e contextual, destaca-se neste âmbito, o recurso ao teach-back como uma estratégia com forte suporte científico, contrastando com o uso isolado de indicadores subjetivos, como a expressão facial, a colocação de questões aos enfermeiros e a demonstração de interesse nos ensinos, e o comportamento parental cuja interpretação pode ser ambígua e insuficiente para garantir a avaliação dos resultados.

Globalmente, pode-se apontar para uma tensão entre a complexidade das necessidades educativas e as condições reais do contexto de urgência, o que evidencia a necessidade dos ensinos serem realizados noutro contexto que não o SU, provavelmente o mais indicado seria referenciar os pais com necessidades de ensino para os cuidados de saúde primários.

III. O CUIDADO ESPECIALIZADO

O EEESIP distingue-se pela prestação de cuidados de nível avançado, sustentados em conhecimento científico aprofundado e numa abordagem centrada no binómio criança/família, que constitui o beneficiário central da sua prática clínica, sendo o seu enquadramento regulamentar definido pelo Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros (OE)., que estabelece três competências específicas: "assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde", "cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade" e "presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem" (OE, 2018). Estas competências conferem ao EEESIP um perfil diferenciado que o habilita a intervir em qualquer contexto onde a criança se encontre, seja em meio hospitalar, nos cuidados de saúde primários, na escola ou na comunidade, com o propósito de promover o mais elevado estado de saúde possível (OE, 2018).

A primeira competência específica do EEESIP centra-se na assistência à criança e família, está orientada para a maximização da saúde e para a promoção da parentalidade. Esta competência implica o estabelecimento de uma parceria efetiva com a criança/jovem e família, através da negociação da sua participação em todo o processo de cuidar, da utilização de estratégias de comunicação adequadas à idade e ao estádio de desenvolvimento e do reconhecimento e respeito pela diversidade cultural (OE, 2018).

A parceria de cuidados em enfermagem pediátrica insere-se no modelo de cuidados centrados na família, caraterizado por uma relação de colaboração entre profissionais de saúde e cuidadores, baseada no envolvimento parental, na comunicação, no respeito e na compaixão (Seniwati et al., 2023).

O EEESIP tem a responsabilidade de proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (OE, 2018). Neste contexto, tive a oportunidade de realizar ensinos aos pais, abordando a administração de inaladores, a utilização da câmara expansora e a lavagem nasal, a gestão do regime terapêutico em crianças com diabetes tipo 1, a amamentação e a importância do método canguru, bem como os cuidados pré e pós-operatórios. Os EEESIP desempenham um papel fundamental na educação para a saúde de pais e crianças, sendo esta reconhecida pelos cuidadores como uma intervenção relevante no contexto dos cuidados pediátricos, contribuindo para a compreensão da informação em saúde e para o

empowerment parental na tomada de decisão e na promoção do bem-estar da criança (Pereira et al., 2023).

A segunda competência específica do EEESIP referida naquele regulamento remete para a capacidade de mobilizar recursos e conhecimentos para responder a situações de particular exigência clínica. O EEESIP deve ser capaz de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, intervindo de forma pronta e antecipatória, com os conhecimentos e habilidades necessários ao suporte avançado de vida pediátrico (OE, 2018). A competência do EEESIP em contexto de situação crítica envolve o desenvolvimento de raciocínio clínico avançado, a capacidade de tomada de decisão em ambientes de elevada complexidade e a integração de conhecimento científico na prática, permitindo uma resposta rápida e segura às necessidades do doente (Benner et al., 2010).

Durante o estágio no internamento de pediatria vivenciei uma experiência de instabilidade clínica grave. Foi necessário a capacidade de identificar precocemente sinais de agravamento clínico e priorizar intervenções até à chegada da equipa de TIP para a transferência de uma criança para uma unidade de cuidados intensivos. Tive a oportunidade de intervir neste processo e prestar os cuidados a que esta situação obrigava.

A gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem constituiu outra dimensão central desta competência, incluindo tanto a garantia da gestão de medidas farmacológicas como a aplicação de terapias não farmacológicas para o alívio da dor. Como descrito anteriormente tive a oportunidade de fazer esta gestão da dor com a aplicação de medidas farmacológicas e não farmacológicas, durante o estágio nos diferentes contextos.

A literatura evidencia o papel fundamental do EEESIP na avaliação e controlo da dor na criança, salientando a importância da utilização de escalas adequadas à idade e da implementação de estratégias de conforto ajustadas às necessidades individuais, envolvendo a família no processo de cuidados (Hockenberry et al., 2019).

A promoção da adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, à doença oncológica e à deficiência/incapacidade emerge como uma área de intervenção de grande relevância, exigindo do EEESIP competências no domínio da capacitação para estratégias de coping, da promoção da esperança e da articulação com os recursos de suporte familiar e comunitário disponíveis (OE, 2018). Também tive a oportunidade de acompanhar a adaptação à doença crónica em crianças com diagnóstico de diabetes inaugural, promovendo a esperança e articulando o suporte na comunidade, nomeadamente no centro de saúde, para estas famílias.

A terceira competência específica do EEESIP orienta-se para a promoção do crescimento e do desenvolvimento infantojuvenil, abrangendo desde a vinculação precoce até à adolescência. O EEESIP deve demonstrar conhecimentos aprofundados sobre as etapas do crescimento e desenvolvimento, avaliar o seu padrão ao longo do ciclo de vida e transmitir orientações antecipatórias às famílias, com o objetivo de maximizar o potencial de desenvolvimento de cada criança (OE, 2018). As orientações antecipatórias constituem uma intervenção essencial na enfermagem pediátrica, consistindo na transmissão proativa de informação aos pais sobre problemas de saúde comuns em cada etapa do desenvolvimento infantil, promovendo a literacia em saúde, a capacitação parental e a prevenção de complicações (American Academy of Pediatrics, 2022).

A promoção da vinculação, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais, é igualmente central nesta competência, implicando a utilização de estratégias que facilitem o contacto físico pais/RN, promovam a amamentação e incentivem o envolvimento parental nos cuidados (OE, 2018). A comunicação com a criança e família de forma adequada ao estádio de desenvolvimento e à cultura constitui uma competência transversal, que exige do EEESIP a capacidade de adaptar a sua linguagem e as suas estratégias relacionais à especificidade de cada interação (OE, 2018). Esta dimensão comunicacional assume particular relevância no contexto dos cuidados centrados na família em pediatria, onde a parceria entre enfermeiro e cuidadores exige uma abordagem baseada na comunicação eficaz, na negociação e no envolvimento parental (Silva et al., 2024).

O perfil de competências específicas do EEESIP confere a este profissional um posicionamento diferenciado e insubstituível no serviço de saúde, fundamentado numa prática clínica avançada, centrada na criança e na família, orientada pela evidência científica e comprometida com a promoção do mais elevado nível de saúde possível ao longo de todo o ciclo de vida pediátrico.

No que diz respeito ao processo de investigação, a realização do estudo de caso sobre as intervenções do EEESIP para a capacitação parental para a gestão da febre no SU, constituiu um contributo significativo para o desenvolvimento e consolidação das competências específicas de EEESIP, dado que me permitiu compreender como assegurar cuidados especializados, centrados na criança e na família, promovendo o desenvolvimento saudável, a prevenção da doença e a capacitação dos pais para o exercício competente do seu papel parental.

No âmbito da prestação de cuidados especializados, o estudo de caso permitiu perceber a necessidade da avaliação integral da criança e da família, considerando não apenas a condição clínica associada ao episódio febril, mas também os fatores emocionais e contextuais que influenciam a gestão da febre no domicílio. Esta abordagem está em consonância com a competência do EEESIP de prestar cuidados de

enfermagem especializados à criança e família, baseados numa avaliação sistemática e numa tomada de decisão clínica fundamentada, promovendo a qualidade e a segurança dos cuidados (OE, 2018).

A avaliação integral constitui um elemento central da prática do EEESIP, permitindo compreender a criança como um ser em desenvolvimento inserido num sistema familiar dinâmico. Neste sentido, a análise do estado geral da criança, dos sinais e sintomas associados ao episódio febril, bem como da sua história clínica e antecedentes pessoais, é complementada pela avaliação das competências parentais, do nível de literacia em saúde, das crenças e expetativas dos pais. Esta perspetiva holística possibilita a identificação de necessidades específicas e a implementação de intervenções individualizadas e ajustadas à realidade de cada família. Segundo Seniwati et al. (2023) a prestação de cuidados em enfermagem pediátrica requer uma abordagem que vá além da dimensão biológica da criança, integrando os fatores familiares e contextuais que influenciam o seu desenvolvimento e bem-estar. Neste âmbito, a compreensão da capacidade dos cuidadores, do seu nível de literacia em saúde e das dinâmicas familiares permite ao enfermeiro ajustar a intervenção às necessidades reais da criança e da família.

O estudo de caso evidenciou ainda a importância do raciocínio clínico na tomada de decisão do EEESIP. A tomada de decisão em enfermagem pediátrica é um processo complexo que integra diferentes fontes de informação, como dados clínicos, observação sistemática e a interação com a família. Esta integração permite ao enfermeiro obter uma compreensão mais completa da situação da criança, favorecendo intervenções mais adequadas e contextualizadas. Neste sentido, a informação partilhada entre profissionais e cuidadores é essencial para sustentar decisões clínicas mais seguras e individualizadas, reforçando a importância de uma prática centrada na criança e na família.

Segundo Esteves e Amaral (2023), a tomada de decisão em enfermagem resulta da articulação entre informação clínica, comunicação entre profissionais e contributos da família, permitindo uma visão mais abrangente do doente e do seu contexto.

Para além da dimensão clínica, a avaliação dos fatores emocionais assume particular relevância, uma vez que a febre está frequentemente associada a elevados níveis de ansiedade parental, fenómeno conhecido na literatura como fobia da febre e amplamente documentado em estudos recentes (Cengiz & Gündüz, 2025).

A identificação das respostas emocionais dos cuidadores constitui um elemento fundamental na prática do EEESIP, na medida em que permite adequar a comunicação e as intervenções educativas às necessidades da família.

Adicionalmente, a consideração dos fatores contextuais, como experiências prévias dos pais, é essencial para garantir a continuidade e a eficácia dos cuidados. O estudo de caso permitiu-me compreender que estas variáveis influenciam significativamente a forma como os pais interpretam e gerem a febre, reforçando a necessidade de intervenções centradas na família. Esta abordagem está alinhada com o modelo de cuidados centrado na família, que reconhecem os pais como parceiros fundamentais no processo de cuidar.

O estudo de caso desenvolvido valorizou a comunicação, a partilha de informação baseada na evidência e o respeito pelas necessidades e expetativas da família, aspetos fundamentais para o estabelecimento de uma relação de parceria e confiança, elementos essenciais da prática do EEESIP. A escuta ativa, a validação das preocupações parentais e o incentivo à expressão de dúvidas, é uma abordagem particularmente relevante em situações de febre infantil, frequentemente associadas a elevados níveis de ansiedade parental, exigindo do EEESIP sensibilidade e competência relacional para apoiar a família de forma eficaz.

Com a realização do estudo de caso foi possível compreender que a identificação das necessidades de aprendizagem dos pais representa o primeiro passo para a implementação de intervenções educativas eficazes. A identificação das necessidades de aprendizagem dos pais constitui o ponto de partida essencial para a implementação de intervenções educativas eficazes em enfermagem, na medida em que os princípios de aprendizagem utilizados pelos enfermeiros nos ensinos parentais devem ser adaptados ao que os pais já sabem, ao que precisam de aprender e à forma como aprendem (Thompson et al., 2023).

O planeamento das intervenções educativas revelou-se essencial para garantir a adequação dos ensinos às necessidades específicas de cada família. A utilização de uma linguagem simples e clara, bem como a promoção de uma comunicação bidirecional, foram elementos fundamentais para facilitar a compreensão dos pais.

A implementação das estratégias de educação para a saúde evidenciou a importância do estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na parceria com a família. O EEESIP assume, o papel de facilitador do processo de aprendizagem, incentivando a participação ativa dos pais, valorizando os seus conhecimentos e promovendo a tomada de decisão partilhada.

A avaliação dos resultados das intervenções educativas constituiu outra dimensão fundamental do desenvolvimento de competências do EEESIP. Estes indicadores permitiram aferir o grau de compreensão e de capacitação parental, possibilitando o reajuste das intervenções sempre que necessário.

Além disso, a realização do estudo de caso fomentou o desenvolvimento de competências no domínio da prática baseada na evidência e na investigação, ao envolver a aplicação de uma metodologia científica rigorosa para a análise de um fenómeno relevante da prática clínica. Esta experiência permitiu não só a produção de conhecimento, mas também a reflexão crítica sobre as práticas de enfermagem, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados à criança e família, em consonância com o papel do EEESIP enquanto agente de mudança e promotor de boas práticas.

A aplicação de uma metodologia qualitativa, de natureza descritiva, com recurso ao estudo de caso, permitiu uma compreensão aprofundada do fenómeno em análise, respeitando a complexidade e singularidade do contexto clínico. A utilização de entrevistas semiestruturadas e da análise de conteúdo proporcionou uma exploração sistemática das perceções e práticas dos EEESIP, assegurando rigor metodológico e credibilidade aos resultados obtidos. Este processo investigativo favoreceu o desenvolvimento de competências relacionadas com a recolha, análise e interpretação de dados, essenciais para a consolidação de uma prática profissional reflexiva e fundamentada.

O papel do EEESIP enquanto agente de mudança emerge, assim, da sua capacidade de integrar a evidência científica na prática clínica e de promover a disseminação de boas práticas. De acordo com o Regulamento n.º 422/2018 da OE, o EEESIP desenvolve a sua prática orientada para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados, sustentada na melhor evidência científica disponível. Neste sentido, a realização do estudo de caso constituiu uma oportunidade privilegiada para consolidar estas competências, reforçando a importância da investigação como instrumento de suporte à tomada de decisão clínica e à inovação em enfermagem.

Em síntese, o desenvolvimento do estudo de caso proporcionou uma oportunidade de reflexão sobre as competências específicas do EEESIP. Este processo de investigação complementou a aprendizagem adquirida em contexto de estágio, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática profissional mais autónoma, fundamentada e crítica, em consonância com as competências definidas pela OE.

CONCLUSÃO

Este trabalho permitiu-me descrever e refletir sobre o percurso de desenvolvimento de competências de enfermagem especializada, articulando a experiência formativa nos diferentes contextos de estágio com a realização de um estudo de investigação centrado na prática clínica.

Ao longo deste percurso formativo, consolidei um conjunto de aprendizagens clínicas enquanto EEESIP. Destaco, em particular, o desenvolvimento de competências de comunicação terapêutica, com maior capacidade de adaptação da linguagem ao contexto clínico, ao nível de literacia e ao estado emocional da criança e da família, promovendo uma interação mais eficaz e centrada nas necessidades identificadas.

Paralelamente, desenvolvi competências de tomada de decisão clínica, através da capacidade de análise crítica das situações em contexto de urgência pediátrica, permitindo uma priorização mais adequada das intervenções de enfermagem.

Consolidei ainda a minha capacidade de intervenção autónoma, sustentada na evidência científica, com maior segurança na realização de ensinos e na adaptação das estratégias de enfermagem às especificidades de cada situação clínica.

Este percurso contribuiu igualmente para o desenvolvimento de uma prática mais reflexiva, permitindo reconhecer a importância da articulação entre conhecimento científico, experiência clínica e resposta às necessidades da criança e da família em contexto de cuidados de saúde diferenciados.

O estudo de investigação teve como objetivo descrever as intervenções desenvolvidas pelos EEESIP na capacitação parental para a gestão da febre em crianças, em contexto de urgência pediátrica. Através de uma abordagem qualitativa, um estudo de caso, e da realização de entrevistas semiestruturadas, foi possível compreender de forma aprofundada as práticas destes profissionais e a complexidade do processo de capacitação parental.

Os resultados evidenciam que as intervenções das EEESIP estruturaram-se em quatro dimensões fundamentais: a avaliação diagnóstica das competências parentais, o planeamento das intervenções de enfermagem, a implementação das intervenções de enfermagem e a avaliação dos resultados. A avaliação inicial, sustentada na análise dos registos clínicos e no questionamento dirigido aos pais, revelou-se essencial para a identificação de necessidades de aprendizagem e para a adequação das intervenções. O planeamento dos ensinos demonstrou ser centrado na condição clínica da criança, no estado emocional da família e na disponibilidade de tempo das EEESIP para realizarem os ensinos. A realização dos ensinos caraterizou-se pela utilização de estratégias de comunicação claras, simples e

baseadas na evidência científica, abordando conteúdos essenciais sobre gestão da febre, sendo condicionados pela ansiedade dos pais. A avaliação dos ensinos foi realizada sobretudo através do questionamento aos pais e da observação das suas expressões e comportamento, embora limitada pelo reduzido tempo de permanência no SU.

Em síntese, verifica-se que no contexto do SU, as intervenções realizadas pelas EEESIP no âmbito da capacitação parental para a gestão da febre se traduzem essencialmente em ações educativas pontuais. Estas ações educativas são habitualmente orientadas pelas necessidades identificadas pelas enfermeiras e pelas dúvidas expressas pelos pais, sendo frequentemente condicionadas pela limitação de tempo disponível dos profissionais, pelo elevado nível de ansiedade parental e pelo estado de saúde da criança.

Deste modo, não se configura propriamente um processo estruturado de capacitação parental, mas antes momentos isolados de ensino. Acresce que o contexto de urgência não se apresenta como o espaço mais adequado para o desenvolvimento de intervenções educativas desta natureza, uma vez que a sua dinâmica assistencial não favorece a continuidade, a reflexão e a consolidação do conhecimento.

Neste sentido, seria pertinente que a capacitação parental fosse preferencialmente desenvolvida em contexto de Cuidados de Saúde Primários, através da criação de consultas específicas e estruturadas para o efeito, permitindo uma abordagem mais sistemática, continuada e promotora de maior autonomia parental na gestão da saúde da criança.

Para investigações futuras, sugiro a realização de estudos em diferentes contextos assistenciais, bem como a inclusão da perspetiva dos pais, de forma a aprofundar a compreensão do impacto das intervenções de enfermagem na gestão da febre infantil.

Este percurso constituiu uma oportunidade determinante de crescimento pessoal e profissional, reforçando o compromisso de uma prática de Enfermagem Avançada, sustentada na evidência científica e orientada para os cuidados em saúde infantil e pediátrica.

O desenvolvimento enquanto EEESIP, enquadrado nas competências definidas pela OE (2018), permitiu-me consolidar uma prática clínica mais estruturada e fundamentada, centrada na capacidade de integrar diferentes dimensões do cuidado em contextos de elevada complexidade. Este percurso permitiu-me igualmente uma evolução na forma de pensar a prática de enfermagem, com maior capacidade de análise crítica das situações clínicas, articulação entre conhecimento teórico e realidade prática, e compreensão do impacto das intervenções no percurso de saúde da criança e da família. Possibilitou-me uma identidade profissional enquanto EEESIP mais autónoma, reflexiva e consistente,

capaz de responder de forma fundamentada às exigências dos diferentes contextos de cuidados pediátricos.

Este relatório integra a componente final do curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade do Minho, constituindo-se como um documento de síntese do percurso formativo e de desenvolvimento de competências especializadas.

BIBLIOGRAFIA

Abreu, L., Barcelos, M., & Fernandes, C. (2024). Capacitação parental no lactente com febre: Intervenções de enfermagem na literatura. *Jornal de Investigação Médica*, *5*(1), 03–15. https://doi.org/10.29073/jim.v5i1.904

Alsabri, M., Onyejesi, C. D., Patel, A., Elewa, M., Abady, E. M., Mohunsing, R., Okolie, C. J., Zehra, S. A., & Lusinski, E. (2025). Optimizing fever management in pediatric emergency medicine: Pathophysiology, diagnostics, and evidence-based strategies. *International Journal of Emergency Medicine*, *18*, 231. https://doi.org/10.1186/s12245-025-01014-y

American Academy of Pediatrics. (2022). *Bright futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents* (4th ed., digital update). American Academy of Pediatrics.

Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., & Day, L. (2010). *Educating nurses: A call for radical transformation*. Jossey-Bass.

Boss, P. (2006). *Loss, trauma, and resilience: Therapeutic work with ambiguous loss*. W. W. Norton & Company.

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Burgoon, J. K., Guerrero, L. K., & Floyd, K. (2016). *Nonverbal communication*. Routledge.

Casey, A. (1988). *Development and use of the partnership model of nursing care*. Great Ormond Street Hospital.

Çelik, T., & Güzel, Y. (2024). Parents' knowledge and management of fever: "Parents versus fever!". *Turkish Archives of Pediatrics*, *59*(2), 179–184. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38454227/

Cengiz, M., & Gündüz, B.O. (2025). Maternal attitudes and practices toward childhood fever: Insights from a large-scale survey of over 3,000 mothers. *BMC Pediatrics*, *25*, 947. https://doi.org/10.1186/s12887-025-06335-8

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

Curran, J. A., Gallant, A. J., Zemek, R., Newton, A. S., Jabbour, M., Chorney, J., Murphy, A., Hartling, L., MacWilliams, K., Plint, A., MacPhee, S., Bishop, A., & Campbell, S. G. (2019). Discharge communication practices in pediatric emergency care: A systematic review and narrative synthesis. *Systematic Reviews, 8*, 83. https://doi.org/10.1186/s13643-019-0995-7

de Wit, M., Gajewska, K. A., Goethals, E. R., McDarby, V., Zhao, X., Hapunda, G., Delamater, A. M., & DiMeglio, L. A. (2022). ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2022: Psychological care of children, adolescents and young adults with diabetes. *Pediatric Diabetes*, *23*(8), 1373–1389. https://doi.org/10.1111/pedi.13428

Eccleston, C., Fisher, E., Howard, R. F., Slater, R., Forgeron, P., Palermo, T. M., Birnie, K. A., Anderson, B. J., Chambers, C. T., Crombez, G., Ljungman, G., Jordan, I., Jordan, Z., Roberts, C., Schechter, N., Sieberg, C. B., Tibboel, D., Walker, S. M., Wilkinson, D., & Wood, C. (2021). Delivering transformative action in paediatric pain:

A Lancet Child & Adolescent Health Commission. *The Lancet Child & Adolescent Health, 5*(1), 47–87. https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30277-7

Esteves, R. P. M., & Amaral, A. F. S. (2023). Teor da informação partilhada: Do discurso à documentação na tomada de decisão clínica em enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, *6*(2), 1–7. https://doi.org/10.12707/RVI22006

Franklin, C., Taylor-Robinson, D., Carrol, E. D., Moran, P., & Carter, B. (2024). Coming in hot: A qualitative investigation into perceptions of parents and doctors of reasons for the presentation of children with fever to the emergency department in England. *BMJ Paediatrics Open*, *8*(1), e003039. https://doi.org/10.1136/bmjpo-2024-003039

Frey, E., Bonfiglioli, C., Brunner, M., & Frawley, J. (2022). Parents' use of social media as a health information source for their children: A scoping review. *Academic Pediatrics*, *22*(4), 526–539. https://doi.org/10.1016/j.acap.2021.12.006

Gibson, C., Smith, D., & Morrison, A. K. (2022). Improving health literacy knowledge, behaviors, and confidence with interactive training. *Health Literacy Research and Practice*, *6*(2), e121–e127. https://doi.org/10.3928/24748307-20220420-01

Gill, S. L. (2020). Qualitative sampling methods. *Journal of Human Lactation*, *36*(4), 579–581. https://doi.org/10.1177/0890334420949218

Godino-láñez, M. J., Martos-Cabrera, M. B., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., Gómez-Urquiza, J. L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2020). Play therapy as an intervention in hospitalized children: A systematic review. *Healthcare*, *8*(3), 239. https://doi.org/10.3390/healthcare8030239

Hockenberry, M. J., Wilson, D., & Rodgers, C. C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11th ed.). Elsevier.

Hübl, N., Riebold, B., Schramm, D., & Seidl, R. O. (2024). Differences in the swallowing process of newborns and healthy preterm infants: First results with a non-invasive bioimpedance and electromyography measurement system. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, *281*, 843–854. https://doi.org/10.1007/s00405-023-08344-8

Owen, T. A.J., McAndrew, N. S., Gralton, K. S., Totka, J. P., Weiss, M. E., Fial, A. V., & Sawin, K. J. (2022). Engagement of families in the care of hospitalized pediatric patients: A scoping review. *Journal of Family Nursing*, *28*(2), 151–171. https://doi.org/10.1177/10748407211048894

Joseph, R. A., & Highton, M. (2025). Ambiguous loss: Implications for perinatal and neonatal nurses. *Neonatal Network*, *44*(1), 33–41. https://doi.org/10.1891/NN-2024-0032

Liang, A., He, F., Sung, V., & Wang, J. (2024). Systematic review of environmental noise in neonatal intensive care units. *Acta Paediatrica*, *114*(1), 35–50. https://doi.org/10.1111/apa.17445

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

Macedo, M. A., Pargana, I., & Sousa, A. P. (2019). *Literacia em saúde parental e a utilização dos serviços de urgência pediátrica*. Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP, 11, 13–23. https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstreams/1dd999b8-13ba-47c7-b333-5f7d13162af3/download

Maciel, S. M., Cardoso, G. M., Monari, F. F., Magalhães, F. C. C., & Oliveira, A. J. F. (2022). Vivências dos familiares sobre a hospitalização de crianças em uma unidade de terapia intensiva pediátrica. *Enfermagem em Foco, 13*, e-202234. https://doi.org/10.21675/2357-707X.2022.v13.e-202234

Martin, S. R., Hung, I., Heyming, T. W., Fortier, M. A., & Kain, Z. N. (2023). Predictors of parental anxiety in a paediatric emergency department. *Emergency Medicine Journal*, *40*(10), 715–720. https://doi.org/10.1136/emermed-2022-212917

Meireles, S., Silva, E., & Cordeiro, M. (2024). Parents' experience of the child's readmission in the pediatric emergency service. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(14e), e34080. https://doi.org/10.29352/mill0214e.34080

Merlo, F., Falvo, I., Caiata-Zufferey, M., Schulz, P. J., Milani, G. P., Simonetti, G. D., Bianchetti, M. G., & Fadda, M. (2023). New insights into fever phobia: A pilot qualitative study. *European Journal of Pediatrics*, *182*, 651–659. https://doi.org/10.1007/s00431-022-04704-4

Miranda, C., Silva, R., & Lopes, F. (2024). Determinants of parental knowledge, practices and expectations in preschool child fever management. *Millenium – Journal of Education, Technologies, and Health, 2*(25), e36474. https://doi.org/10.29352/mill0225.36474

Möhler, R., Jenetzky, E., Schwarz, S., Gwiasda, M., Rathjens, L., Szoke, H., & Martin, D. (2022). Parental confidence in fever management. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *19*(21), 14502. https://doi.org/10.3390/ijerph192114502

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Fever in under 5s: Assessment and initial management* (NG143). https://www.nice.org.uk/guidance/ng143

Nevill, T., Keeley, J., Hunt, S., Skoss, R., Lindly, O., Downs, J., & Blackmore, A. M. (2024). Efficacy of health literacy interventions for caregivers of individuals with neurodevelopmental and chronic conditions: A rapid review. *Children, 12*(1), 9. https://doi.org/10.3390/children12010009

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. https://dre.pt/application/conteudo/115685379

Ormiston, C. K., Lawrence, W. R., Sulley, S., Shiels, M. S., Haozous, E. A., Pichardo, C. M., Stephens, E. S., Thomas, A. L., Adzrago, D., Williams, D. R., & Williams, F. (2024). Trends in adolescent suicide by method in the United States, 1999–2020. *JAMA Network Open*, *7*(3), e244427. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.4427

Pereira, A. F., Carvalho, C., Santos, A., & Silva, J. (2023). Health education provided by nurses to children and young people: Parents' assessment. *BMC Nursing*, *22*, 287. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01447-x

Pestana, A. P. (2023). Conhecimentos e atitudes dos pais perante a febre dos filhos. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar, 19*(4), 333–343. https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/es/article/view/9955

Phonpruk, K., Flowers, K., Fulbrook, P., & Naughton, G. (2018). Parental understanding of discharge information. *Australasian Emergency Care*, *21*(2), 56–63. https://doi.org/10.1016/j.auec.2018.05.001

Pop-Jordanova, N. (2023). Chronic diseases in children as a challenge for parenting. *Prilozi*, *44*(1), 27–36. https://doi.org/10.2478/prilozi-2023-0004

Queirós, I., Moreira, T., Pissarra, R., Soares, H., & Guimarães, H. (2023). Non-pharmacological management of neonatal pain: A systematic review. *Minerva Pediatrics*, *75*(2), 282–295. https://doi.org/10.23736/S2724-5276.22.06871-9

Ralph, A., McGrath, P., & Smith, J. (2022). Parenting a sick child: Decision-making and care practices. *Child: Care, Health and Development*, *48*(3), 456–463.

Sæther, K. M., Berg, R. C., Fagerlund, B. H., Glavin, K., & Jøranson, N. (2023). Parental self-efficacy: A scoping review. *Research in Nursing & Health*, *46*(1), 101–112. https://doi.org/10.1002/nur.22285

Saganski, G. F., Padilha, A. P., Rowe, M. C. S., Falkoski, A., & Vasques, J. R. (2022). Cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato de cirurgia cardíaca em pacientes pediátricos: Revisão de escopo. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, *22*, eSOBEP2022014. https://doi.org/10.31508/1676-379320220014

Santos, I. M. R., Batalha, L. M. C., & Flora, M. C. (2024). Efetividade de um filme na ansiedade e medo de crianças em idade escolar submetidas a cirurgia. *Revista de Enfermagem Referência*, *6*(3), e32450. https://doi.org/10.12707/RVI23.94.32450

Seniwati, T., Rustina, Y., Nurhaeni, N., & Wanda, D. (2023). Patient and family-centered care for children: A concept analysis. *Belitung Nursing Journal*, *9*(1), 17–24. https://doi.org/10.33546/bnj.2350

Silva, S., Sampaio, C., & Marques, G. (2024). Parceria de cuidados em pediatria: Revisão integrativa. *Servir*, *2*(08), e35181. https://doi.org/10.48492/servir0208.35181

Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2011). *Qualitative research in nursing: Advancing the humanistic imperative* (5th ed.). Lippincott Williams & Wilkins.

Talevski, J., Wong Shee, A., Rasmussen, B., Kemp, G., & Beauchamp, A. (2020). Teach-back: Systematic review. *PLOS ONE*, *15*(4), e0231350. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0231350

Tavan, A., Monemi, E., Keshavarz, F., Kazemi, B., & Nematollahi, M. (2022). Simulation-based education and fever management. *BMC Nursing*, *21*, 168. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00938-7

Thompson, A. P., Nesari, M., Hartling, L., & Scott, S. D. (2020). Parents' experiences with fever. *Patient Education and Counseling*, *103*(4), 750–763. https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.10.004

Thompson, D. L., May, E. J., Leach, M. J., Smith, C. P., & Fereday, J. A. (2023). Parent education and learning principles. *Patient Preference and Adherence*, *17*, 2949–2970. https://doi.org/10.2147/PPA.S426043

Trela, K. C., Zajac, P., Zhu, M., & Press, V. G. (2022). Health literacy and type of education intervention predicting post-education metered-dose inhaler misuse. *Respiratory Medicine, 200*, 106930. https://doi.org/10.1016/j.rmed.2022.106930

Vicens, B. F., Miró-Bonet, R., & Molina-Mula, J. (2023). Parental perceptions of fever. *Journal of Clinical Nursing*, *32*(7–8), 969–995. https://doi.org/10.1111/jocn.16271

Rodríguez, M. G. V., & Martín, B. R. (2019). Parental management of fever. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(20), 4014. https://doi.org/10.3390/ijerph16204014

Volerman, A., Balachandran, U., Zhu, M., Akel, M., & Press, V. G. (2023). Evaluating inhaler education interventions for hospitalized children with asthma: A randomized controlled trial. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology, 131*(2), 217–223.e1. https://doi.org/10.1016/j.anai.2023.02.023

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 Health Organization. (2023). *Kangaroo mother care: A practical guide*. World Health Organization.

Yesil, A., & Butun, A. (2025). Identifying the needs of parents admitted to the paediatric emergency department. *BMC Health Services Research, 25*, 1404. https://doi.org/10.1186/s12913-025-13633-5

Yesil, A., & Butun, A. (2025). Parental anxiety in paediatric emergency. *BMC Pediatrics*, *25*, 634. https://doi.org/10.1186/s12887-025-05976-z

Zhu, Z., Wang, X., Chen, W., Pei, S., Wang, Q., Guan, H., & Zhu, G. (2023). The efficacy of kangaroo mother care to the clinical outcomes of low birth weight and premature infants in the first 28 days: A meta-analysis of randomized clinical trials. *Frontiers in Pediatrics*, *11*, 1067183. https://doi.org/10.3389/fped.2023.1067183

APÊNDICES

APÊNDICE A-GUIÃO DA ENTREVISTA

P1- Como identifica a necessidade de realizar ensinos?

P2-Como planeia os cuidados a uma criança com febre?

P3- Como implementa as suas intervenções?

P4-O que faz para avaliar os resultados das intervenções realizadas?

APÊNDICE B- CONSENTIMENTO INFORMADO

Termo de Consentimento Informado

Eu, _____, declaro que fui informado/a sobre os objetivos e procedimentos do estudo intitulado "Atitudes e Práticas Parentais na Gestão da Febre: Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, a ser desenvolvido por Ana Catarina Queirós, estudante com o n.º 57964, do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade do Minho.

Compreendo que a minha participação é voluntária, que posso desistir a qualquer momento, sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional. Foi-me garantida a confidencialidade e o anonimato das informações fornecidas, que serão utilizadas apenas para fins académicos.

Autorizo a utilização das informações recolhidas na entrevista que será gravada, com a garantia de que a minha identidade não será revelada.

Local: _____

Data: _____ / _____ / _____

Assinatura do Participante:

_____

APÊNDICE C- MATRIZ DE ANÁLISE TEMÁTICA DA ENTREVISTA E1

As tabelas seguintes apresentam o processo de análise temática de Braun & Clarke (2019) aplicado ao corpus de análise de dados.

P1- Como identifica a necessidade de realizar ensinos?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Avaliação diagnóstica das competências parentais	Análise de registos clínicos	Consulta do registo de triagem (E1P1)	*"Primeiro, pelo que está descrito no episódio de urgência, tenho o hábito de ler no SClínico o episódio de urgência"* (E1P1)
		Consulta da informação clínica do pediatra (E1P1)	*"Leio também o diário clínico escrito pelo pediatra"* (E1P1)
	Avaliação das práticas parentais	Questionamento aos pais sobre o episódio de febre (E1P1)	*"Pergunto aos pais quando é que a criança iniciou febre, se tem outras queixas para além da febre, se continua a alimentar-se, quando foi a última vez que administrou antipirético, a dosagem administrada, a via de administração e o valor da temperatura que tinha antes de vir à urgência"* (E1P1)
		Monitorização excessiva da temperatura (E1P1)	*"Verifico que há uma obsessão dos pais em estarem sempre a avaliar a temperatura (tipo de 10/10minutos) mesmo depois de ter sido dada medicação"* (E1P1)
	Experiência anterior como fator diferenciador	Inexperiência parental leva a maior necessidade de ensinos (E1P1)	"*Quando é o primeiro filho os pais têm maior dificuldade em gerir a febre e eles próprios colocam questões sobre como devem atuar em caso de febre"* (E1P1)

P2- Porque diz que quando é o primeiro filho os pais têm maior dificuldade em gerir a febre?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Avaliação diagnóstica das competências parentais	Experiência anterior como fator diferenciador	Inexperiência parental leva a maior necessidade de ensinos (E1P2)	*"A maior dificuldade evidenciada pelos pais do primeiro filho na gestão da febre pode ser explicada pela inexperiência dos pais, estes não têm um termo de comparação anterior sobre como devem agir (...)* Estes pais têm maior necessidade de ensinos*"* (E1P2)
		Medo da febre (E1P2)	*"(...) têm medo das consequências da febre (...)"* (E1P2)
		Pressão familiar (E1P2)	*"(...) também há maior pressão da família para procurar ajuda"* (E1P2)

P3- Como planeia os cuidados a uma criança com febre?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Planeamento dos cuidados de enfermagem	Planeamento centrado na criança	Cuidados adaptados às necessidades da criança (E1P3)	*"Planeio as minhas intervenções de acordo com as necessidades da criança"* (E1P3)
	Planeamento centrado nos ensinos	Disponibilidade de tempo do enfermeiro para os ensinos (E1P3)	*"No que diz respeito aos ensinos sobre a febre faço o planeamento de acordo com o tempo disponível para os mesmos"* (E1P3)
		Dúvidas dos pais (E1P3)	*"faço o planeamento de acordo (...) dúvidas demonstradas pelos pais" (E1P3)*
		Estado clínico (E1P3)	*"faço o planeamento de acordo (...) o estado de saúde da criança"* (E1P3)

P4- O que quer dizer com estado de saúde da criança para fazer ensinos?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Planeamento dos cuidados de enfermagem	Planeamento centrado na criança	Prioridade das intervenções com base nas necessidades da criança (E1P4)	*"Numa criança com febre elevada associada a sinais de gravidade, por exemplo letargia marcada, dificuldade respiratória, sinais de desidratação, a prioridade não são os ensinos mas a estabilidade clínica da criança"* (E1P4)
	Planeamento centrado nos ensinos	Estado clínico (E1P4)	*"Os ensinos devem ser ajustados ao estado clínico da criança e ao contexto específico da situação*" (E1P4)

P5- Como implementa as suas intervenções?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções em simultâneo	Realização simultânea de várias intervenções (E1P5)	*"A primeira intervenção passa por monitorizar a temperatura e administrar antipirético enquanto vou fazendo colheita de dados (...), realizo logo no primeiro contacto com os pais os ensinos"* (E1P5)
	Implementação dos ensinos	Comunicação clara e baseada em evidência (E1P5)	"*Adequo a linguagem dos ensinos à compreensão dos pais e ao nível de literacia*" (E1P5)
		Ensinos realizados sobre gestão da febre (E1P5)	*"abordo a gestão do regime terapêutico, nomeadamente o valor de referência para a febre e a partir do qual se deve administrar antipirético, dosagem, alternância de antipiréticos, quanto tempo após a administração do antipirético se deve medir a temperatura, técnicas de arrefecimento corporal, sinais de alarme aos quais os pais devem estar atentos e vir à urgência e explicar que a febre não é uma doença"* (E1P5)
		Ansiedade parental (E1P5)	"*Se deteto a necessidade de ensinos sobre a febre e a criança vai ter alta em breve (...) realizo logo no primeiro contacto com os pais os ensinos pois estes já não estão ansiosos"* (E1P5); *"se a criança ficar em OBS ou permanecer mais tempo na urgência deixo os pais ficarem calmos e quando for reavaliar a temperatura faço os ensinos"* (E1P5)
		Recurso a vídeos educativos online de profissionais da saúde (E1P5)	*"Os pais recorrem cada vez mais às redes sociais para procurar informações (...) Eu tenho feito isso como complemento aos ensinos na urgência e os pais têm dado um feedback positivo"* (E1P5)

P6- O que faz para avaliar os resultados das intervenções realizadas?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Avaliação dos resultados de enfermagem	Avaliação dos ensinos	Limitação temporal para avaliação (E1P6)	*"O tempo de permanência dos pais na urgência é reduzido sendo que não é possível avaliar a eficácia dos ensinos realizados"* (E1P6)
		Colocação de questões aos enfermeiros e demonstração de interesse nos ensinos (E1P6)	"*pelo envolvimento dos pais nos ensinos, se colocam questões e se demonstram interesse..."* (E1P6); "*se eles vão colocando questões à medida que vou explicando parece-me que eles estão a compreender o que digo"* (E1P6); *"Se os pais fazem perguntas concretas e objetivas, ... é um indicador do processo de capacitação"* (E1P6)

APÊNDICE D- MATRIZ DE ANÁLISE TEMÁTICA DA ENTREVISTA E2

As tabelas seguintes apresentam o processo de análise temática de Braun & Clarke (2019) aplicado ao corpus de análise de dados.

P1- Como identifica a necessidade de realizar ensinos?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Avaliação diagnóstica das competências parentais	Avaliação das práticas parentais	Questionamento aos pais sobre como gerem a febre no domicílio (E2P1)	"*Quando os pais chegam ao serviço de urgência avalio rapidamente se demonstram conhecimentos suficientes para gerir a febre no domicílio, procurando saber o que fazem em casa quando a criança apresenta febre, pergunto qual a dosagem administrada de antipirético e com que temperatura o fazem, se sabem intercalar antipiréticos, e se identificam sinais de alerta"* (E2P1)
		Questionamento aos pais sobre o episódio de febre (E2P1)	*"Questiono também sobre o motivo de vinda à urgência para perceber quando a criança iniciou febre e se tem outros sintomas associados"* (E2P1)

P2-Como planeia os cuidados a uma criança com febre?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Planeamento dos cuidados de enfermagem	Planeamento centrado na criança	Cuidados adaptados às necessidades da criança (E2P2)	*"Planeio sempre de forma individualizada, considerando a idade da criança, gravidade da situação (...)"* (E2P2)
		Prioridade das intervenções com base nas necessidades da criança (E2P2)	*"sendo a prioridade a monitorização da temperatura corporal, a administração do antipirético e a promoção do conforto"* (E2P2)
	Planeamento centrado nos pais	Estado emocional dos pais (E2P2)	"*Planeio (...) e o nível de ansiedade dos pais"* (E2P2)
	Planeamento centrado nos ensinos	Estado clínico (E2P2)	*"À medida que a temperatura diminui e a criança apresenta sinais de melhoria aproveito esta fase para orientar e ensinar os pais uma vez que se encontram mais recetivos à aprendizagem"* (E2P2)

P3- Como implementa as suas intervenções?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções em simultâneo	Realização simultânea de várias intervenções (E2P3)	*"As intervenções são realizadas em simultâneo, durante a fase de subida térmica, monitorizo a temperatura e administro o antipirético, a prioridade é o conforto da criança, fornecendo apenas informações sobre os cuidados prestados aos pais"* (E2P3)
	Implementação dos ensinos	Comunicação clara e baseada em evidência (E2P3)	"*Considero importante, fornecer aos pais informação simples, direta e baseada em evidência"* (E2P3)
		Ensinos realizados sobre gestão da febre (E2P3)	"*abordando o que é considerado febre e os sinais de alerta, quando e como administrar antipiréticos, a importância da hidratação e do conforto, bem como as situações que exigem avaliação médica imediata*" (E2P3)
		Ansiedade parental (E2P3)	"*À medida que a criança apresenta sinais de melhoria, os pais tornam-se mais recetivos, a ansiedade desaparece e os ensinos podem ser feitos"* (E2P3)

P4- O que faz para avaliar os resultados das intervenções realizadas?

Temas	Subtemas	Códigos	Excertos
Avaliação dos resultados de enfermagem	Avaliação clínica da criança	Observação de alterações no estado clínico (E2P4)	"*Para avaliar os resultados das minhas intervenções tenho em conta a evolução clínica da criança por exemplo se houve diminuição da temperatura corporal, melhoria do estado geral e aumento do conforto da criança"* (E2P4)
	Avaliação dos ensinos	Limitação temporal para avaliação (E2P4)	*"Para avaliar os resultados dos ensinos aos pais é mais difícil pelo curto período de tempo em que eles permanecem na urgência"* (E2P4)
		Colocação de questões aos enfermeiros e demonstração de interesse nos ensinos (E2P4)	"*e se eles vão colocando questões e demonstrando interesse durante os ensinos, é um indicador positivo"* (E2P4)
		Observação da expressão facial (E2P4)	*"À medida que vou fazendo os ensinos tento perceber pela expressão facial dos pais se estão a perceber o que digo"* (E2P4)
		Questionamento aos pais (E2P4)	"*costumo fazer perguntas para confirmar se os pais compreenderam as orientações- "pode dizer-me o que vai fazer se a febre voltar?"; "quando é que administra o antipirético?"; "sabe quais são os sinais a ter em atenção?""* (E2P4)