Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Lívia Cristina Pinto Antunes Couto

As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Capacitação Parental na Gestão da Febre

abril de 2026

Lívia Cristina Pinto Antunes Couto **As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Capacitação Parental na Gestão da Febre**

UMinho | 2026

Universidade do Minho
Escola Superior de Enfermagem

Lívia Cristina Pinto Antunes Couto

As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Capacitação Parental na Gestão da Febre

Relatório de Estágio
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Trabalho efetuado sob a orientação da
Mestre Maria José Matos Rodrigues 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 CC BY

https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/

Agradecimentos

À minha família, o meu porto seguro. Ao meu marido e aos meus filhos, por serem a luz que iluminou os dias mais longos e a motivação constante.

À minha avó: no teu silêncio encontrei a minha força. Eu sei.

Aos meus amigos e a todos aqueles que, um por um, viveram comigo este percurso. Não preciso de nomear cada um; vocês sabem quem são e o quão importantes foram.

À minha orientadora, à coordenadora de mestrado e aos meus orientadores da prática, pelo saber partilhado e pelo apoio fundamental nesta caminhada. Aos meus colegas de mestrado, pela jornada que dividimos.

À Instituição e às minhas colegas de trabalho, agradeço o apoio e a colaboração, fundamentais para a concretização deste percurso e pela forma como integraram este projeto no meu dia a dia profissional.

"I am a slow walker, but I never walk back."

Abraham Lincoln

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.

As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Capacitação Parental na Gestão da Febre

Resumo

O presente relatório foi elaborado no âmbito do Estágio de Natureza Profissional com Relatório do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, realizado em contexto de Cuidados de Saúde Diferenciados entre 22 de setembro de 2025 e 23 de janeiro de 2026. Tem como objetivo analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido nos contextos de Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Tratamento Pediátrica e Serviço de Urgência Pediátrico, explicitando o desenvolvimentos das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Em articulação com este percurso, foi desenvolvido um estudo de caso de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, centrado nas intervenções do EEESIP na Capacitação Parental na gestão da febre da criança no contexto de Serviço de Urgência Pediátrico. Os resultados evidenciaram que a intervenção do EEESIP na gestão da febre integra dimensões clínicas, educativas, relacionais e organizacionais, expressas na avaliação inicial das necessidades parentais, no planeamento individualizado, na implementação de ensinos ajustados, na validação da compreensão e na preparação da continuidade segura dos cuidados. Evidenciou-se ainda que a dimensão documental da capacitação parental permanece menos visível e sistematizada do que a prática que lhe corresponde. O percurso desenvolvido permitiu desenvolver e consolidar competências especializadas e reforçou a articulação entre a prática clínica, a reflexão crítica e a investigação como dimensões indissociáveis da formação avançada em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Palavras-chave: Capacitação Parental; Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica; Estudo de Caso; Febre; Serviço de Urgência Pediátrico

The Interventions of the Clinical Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing in Parental Empowerment in Fever Management

Abstract

This report was developed within the scope of the Professional Internship with Report of the Master's Degree in Child and Paediatric Health Nursing, carried out in specialised healthcare settings between 22 September 2025 and 23 January 2026. Its aim is to critically analyse the educational and professional development pathway undertaken in the Intensive Care Unit, Paediatric Treatment Unit and Paediatric Emergency Department, highlighting the development of the common and specific competencies of the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing.

In articulation with this training pathway, a qualitative, descriptive and exploratory case study was developed, focusing on the interventions of the Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing in parental empowerment for the management of fever in children within the Paediatric Emergency Department. The findings showed that the specialist nurse's intervention in fever management integrates clinical, educational, relational and organisational dimensions. These dimensions were reflected in the initial assessment of parental needs, individualised care planning, the implementation of tailored health education, the validation of parental understanding and the preparation for safe continuity of care.

The results also highlighted that the documentation of parental empowerment remains less visible and less systematically recorded than the clinical practice that supports it. The pathway undertaken enabled the development and consolidation of specialised competencies and reinforced the articulation between clinical practice, critical reflection and research as inseparable dimensions of advanced training in Child and Paediatric Health Nursing.

Keywords: Case Study; Child Health and Paediatric Nursing; Fever; Paediatric Emergency Department; Parental Empowerment

Índice geral

Introdução **1**

1. Enquadramento Teórico **3**

1.1. Febre em Idade Pediátrica 3

1.2. Crenças, "Febrefobia" e Literacia em Saúde 5

1.3.Cuidados de Saúde e Doença Aguda da Criança e Família 6

1.4. Hospitalização e as Necessidades da Criança 8

1.5. Parentalidade em Situação de Doença/Hospitalização 9

1.6. Cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 10

2. O Desenvolvimento de Competências na Prática Clínica **12**

2.1. Contexto de UCIN 12

2.2. Contexto de Unidade de Tratamento Pediátrica 17

2.3. Contexto de Serviço de Urgência Pediátrico 21

3. O Caso **27**

3.1. Metodologia 27

3.1.1. Tipo de estudo 28

3.1.2. Participantes 28

3.1.3. Procedimento de Colheita de Dados 28

3.1.4. Tratamento e Análise dos Dados 29

3.1.5. Considerações Éticas 30

3.1.6. Limitações do Estudo 31

3.2. Resultados 31

3.2.1. Avaliação Inicial das Necessidades Parentais Tabela 33

3.2.2.Planeamento das Intervenções de Enfermagem 34

3.2.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem 35

3.2.4. Avaliação dos Resultados das Intervenções de Enfermagem 37

3.2.5. Registos de Enfermagem 38

3.3. Discussão dos Resultados 39

3.3.1 Avaliação Inicial das Necessidades Parentais 39

3.3.2. Planeamento das Intervenções de Enfermagem 40

3.3.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem 41

3.3.4. Avaliação dos Resultados das Intervenções de Enfermagem 42

3.3.5- Registos de Enfermagem 43
4. O Cuidado Especializado 45
4.1. O Percurso das Competências do Enfermeiro Especialista 45
4.2. Raciocínio Clínico como Fundamento da Tomada de Decisão 46
4.3. Da Investigação à Prática 48
4.4. Cuidados Diferenciados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica 49
5. Conclusão 51
6. Referências Bibliográficas 55
7. Apêndices 61

Lista de siglas e abreviaturas

AAP: Academia Americana de Pediatria
ATLAS.ti Web: Software de apoio à análise qualitativa de dados
CCEE: Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
CCF: Cuidados Centrados na família
CEC: Cateter Epicutâneo Central
CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CP: Capacitação Parental
CPAP: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas
CRE: Enterobacteriaceae resistentes aos carbapenemos
CSD: Cuidados de Saúde Diferenciados
CSP: Cuidados de Saúde Primários
DGS: Direção-Geral da Saúde
EE: Enfermeiro Especialista
EEER: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação
EEESIP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ESIP: Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
MESIP: Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
NICE: National Institute for Health and Care Excellence
OE: Ordem dos Enfermeiros
OMS: Organização Mundial da Saúde
PA: Participante A
PB: Participante B
RN: Recém Nascido
RNPT: Recém Nascido Pré-Termo
SIP: Saúde Infantil e Pediátrica
SIV: Suporte Imediato de Vida
SO: Serviço de Observação
SUG: Serviço de Urgência Geral
SUP: Serviço de Urgência Pediátrico
TCE: Traumatismo Crânio Encefálico
UCIN: Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
UNICEF: Fundo das Nações Unidas para a Infância
UOG: Urgência de Obstetrícia e Ginecologia
UTP: Unidade de Tratamento Pediátrica
VIH: Vírus da Imunodeficiência Humana

Índice de Tabelas

Tabela1 – Síntese dos Eixos Temáticos da Análise de Conteúdo 32

Tabela 2 –Avaliação Inicial das Necessidades Parentais 33

Tabela 3 – Planeamento das Intervenções de Enfermagem 34

Tabela 4 – Implementação das Intervenções de Enfermagem 35

Tabela 5 – Avaliação dos Resultados das Intervenções de Enfermagem 37

Tabela 6 – Registos de Enfermagem 38

Índice Apêndices

Apêndice A Termo de Consentimento Informado 61

Apêndice B Guião de Entrevista aos EEESIP 62

Apêndice C Matriz de Análise de Conteúdo, Segundo Bardin, com Apoio do ATLAS.ti Web 63

Apêndice D Caracterização das Admissões por Febre em SUP 67

Introdução

O presente relatório foi elaborado no âmbito da Unidade Curricular, Estágio de Natureza Profissional com Relatório, integrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) da Universidade do Minho. A realização do estágio num contexto clínico, acompanhada da elaboração do respetivo relatório, constitui uma modalidade privilegiada de consolidação das aprendizagens e de desenvolvimento das competências inerentes ao exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), permitindo articular prática clínica, reflexão crítica e investigação.

O percurso formativo decorreu entre os dias 22 de setembro de 2025 e 23 de janeiro de 2026, em três contextos de Cuidados de Saúde Diferenciados (CSD) : Unidade de Cuidados Intensivos (UCIN), Unidade de Tratamento Pediátrica (UTP) e Serviço de Urgência Pediátrico (SUP). A diversidade destes contextos permitiu acompanhar diferentes expressões de vulnerabilidade, doença aguda, hospitalização e complexidade clínica na criança (no âmbito deste trabalho, a palavra "criança" refere-se ao indivíduo até aos 18 anos) e família, favorecendo uma compreensão progressivamente diferenciada do papel do EEESIP na prestação de cuidados especializados, centrados na criança e família e sustentados na melhor evidência disponível.

A análise do percurso desenvolvido apoia-se em referenciais teóricos e normativos que sustentam a leitura especializada das situações clínicas vivenciadas. A teoria das transições, de Meleis et al. (2000), permite compreender como a doença aguda, a hospitalização e a assunção de novos papéis de cuidado configuram processos de transição que exigem reorganização, aquisição de competências e desenvolvimento de respostas adaptativas por parte da família. Por outro lado, o modelo de parceria de cuidados, de Casey (1995), sustenta a centralidade da família no processo terapêutico, reconhecendo os pais como parceiros essenciais e defendendo a continuidade do seu papel mesmo em contextos de maior complexidade clínica. Estes referenciais articulam-se com os Regulamentos n.º 422/2018 e n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE), que enquadram, respetivamente, as competências especificas do EEESIP e as competências comuns do Enfermeiro Especialista (EE).

Em conformidade com a natureza do grau de mestre e com a exigência de integração entre prática e investigação, o relatório inclui uma componente investigativa, desenvolvida sob a forma de estudo de caso. A temática selecionada incidiu sobre as intervenções do EEESIP na Capacitação Parental (CP) na gestão da febre da criança em contexto de SUP. A escolha desta problemática decorre

da sua relevância clínica, educativa e social, uma vez que a febre permanece num dos motivos mais frequentes de preocupação dos pais e de recurso aos serviços de saúde pediátricos, encontrando-se frequentemente associada a perceções de gravidade, insegurança e ansiedade que favorecem práticas inadequadas no domicílio e uma utilização, por vezes precipitada, dos recursos assistenciais (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2018a, 2018b; NICE, 2021). A *capacitação parental*, entendida como processo intencional de promoção de conhecimentos, desenvolvimento de competências e reforço da autoconfiança dos pais, constitui uma dimensão central dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (ESIP) e uma área de intervenção prioritária do EEESIP.

Do ponto de vista metodológico, o estudo de caso orientou-se pelos princípios do paradigma qualitativo, recorrendo à análise de conteúdo segundo Bardin (2016) para o tratamento dos dados, com apoio do software ATLAS.ti Web. Esta opção metodológica revela-se coerente com a natureza exploratória e contextualizada da problemática em análise, e com a exigência académica de demonstrar, no âmbito do grau de mestre, não apenas a aplicação de conhecimentos especializados, mas também a capacidade de conduzir e fundamentar um processo investigativo com rigor, reflexividade e autonomia científica (Streubert & Carpenter, 2011; Yin, 2018).

Com a elaboração deste relatório pretende-se: descrever e analisar criticamente o percurso formativo desenvolvido nos contextos de estágio; explicitar o contributo desses contextos para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP; e apresentar a componente investigativa desenvolvida, centrada na análise das intervenções do EEESIP na CP na gestão da febre da criança no contexto de SUP.

O relatório organiza-se em quatro partes. A parte I corresponde ao enquadramento teórico. A parte II centra-se no percurso de estágio e no desenvolvimento de competências nos três contextos clínicos. A parte III é dedicada ao estudo de caso, integrando a metodologia, os resultados e a sua discussão. Por fim, a parte IV apresenta a análise crítica do cuidado especializado, integrando todo o percurso formativo, o clínico e o de investigação.

1. Enquadramento Teórico

O presente capitulo pretende apresentar e descrever, os conceitos e teorias estruturantes de todo o trabalho que orientaram a análise critica das intervenções do EEESIP na CP para a gestão da febre da criança.

A febre, apesar de frequentemente associada a situações benignas e autolimitadas, adquire uma relevância clínica e assistencial que vai além da sua definição fisiológica. Em pediatria, este sintoma mobiliza medo, crenças, procura de validação profissional e decisões parentais sob incerteza, tornando-o um foco de análise particularmente pertinente da prática do EEESIP (Yoong et al., 2021; Sakamoto et al., 2026; Lynch et al., 2024). Numa perspetiva mais abrangente, é abordada enquanto manifestação comum de doença aguda na criança, com repercussões na familia e no desempenho da parentalidade.

Assim, inicia-se, com a definição da febre enquanto fenómeno clínico frequente e motivo recorrente de procura de cuidados de saúde, depois descrevemos e analisamos alguns dos significados que lhe são atribuídos pelos pais/cuidadores, para a experiência de doença aguda e de hospitalização e, por fim, a resposta especializada de enfermagem centrada na criança e na família (DGS, 2018a, 2018b; OE, 2017, 2018).

A elaboração deste capítulo, apoia-se nas orientações da DGS, nos referenciais normativos e deontológicos da OE, nos contributos da Organização Mundial de Saúde (OMS) e na literatura científica recente sobre febre, parentalidade, literacia em saúde, transições e cuidados pediátricos. Deste modo, procura-se compreender o fenómeno de forma integrada, situando a capacitação parental como uma intervenção clinicamente pertinente, relacionalmente contextualizada e metodologicamente fundamentada (OE, 2015a, 2015b, 2017, 2024; OMS, 2016, 2018).

1.1. Febre em Idade Pediátrica

A febre constitui um dos sinais clínicos mais frequentes da população pediátrica, e permanece entre os principais motivos na procura de cuidados de saúde, quer em contexto comunitário, quer em contexto hospitalar. A sua relevância decorre da elevada prevalência, e também da centralidade que assume na perceção parental de gravidade e na decisão de recorrer aos serviços. No contexto de urgência pediátrica, apresenta-se frequentemente como razão principal de observação clínica, ou como sintoma associado a múltiplas situações agudas, nomeadamente infeções respiratórias, víricas e outras condições infeciosas da infância, sublinhando a sua importância na atividade assistencial pediátrica

(Yoong et al., 2021; Khojah et al., 2024).

Do ponto de vista fisiológico, corresponde a uma elevação regulada da temperatura corporal, resultante da ativação dos mecanismos centrais de termorregulação, perante estímulos infeciosos ou inflamatórios, traduzindo uma resposta adaptativa do organismo (Takaishi et al., 2024). A sua interpretação clínica deve, por isso, ser contextualizada — considerando o estado geral da criança, a idade, os antecedentes, os sintomas associados e a presença de sinais de alarme — e não apenas o valor isolado da temperatura. As orientações da DGS sublinham a necessidade de uma abordagem estruturada, que integre a medição correta da temperatura, a história do episódio, os dados observados, as medidas previamente adotadas e o ensino dirigido aos pais/cuidadores. (DGS, 2018a, 2018b).

Embora seja frequente na população pediátrica e, na maioria das situações, associada a processos autolimitados, a febre continua a ser um dos sinais que mais inquieta a família e que mais conduz à procura de avaliação profissional. Esta dupla dimensão — sinal clínico comum e vivência familiar mobilizadora — confere-lhe particular relevância nos cuidados à criança, sobretudo quando a decisão parental ocorre num quadro de incerteza, e necessidade de resposta rápida. Importa, por isso, compreendê-la também na sua dimensão relacional e assistencial, na medida em que condiciona a experiência de cuidar, a interpretação da doença e o recurso aos serviços de saúde (Becker & Chong e Silva, 2020; Soares et al., 2025).

A dependência da criança face aos pais/cuidadores, no reconhecimento de sinais e na gestão do cuidado domiciliar, confere a esta análise um caráter imprescindível. A alteração da temperatura corporal, emerge como o indicador primário que exige da família, a interpretação dos sintomas e a tomada de decisão terapêutica. É nesta articulação entre a evidência clínica e a experiência subjetiva familiar, que o tema adquire centralidade neste relatório, uma vez que, o seu impacto reflete na forma como o cuidado é gerido e integrado no quotidiano familiar (DGS, 2018a).

Nesta ótica, a febre deve ser compreendida nas dimensões clínica, assistencial e relacional. A elevada prevalência, visibilidade e a inquietação que gera no seio familiar atribuem-lhe uma centralidade enquanto foco de análise na prática do EEESIP. Para a compreender plenamente, é necessário aprofundar os significados que lhe são atribuídos pelos pais, das crenças subjacentes e os níveis de literacia em saúde — elementos que condicionam decisivamente tanto a gestão do episódio febril no dia a dia, como o padrão de recurso aos serviços (DGS, 2019; Shimony-Kanat et al., 2023).

1.2. Crenças, "Febrefobia" e Literacia em Saúde

Apesar de, a febre ser, do ponto de vista biomédico, uma manifestação frequente e geralmente autolimitada, a vivência pelos pais/cuidadores nem sempre acompanha essa interpretação. Em muitas famílias, é associada à possibilidade de agravamento rápido, perigo ou imprevisibilidade, assumindo um significado que excede a sua definição fisiológica. Esta discrepância, entre o olhar clínico e a experiência parental ajuda a compreender a intensidade emocional que acompanha muitos episódios febris, bem como a necessidade de orientação, segurança e validação por parte dos profissionais de saúde (Sakamoto et al., 2026; Becker & Chong e Silva, 2020).

A literatura descreve de forma consistente a persistência de crenças incorretas ou desajustadas relativamente à febre, mesmo num contexto de maior disponibilidade de informação em saúde. Entre as mais frequentes, destacam-se a associação imediata entre febre e gravidade clínica, o receio de lesão neurológica permanente, a convicção de que a temperatura deve ser rapidamente normalizada, independentemente do estado geral da criança, e o medo de convulsões. Estas interpretações sustentam o que a literatura designa por *febrefobia*, — uma preocupação excessiva face aos riscos atribuídos à febre, — com consequências diretas nas decisões e práticas de cuidado. A evidência recente mostra que continuam a existir lacunas no conhecimento dos pais/cuidadores relativamente ao significado do sintoma, aos critérios de vigilância, à utilização da terapêutica e aos sinais que justificam observação médica (Shimony-Kanat et al., 2023).

A convulsão febril assume, neste contexto, particular relevo enquanto foco recorrente de preocupação parental. Embora a maioria destes episódios apresente evolução benigna, a sua manifestação súbita e potencialmente dramática tende a intensificar a ansiedade dos pais e a influenciar a condicionar o recurso às urgências pediátricas. O receio de sequelas neurológicas ou de agravamento clínico, pode levar à antecipação de cenários desfavoráveis e motivando procura dos serviços, como forma de obter resposta rápida à descida da temperatura, mesmo quando o estado geral da criança não apresenta sinais de alarme. Esta realidade demonstra que a gestão da febre não depende apenas da transmissão de informação técnica, mas da compreensão das crenças, receios e significados que orientam o comportamento parental perante a doença aguda (Sakamoto et al., 2026; Shimony-Kanat et al., 2023).

A literacia em saúde parental constitui, neste âmbito, uma dimensão mediadora essencial. A capacidade de aceder, compreender, avaliar e utilizar informação sobre saúde, influencia diretamente a forma como os pais interpretam a febre, distinguem sinais tranquilizadores, de sinais de alarme, administram terapêutica e decidem quando recorrer aos cuidados de saúde. Esta decisão resulta da

articulação entre informação disponível, experiências prévias, as emoções, as crenças culturais, a confiança nos profissionais e as condições concretas em que o episódio ocorre. Níveis insuficientes de literacia em saúde podem assim, coexistir como preocupação parental e condicionar a procura de ajuda profissional, num quadro da incerteza (Becker & Chong e Silva, 2020; Kuntz et al., 2025; Shimony-Kanat et al., 2023).

O recurso ao SUP ocorre, em muitos casos, quando os pais sentem dificuldade em avaliar a gravidade do episódio, receiam complicações ou valorizam a resposta imediata do serviço de urgência, como fonte de segurança. Esta procura deve ser compreendida em articulação com a literacia em saúde e com a qualidade da comunicação estabelecida pelos profissionais, na medida em que uma orientação clara e adaptada pode favorecer decisões parentais seguras perante novos episódios febris (Becker & Chong e Silva, 2020; Soares et al., 2025).

A evidência científica disponível sustenta que intervenções educativas breves, estruturadas e ajustadas ao contexto na melhoria do conhecimento parental, na diminuição de crenças inadequadas e na promoção de práticas de cuidado seguras. Contudo, a informação isolada nem sempre é suficiente: a mudança efetiva depende da qualidade da comunicação, da clareza da linguagem utilizada, da possibilidade de esclarecer dúvidas concretas e da verificação da compreensão por parte dos pais. A literacia em saúde e a febrefobia constituem, neste sentido, dimensões sobre as quais, a prática profissional pode intervir de forma intencional e estruturada (Lynch et al., 2024; Tavan et al., 2022; OE, 2024).

A vulnerabilidade associada à situação aguda da criança expressa-se na forma como a família a interpreta, gere e atribui significados. Esta vivência, marcada por medo, necessidade de proteção, stress e incerteza, exige uma resposta de enfermagem diferenciada, capaz de integrar a experiência familiar no processo de cuidados. Neste sentido, justifica- se a análise que se segue, sobre a forma como a doença aguda é vivida pela criança e pela família.

1.3.Cuidados de Saúde e Doença Aguda da Criança e Família

O recurso aos cuidados de saúde traduz, assim, a necessidade parental de obter segurança, orientação e validação profissional perante a incerteza da evolução clínica (Becker & Chong e Silva, 2020). Quando a criança adoece, o contexto familiar é inevitavelmente afetado, os pais têm de assumir a responsabilidade de reconhecer necessidades, organizar respostas e assegurar a continuidade dos cuidados. Este processo pode alterar rotinas, exigir reorganização de tarefas, impor decisões rápidas e desencadear sentimentos de imprevisibilidade e de incapacidade momentânea garantir proteção. O

episódio febril deve, por isso ser entendido como um acontecimento que envolve simultaneamente a criança e a família, como uma dimensão relacional que ultrapassa a vivência individual (Meleis et al., 2000).

Meleis et al. (2000) definem *transição* como um processo marcado por mudança, direção e reorganização, que implica alterações na identidade, nos papéis, nas relações, nas capacidades e nos padrões de comportamento. No campo pediátrico, as transições saúde/doença adquirem expressão particular quando um episódio agudo, como a febre, coloca a família perante a necessidade de reconfigurar temporariamente o seu funcionamento, e de se adaptar a novas exigências de vigilância e cuidado.

A teoria das transições sublinha, que estas são influenciadas pelos significados atribuídos ao evento, pelo nível de conhecimento e competência disponível e pelas condições ambientais e emocionais que envolvem a experiência. Por isso, episódios clinicamente semelhantes podem ser vividos de forma muito distinta por famílias diferentes. Pais com informação acessível, suporte adequado e experiências prévias positivas tendem a mobilizar estratégias de decisão mais seguras; em contrapartida, o medo, crenças ameaçadoras, experiências anteriores difíceis ou menor literacia em saúde podem dificultar a transição e aumentar o recurso aos serviços. O episódio febril é, assim, vivido, interpretado e gerido de forma distinta em cada contexto familiar (Meleis et al., 2000).

O recurso à urgência pediátrica pode culminar numa observação clínica prolongada ou em determinadas circunstâncias, em internamento, em função da idade da criança, da presença de sinais de alarme, do estado geral ou da necessidade de vigilância acrescida. Ainda assim, a observação hospitalar e internamento devem ser entendida como um momento possível de um *continuum* assistencial e não como desfecho automático do episódio febril. Neste percurso, o sintoma pode constituir o ponto de partida para uma experiência que intensifica a vulnerabilidade familiar e requer resposta profissional diferenciada (Khojah et al., 2024; Yoong et al., 2021).

Compreender o episódio febril como uma transição saúde/doença permite situá-lo no âmbito da prática especializada de enfermagem, além da avaliação clínica, importa identificar as condições que facilitam ou dificultam uma adaptação saudável, nomeadamente o modo como a família compreende a situação, a confiança de que dispõe para atuar, os recursos de suporte disponíveis e a capacidade de integrar novas competências de cuidado. A partir desta perspetiva, torna-se pertinente analisar o impacto da permanência hospitalar na criança e na família, bem como as exigências éticas, emocionais e desenvolvimentais associadas a esse contexto (Meleis et al., 2000; OE, 2017).

1.4. Hospitalização e as Necessidades da Criança

A admissão hospitalar, ainda que clinicamente necessária, pode representar uma rutura com as rotinas habituais, expor a criança a procedimentos potencialmente geradores de medo e colocá-la perante um ambiente técnico e hostil. A forma como esta experiência é vivida repercute-se no bem-estar, na adaptação emocional e, em determinados contextos, no próprio desenvolvimento infantil (Castro-Trigo et al., 2026). A estes fatores acrescem, frequentemente, procedimentos diagnósticos e terapêuticos, alterações do sono, restrições de mobilidade e exposição continuada a um ambiente hospitalizado, o que pode intensificar o stress e o sofrimento. A qualidade dos cuidados não se limita, por isso, na resposta clínica à doença, devendo também integrar as dimensões emocionais, relacionais e desenvolvimentais da hospitalização (Castro-Trigo et al., 2026; OE, 2017).

Neste contexto, os direitos enunciados na Carta da Criança Hospitalizada devem orientar a prestação de cuidados, assegurando proteção, conforto, informação adequada à idade e ao estádio de desenvolvimento, bem como a presença e participação da família sempre que possível., constitui, neste quadro uma exigência ética incontornável: a prestação de cuidados deve assegurar proteção, conforto, informação adequada à idade e ao estádio de desenvolvimento, bem como a presença e participação da família sempre que possível, com respeito pela dignidade, individualidade e continuidade do crescimento. Importa, neste sentido, garantir práticas que minimizem o sofrimento, diminuam a ansiedade e promovam segurança física e emocional (Instituto de Apoio à Criança, 2017; OE, 2015a).

A literatura evidencia que intervenções promotoras de bem-estar, humanização e suporte ao desenvolvimento, como o brinquedo terapêutico, ou outras estratégias adpatadas, podem reduzir o medo, favorecer a expressão emocional e melhorar a adaptação da criança aos procedimentos e ambiente hospitalar (Castro-Trigo et al., 2026; Depianti et al., 2024).

Paralelamente, a hospitalização afeta toda a família, que passa a conciliar as exigências do acompanhamento hospitalar com responsabilidades domésticas, laborais e familiares, ao mesmo tempo que enfrenta o impacto emocional da doença. Neste contexto, as tarefas parentais tendem a ser reconfiguradas, exigindo negociação, redistribuição e clarificação de papéis entre pais e profissionais, de modo a assegurar continuidade, segurança e bem-estar. A evidência mostra que a presença, participação e colaboração parental no hospital devem ser apoiadas por práticas profissionais intencionais, capazes de preservar referências familiares, promover segurança emocional e favorecer a continuidade do cuidado num ambiente desconhecido. Esta análise conduz, assim, à reflexão sobre o exercício da parentalidade em contexto de doença (Harlow et al., 2024; OE, 2015b; Rodrigues et al., 2026; Stalder et al., 2024; Sundal, 2024).

1.5. Parentalidade em Situação de Doença/Hospitalização

A parentalidade constitui um conceito central na ESIP, na medida, em que é através do exercício competente do papel parental que a criança obtém de proteção, cuidado, orientação e condições para um desenvolvimento saudável. A OE conceptualiza a p*arentalidade* como um processo relacional, ético e prático pelo qual os pais assumem responsabilidades no cuidado, proteção e promoção do desenvolvimento da criança, respondendo às suas necessidades de forma ajustada e consistente (OE, 2024).

A OMS (2028) reforça esta perspetiva, definindo-a como o conjunto de condições asseguradas pelos pais - proteção, saúde, nutrição, responsabilidade e oportunidades de aprendizagem - que favorecem o desenvolvimento integral e a realização do seu potencial (OMS, UNICEF, & World Bank, 2018). Em situação de doença, estas responsabilidades mantêm-se, mas tornam-se mais exigentes, os pais passam a ter de reconhecer alterações clínicas, decidir sobre medidas de conforto e terapêutica, acompanhar a criança em contextos assistenciais, gerir informação complexa e preservar, tanto quanto possível, a estabilidade emocional e relacional (OE, 2015b).

Quando ocorre, a hospitalização, o exercício da parentalidade é confrontado exigências acrescidas, incerteza e necessidade de reorganização. As deslocações, a gestão de horários, as responsabilidades laborais, o cuidado de outros filhos e a necessidade de responder às emoções da própria criança, alteram o quotidiano familiar e exigem adaptação contínua. A parentalidade em contexto de doença emerge assim, simultaneamente como uma área de vulnerabilidade e um domínio privilegiado de intervenção profissional (Lopes et al., 2023; OE, 2024).

A OE (2015, 2024), nos Guias das Boas Práticas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reconhece a adaptação à parentalidade como área nuclear da intervenção do EEESIP, sublinhando a necessidade de avaliar competências parentais, identificar necessidades específicas, apoiar o envolvimento nos cuidados e promover continuidade entre hospital e domicílio. Na mesma linha, a literatura defende que a presença e a participação ativa dos pais, minimizam o impacto negativo da experiência hospitalar e favorecem a autonomia da família, sobretudo quando apoiadas por intervenção estruturada da equipa de enfermagem (Aljawad et al., 2025; Butler et al., 2025; Lopes et al., 2023; Rodrigues et al., 2026).

A valorização de relações responsivas, respeitosas, seguras e promotoras de desenvolvimento entre pais e criança constitui um eixo central da intervenção especializada (OE, 2024). Nesta perspetiva, apoiar os pais implica, reforçar competências previamente existentes, clarificar práticas e promover a confiança e a autonomia no exercício da parentalidade. Deste modo, os cuidados

diferenciados devem contribuir para a promoção da saúde e do bem-estar da díade (OE, 2015b).

Esta perspetiva justifica a relevância de Cuidados Centrados na Família (CCF), sustentados em parceria, comunicação e valorização das competências parentais (Casey, 1995; OE, 2017).

1.6. Cuidados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

O EEESIP presta cuidados especializados centrados na criança e na família, reconhecendo os pais como parceiros no processo de cuidar. Nesta perspetiva, a intervenção orienta-se para a integração da dimensão familiar no processo assistencial, para a valorização do envolvimento parental e para a adequação dos cuidados às necessidades e capacidades de cada família. A partilha de informação, a clarificação de papéis e a participação nos cuidados assumem, assim, particular relevância na prática pediátrica.

Os CCF e o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, sustentam esta filosofia de cuidados, pois, reconhecerem que a criança deve ser compreendida no seu contexto familiar e que os pais desempenham um papel essencial na continuidade e segurança dos cuidados. Neste enquadramento, compete ao EEESIP avaliar o potencial de envolvimento parental, identificar necessidades específicas, apoiar o exercício da parentalidade e preparar progressivamente a família para cuidar com maior segurança, quer em contexto hospitalar, quer no domicílio.

O Regulamento n.º 422/2018 enquadra estas intervenções num modelo centrado na criança e família, assente na parceria, na prestação de cuidados de nível avançado e na promoção da educação para a saúde e do suporte familiar. Por sua vez, o Regulamento n.º 140/2019 complementa este perfil ao destacar o julgamento clínico diferenciado, a tomada de decisão complexa, a liderança clínica, a promoção da segurança e a melhoria contínua da qualidade como dimensões estruturantes da prática especializada. Estas competências expressam-se concretamente na avaliação diferenciada da criança, na priorização de necessidades, na comunicação terapêutica, no apoio à decisão parental e na articulação de respostas ajustadas a cada situação clínica.

Neste sentido, a CP na gestão da febre constitui uma expressão objetiva da intervenção especializada do EEESIP. Dada a frequência com que este sintoma ocorre em idade pediátrica e o impacto que assume na família, a resposta adequada exige uma articulação entre avaliação clínica, relação terapêutica e parceria com os pais, favorecendo a autonomia parental. Para além da abordagem ao episódio agudo, esta intervenção envolve também o reforço da confiança parental e o apoio à tomada de decisão informada e segura.

Em síntese, a intervenção especializada do EEESIP distingue-se pela capacidade de articular julgamento clínico, CCF, parceria de cuidados e apoio parentalidade, orientando os cuidados diferenciados para as necessidades da criança e do seu contexto familiar. No âmbito da febre em idade pediátrica, esta articulação sustenta a CP como uma área de relevância da prática especializada, contribuindo para a excelência do cuidado em pediatria.

2. O Desenvolvimento de Competências na Prática Clínica

O percurso formativo desenvolvido ao longo do estágio visou a consolidação do perfil de competências do EEESIP, integrando progressivamente conhecimentos científicos, técnicos, éticos e relacionais indispensáveis à prestação de cuidados especializados à criança e família em situações de especial vulnerabilidade, doença aguda, hospitalização e elevada complexidade clínica.

A natureza dos contextos clínicos percorridos — Unidade de Cuidados Intensivos, Unidade de Tratamento Pediátrica e Serviço de Urgência Pediátrico — exigiu fundamentação das decisões clínicas, formulação de juízos, identificação precoce de riscos e sustentação da prática na melhor evidência disponível.

Este capítulo organiza-se em três subcapítulos, correspondentes aos diferentes contextos de estágio. Em cada um deles procede-se à caracterização do serviço, à descrição das experiências mais significativas e à análise crítica das práticas desenvolvidas, com vista a explicitar o modo como contribuíram para o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP.

2.1. Contexto de UCIN

O estágio na UCIN, decorreu num hospital central da região norte, entre os dias 22 de setembro e 24 de outubro de 2025, num contexto de elevada diferenciação técnica e humana. A unidade, composta por 19 unidades distribuídas entre Cuidados Intensivos, Intermédios e Intensivos Pediátricos, integrava uma equipa multidisciplinar. Esta organização favoreceu a implementação de práticas coerentes com os CCF, nomeadamente a presença parental contínua e o incentivo sistemático à permanência dos pais junto do Recém Nascido (RN), dimensões reconhecidas como relevantes para a integração da família nos cuidados neonatais e pediátricos críticos (Aljawad et al., 2025).

A opção por uma UCIN diferenciada, com Recém Nascidos Pré-Termo (RNPT) abaixo das 32 semanas, com necessidade de suporte ventilatório e com patologia neurológica rara, representou uma opção consciente por um contexto de maior densidade técnica e clínica. As dificuldades iniciais na manipulação do RN extremamente prematuro, na administração asséptica da terapêutica e no manuseamento de dispositivos como CPAP e blenders foram geridas com recurso constante à supervisão, sem comprometer em momento algum a segurança dos cuidados. Esta postura, assente no reconhecimento dos limites e na procura ativa de apoio, constitui por si, uma expressão de prática especializada segura. Pedreira e Belela-Anacleto (2025) sublinham precisamente que o reconhecimento dos limites e a cultura de apoio entre pares são condições estruturais da segurança

neonatal.

Poucos contextos tornam tão visível a vulnerabilidade parental como a UCIN. A admissão de um RNPT ou clinicamente instável – que seria expectável como início de uma experiência parental saudável – transforma-se frequentemente numa experiência de crise, marcada por perda de controlo emocional, imprevisibilidade da evolução clínica e dificuldade em lidar com um ambiente dominado pela tecnologia e pela urgência iminente. Aljawad et al. (2025) identificam esta vivência como ambivalente e como um dos principais obstáculos ao envolvimento parental nas unidades neonatais. Os pais sentem-se simultaneamente responsáveis pelo filho e incapazes de o cuidar, o que exige do EEESIP uma intervenção ativa de acolhimento, validação emocional e capacitação progressiva. Meleis et al. (2000) enquadram este processo como uma transição simultaneamente desenvolvimental e situacional, em que tornar-se pai ou mãe e lidar com a doença do filho decorrem em simultâneo e se influenciam mutuamente.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey concretizou-se de forma particularmente visível neste contexto. Os cuidados de higiene, o posicionamento, a extração e administração do leite materno, a implementação do método canguru, e os momentos de conforto foram progressivamente partilhados com os pais, sempre com orientação e apoio da equipa de enfermagem (Farrell, 1992; Casey, 1995; OE, 2015b). Silva et al. (2025), numa revisão sobre a participação do pai nos cuidados ao filho criticamente doente, reforçam que esta inclusão não depende apenas da abertura institucional, mas de estratégias consistentes de negociação e de reconhecimento do papel parental por parte dos profissionais, o que confirma que a unidade observada se encontrava alinhada com boas práticas documentadas.

O método canguru constituiu outra das aprendizagens clínicas e formativas relevantes, Santos et al. (2024), num estudo longitudinal com 186 prematuros, demonstraram que o contacto pele a pele se associa fortemente a taxas elevadas de aleitamento materno exclusivo, tanto à alta como no seguimento posterior, sendo que os RN que realizaram a primeira sucção na unidade canguru apresentaram maior probabilidade de manter aleitamento exclusivo ao longo do acompanhamento. O suporte à amamentação assumiu, por isso, centralidade na prática: a insegurança materna perante a sucção imatura, a fadiga associada à extração mecânica e a ansiedade de mães sem experiência prévia exigiram ensinos individualizados, demonstração prática e presença contínua de suporte. Santos et al. (2024) assinalam que a literacia em saúde e o apoio profissional são determinantes para o sucesso do aleitamento, o que situa o EEESIP como agente de intervenção com impacto mensurável nos resultados.

O incentivo à extração de leite materno revelou-se, neste contexto, indissociável do suporte

relacional. Quando a sucção direta é inviável, por imaturidade, necessidade de suporte ventilatório ou separação entre a mãe e o RN, a extração mecânica assume-se como uma estratégia essencial para assegurar a continuidade da produção láctea, em consonância com as recomendações internacionais relativas aos cuidados perinatais respeitosos (OMS, 2025). Contudo, as bombas de extração de leite materno, embora importantes, não garantem só a continuidade do aleitamento; a componente relacional e educativa dos cuidados — ensinar, acompanhar e validar emocionalmente — mostrou-se insubstituível. Foi precisamente esta articulação entre técnica e suporte humano que definiu grande parte da intervenção desenvolvida no estágio.

A manipulação de leites hidrolisados e de fórmulas artificiais específicas para prematuros, constituiu outro domínio de aprendizagem com implicações diretas na segurança. A nutrição adequada é determinante para o crescimento, o neurodesenvolvimento e a prevenção de complicações associadas à prematuridade, conferindo ao processo de preparação e administração das fórmulas uma relevância que ultrapassa a dimensão meramente técnica. Neste contexto, a vulnerabilidade clínica do RNPT torna indispensável o rigor nos cálculos, a assepsia na preparação, a identificação correta, e a vigilância da tolerância digestiva, enquanto componentes essenciais da segurança terapêutica na UCIN.

A gestão da dor neonatal constituiu igualmente um foco de aprendizagem cuidadoso. Os RN internados na UCIN estão expostos a múltiplos procedimentos potencialmente dolorosos, com repercussões possíveis no neurodesenvolvimento quando a gestão da dor não é adequadamente assegurada. As estratégias não farmacológicas de controlo da dor — contenção, sucção não nutritiva, contacto pele a pele, redução luminosa e posicionamento — constituem instrumentos nucleares da prática do EEESIP neste contexto, em consonância com os referenciais de boa prática da especialidade (OE, 2013).

Entre as situações clínicas vivenciadas, três assumiram particular relevância formativa pela complexidade clínica, ética e relacional que implicaram. A primeira envolveu o acompanhamento de um casal cujos gémeos nasceram prematuramente por cesariana, motivada por restrição grave do crescimento de um deles. As trajetórias clínicas foram distintas desde o nascimento: um dos RN, com peso aproximado de 1 kg, dependente de CPAP, Cateter Epicutâneo Central (CEC), monitorização glicémica e alimentação por sonda gástrica, apresentava risco iminente de enterocolite necrosante; o outro evoluiu favoravelmente, com progressão para biberão. A mãe era seropositiva para VIH, condição que, após decisão partilhada com o pediatra e os pais, determinou a opção consensual de não amamentar. Tratou-se de uma decisão clinicamente fundamentada e eticamente sustentada, coerente com o princípio de tomada de decisão informada, partilhada e individualizada em função do contexto clínico materno e neonatal, como preconizado nas orientações internacionais sobre cuidados perinatais

respeitosos (OMS, 2025). A presença prolongada dos pais, na realização do método canguru alternadamente entre os dois RN, além da partilha progressiva dos cuidados exigiram gestão emocional cuidadosa do suporte familiar, prevenindo sentimentos de culpa ou desigualdade na participação parental.

A segunda situação envolveu uma mãe de um RN de 29 semanas e 4 dias, em isolamento por colonização materna por CRE. A sobreposição entre extrema prematuridade, suporte ventilatório por CPAP, CEC e medidas acrescidas de controlo de infeção criou um contexto de particular exigência. A extração de leite à beira da incubadora foi simultaneamente uma prioridade clínica — pela necessidade de minimizar o risco de enterocolite necrosante — e uma intervenção relacional, garantindo que o isolamento não se transformava em barreira ao vínculo materno. A prestação de cuidados estruturou-se no apoio técnico à extração mamária, no suporte emocional contínuo e na mitigação do distanciamento materno face ao diagnóstico clínico. Num contexto de isolamento por microrganismos multirresistentes, a intervenção focou-se estrategicamente na promoção do vínculo afetivo, assegurando que as exigências epidemiológicas não comprometiam a continuidade da díade mãe/filho.

A terceira situação, provavelmente a de maior complexidade acumulada, envolveu o acompanhamento de um RNPT, segundo gémeo, portador de síndrome de polimicrogiria, condição neurológica rara associada ao desenvolvimento cortical anómalo, epilepsia e compromisso neurocognitivo, com múltiplas intervenções neurocirúrgicas e drenagem ventricular externa durante o internamento (Wu et al., 2024). O percurso desta família iniciou-se ainda antes do nascimento, com incerteza diagnóstica, pressão para interrupção médica da gravidez e sucessivas deslocações entre o norte e o sul do país, numa primeira gravidez. Após o nascimento, a evolução distinta dos gémeos aprofundou a instabilidade: enquanto um teve alta, o outro manteve internamento prolongado com prognóstico incerto. A alta de um dos filhos, a hospitalização do outro, a extração de leite como prioridade, as visitas noturnas e a gestão da família alargada revelaram uma parentalidade exercida em condições de fragmentação e exaustão, configurando uma transição de elevada complexidade (Meleis et al., 2000). A vivência do pai, marcada por ansiedade intensa, motivou referenciação para apoio psicológico. Nogueira e Ribeiro (2023) identificam precisamente esta necessidade em contextos pediátricos de grande complexidade, defendendo que os pais necessitam de um espaço relacional seguro onde o sofrimento possa ser nomeado e acompanhado, sem expectativa de resolução imediata. A atuação desenvolvida, não se orientou para a eliminação do sofrimento, mas para o seu reconhecimento, contenção e acompanhamento numa abordagem clínica, ética e humanizada.

Por fim, destacou-se a prática observada de breves exercícios de respiração em equipa nos momentos de passagem de turno. Trabalhar em UCIN implica exposição contínua a situações de

elevada carga emocional, contexto que Pedreira e Belela-Anacleto (2025) associam explicitamente ao risco de degradação da cultura de segurança quando o bem-estar dos profissionais não é considerado. A iniciativa não era protocolada, mas revelou-se significativa: um serviço que cuida dos seus profissionais cria melhores condições para cuidar do RN e da família.

No plano da responsabilidade profissional, ética e legal, os desafios vivenciados — VIH materno, CRE, polimicrogiria com prognóstico incerto — exigiram tomada de decisão prudente e juridicamente enquadrada. A participação em discussões clínicas sobre limites da intervenção e sobre o impacto das trajetórias distintas dos gémeos permitiu compreender que a ética em UCIN não se reduz a princípios abstratos, antes se concretiza em decisões clínicas partilhadas com a equipa e com a família.

No plano da melhoria contínua da qualidade, a prática desenvolvida expressou-se na integração rigorosa de protocolos de controlo de infeção, gestão da dor e segurança terapêutica. O cálculo rigoroso de doses, a dupla verificação antes de cada administração e a vigilância do dreno ventricular traduziram um compromisso ativo com a segurança do RN, população particularmente vulnerável ao erro terapêutico. No que respeita à gestão da dor, as estratégias não farmacológicas, como posicionamento, sucção não nutritiva e toque terapêutico, foram mobilizadas em consonância com as orientações da OE, que reconhecem estas intervenções como instrumentos centrais da prática do enfermeiro especialista em contexto neonatal e pediátrico (OE, 2013). Esta abordagem integradora, que articula segurança terapêutica e controlo não farmacológico da dor, inscreve-se numa cultura de segurança proativa, tal como descrita por Pedreira e Belela-Anacleto (2025).

A gestão dos cuidados exigiu leitura integrada da situação clínica, comunicação eficaz com a equipa multidisciplinar e adaptação permanente às exigências do serviço. Moraes et al. (2023), num estudo sobre fatores associados a eventos adversos em pediatria sublinham que a gestão de cuidados em contextos de alta complexidade depende tanto da competência técnica individual como da qualidade da articulação entre profissionais, o que tornou particularmente visível a importância da integração progressiva na equipa ao longo do estágio.

A prática desenvolvida neste contexto permitiu mobilizar competências do EE, particularmente ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, nos termos previstos no Regulamento n.º 140/2019. No plano das competências específicas do EEESIP, a promoção da participação parental nos cuidados de higiene, na extração de leite, no posicionamento e na implementação do método canguru evidenciou uma intervenção coerente com a competência E1 — Assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde, particularmente no que respeita à

promoção da parentalidade e da participação da família no processo de cuidar. A gestão de situações de prematuridade extrema, síndrome de dificuldade respiratória, dor neonatal e doença neurológica rara mobilizou a competência E2 — Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente através do reconhecimento precoce de instabilidade e da resposta diferenciada a situações de elevada exigência clínica. Por sua vez, a promoção da vinculação, o apoio à amamentação e a negociação do envolvimento parental nos cuidados expressaram a competência E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (OE, 2018; Santos et al., 2024; Aljawad et al., 2025).

2.2. Contexto de Unidade de Tratamento Pediátrica

O estágio na UTP decorreu entre 3 de novembro de 2025 e 12 de dezembro de 2025, num hospital público insular, num serviço de internamento polivalente que assegurava cuidados diferenciados à criança com patologia médica e cirúrgica, desde os 28 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias. A insularidade conferia características próprias a este contexto, uma vez que a unidade abrangia também populações de ilhas próximas sem resposta hospitalar, o que implicava articulação inter-hospitalar frequente em situações de maior gravidade.

O serviço dispunha de 16 unidades e de espaços lúdicos diferenciados por grupos etários. Os registos clínicos eram efetuados no sistema *Glintt*, com linguagem CIPE (OE, 2011), contribuindo para a continuidade assistencial, em consonância com Moraes et al. (2023), que identificam a organização da informação clínica e a articulação entre profissionais como condições necessárias para a segurança e prevenção de eventos adversos em pediatria.

A casuística foi marcada por expressiva diversidade clínica. Duas situações assumiram particular densidade formativa: uma criança de seis anos com espinha bífida e distrofia muscular, internada por infeção respiratória por *pseudomonas* nas secreções orofaríngeas, e uma adolescente de doze anos com paralisia cerebral e pneumonia bilateral, mais pronunciada à esquerda, com necessidade de oxigénio de alto fluxo. Ambas realizavam antibioterapia endovenosa, tinham gastrostomia e utilizavam máquina de tosse assistida, com sessões regulares de cinesioterapia respiratória e reabilitação motora em articulação com a EEER. A este núcleo de doença crónica complexa somaram-se internamentos variados, como otomastoidite, trombocitopenia, síndrome de dificuldade respiratória, TCE, situações cirúrgicas programadas e episódios recorrentes da febre, exigindo adaptação contínua das intervenções de enfermagem.

A hospitalização representa, para a criança, além da vulnerabilidade inerente à doença,

interrompe rotinas, afasta-a do ambiente familiar, expõe-na a procedimentos dolorosos e confronta-a com pessoas e contextos desconhecidos. Castro-Trigo et al. (2026), numa revisão sobre intervenções promotoras de bem-estar e desenvolvimento cognitivo em crianças hospitalizadas, documentam que as experiências adversas durante o internamento podem comprometer o desenvolvimento, a vinculação e a confiança nos cuidados de saúde. A experiência na UTP confirmou esta realidade: alterações comportamentais, maior dependência dos pais, choro e recusa de cuidados foram reações frequentes. Antes de qualquer intervenção técnica, privilegiou-se a escuta ativa, a presença constante e a adaptação da abordagem, o que permitiu ajustar estratégias e construir empatia de forma progressiva e terapêutica.

As situações de doença crónica complexa exigiram uma atenção particularmente diferenciada. Os pais de crianças com paralisia cerebral, distrofia muscular ou outras condições de grande dependência chegam ao internamento com um saber experiencial profundo sobre a criança, mas também com sinais de desgaste cumulativo. Pérez-Ardanaz et al. (2022) documentaram que crianças com doenças crónicas complexas apresentam padrões elevados de utilização de recursos de saúde e que os seus pais evidenciam fadiga física e emocional significativa. Xavier et al. (2024), por sua vez, identificaram que a qualidade de vida e a resiliência de crianças e adolescentes hospitalizados com condições crónicas dependem fortemente do suporte recebido durante o internamento. Neste contexto, a intervenção consistiu em reconhecer esse saber experiencial como recurso clínico, validar emoções sem as amplificar, proporcionar alívio e sustentar uma esperança realista, centrada não necessariamente na cura, mas na qualidade do acompanhamento e na segurança dos cuidados.

Na UTP, os pais conheciam, em geral, os cuidados básicos, necessitando sobretudo de suporte na adaptação das rotinas ao internamento e na participação em procedimentos de maior complexidade. Lopes et al. (2023), num estudo qualitativo com EEESIP sobre o papel parental no hospital, concluíram que a parceria de cuidados é mais eficaz quando os profissionais assumem ativamente a função de negociar cuidados antecipatórios e graduar a participação parental, em vez de a deixar emergir exclusivamente por iniciativa da família. Esta lógica esteve presente na prática desenvolvida durante o estágio: explicar previamente o que iria acontecer, perguntar o que a família desejava ou se sentia capaz de fazer, e garantir que a criança reconhecia a presença do pai ou da mãe como elemento de segurança, foram constantes da intervenção.

A febre surgiu neste contexto de forma recorrente, quer como motivo de internamento, quer como sintoma transversal, quer ainda como foco de ansiedade parental. Tornaram-se evidentes conhecimentos insuficientes em saúde, nomeadamente administração rotineira de paracetamol e ibuprofeno alternada, sem necessidade para tal, doses calculadas de forma imprecisa, compreensão

insuficiente do valor da temperatura corporal, e dificuldade em reconhecer os sinais que realmente justificavam novo recurso aos cuidados de saúde. A DGS (2018a, 2018b) é clara neste domínio ao referir que a febre deve ser avaliada à luz do estado geral da criança, que a terapêutica farmacológica deve visar sobretudo a promoção do conforto, e que a alternância de antipiréticos deve ser reservada para situações específicas. Os ensinos realizados sustentaram-se nestas orientações, com validação da compreensão antes da alta, em consonância com o que Soares et al. (2025) identificam como prática de comunicação eficaz em contexto pediátrico.

As estratégias não farmacológicas no alívio da dor e da ansiedade, nomeadamente a musicoterapia, o toque terapêutico, a leitura de histórias, a brincadeira terapêutica e a utilização do dispositivo *Buzzy*, foram utilizadas de forma sistemática e ajustada ao estádio de desenvolvimento da criança. Castro-Trigo et al. (2026) referem que intervenções promotoras de bem-estar, humanização e suporte ao desenvolvimento podem reduzir o medo, favorecer a expressão emocional e melhorar a adaptação da criança aos procedimentos e ao ambiente hospitalar. De forma convergente, Depianti et al. (2024) sublinham que, em crianças com necessidades especiais de saúde, os recursos relacionais e lúdicos assumem particular relevância, uma vez que a comunicação verbal, pode revelar-se insuficiente. Neste contexto, a articulação entre competência técnica e sensibilidade relacional na utilização destas estratégias constituiu, a par dos ensinos sobre a febre e da gestão de intervenções potencialmente geradoras de medo ou sofrimento, uma aprendizagem sólida e progressivamente aperfeiçoada ao longo do estágio.

No plano da responsabilidade profissional, ética e legal, o internamento pediátrico colocou questões específicas relacionadas com o envolvimento da criança na tomada de decisão, de forma proporcional ao seu estádio de desenvolvimento. Negociar procedimentos, dar tempo para preparação e reconhecer a expressão do medo como reação legítima são práticas eticamente exigentes e coerentes com os referenciais deontológicos da profissão. Rodrigues et al. (2026) confirmam que as intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade durante a hospitalização são mais eficazes quando incluem a criança como sujeito ativo, e não apenas como destinatário de cuidados.

No plano da melhoria contínua da qualidade, a prática desenvolvida expressou-se na vigilância clínica sistemática, na gestão segura da terapêutica e na articulação com outros profissionais de saúde, nomeadamente com a EEER, nas situações de doença crónica complexa, cujo acompanhamento exige uma resposta interprofissional coordenada e coerente. Xavier et al. (2024) documentaram que crianças e adolescentes hospitalizados com doenças crónicas apresentam padrões de sono alterados, menor resiliência e qualidade de vida comprometida, o que sublinha a necessidade de uma abordagem integradora, para além da dimensão estritamente técnica. A participação em formações sobre “Tosse

Assistida" e sobre o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica reforçou competências técnicas e aprofundou a compreensão de que o impacto emocional do cuidar em internamento pediátrico, embora constante e clinicamente relevante, tende a permanecer pouco visível na prática quotidiana. O trabalho emocional dos enfermeiros constitui, assim, um pilar frequentemente silencioso da qualidade dos cuidados pediátricos, na medida em que a gestão intencional das emoções — da criança, da família e do próprio enfermeiro — é condição de uma prática humanizada e terapeuticamente eficaz. Reconhecer esta dimensão não é, por isso, acessório, mas coerente com os padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESIP (OE, 2017).

A gestão dos cuidados concretizou-se, de forma particularmente visível, no planeamento de altas e no encaminhamento para consultas de *follow-up*, tanto para os Cuidados de Saúde Primários (CSP) como para consultas hospitalares da especialidade. Estes processos exigiram uma leitura integradora da situação clínica, familiar e social da criança. Na prática, implicaram antecipar necessidades, mobilizar recursos e assegurar a continuidade dos cuidados para além do internamento, numa lógica de transição segura entre contextos e sustentada na parceria com a família. O registo sistemático no *Glintt* foi transversal a este processo, garantindo que a informação clínica relevante ficasse documentada e acessível aos profissionais que assegurariam o seguimento, condição indispensável para a continuidade e segurança dos cuidados. Esta perspetiva é coerente com os referenciais da OE, que valorizam a coerência entre avaliação, decisão, intervenção e reavaliação, bem como a visibilidade documental do cuidado especializado, é sustentada pelas competências EE relativas à gestão dos cuidados e à qualidade assistencial. Em consonância, Moraes et al. (2023) sublinham que, em pediatria, a gestão de cuidados em contextos de maior complexidade depende da articulação entre profissionais e da organização da informação clínica, condição necessária para a continuidade assistencial e para a prevenção de eventos adversos.

No desenvolvimento das aprendizagens profissionais, a experiência perante a dor crónica, o sofrimento psicológico persistente e os reinternamentos frequentes exigiu regulação emocional consistente e capacidade reflexiva sustentada. Nogueira e Ribeiro (2023), num estudo qualitativo com pais de crianças em cuidados paliativos pediátricos, identificaram que as necessidades destas famílias abrangem múltiplas dimensões, relacionadas com os cuidados médicos à criança, e também com o desgaste físico, emocional e com a necessidade de compreensão. Esta leitura contribuiu para uma atuação mais sensível nas situações complexas acompanhadas na UTP e reforçou a importância de integrar o sofrimento familiar na interpretação clínica das necessidades de cuidados.

A prática desenvolvida neste contexto permitiu mobilizar competências comuns EE, relativamente, na responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria contínua da qualidade, na

gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais, conforme, os termos previstos no Regulamento n.º 140/2019. Nas competências específicas do EEESIP, os ensinos sobre febre, sinais de alarme, medidas não farmacológicas e critérios de recurso ao serviço, evidenciaram uma intervenção de CP, tal sustentada e coerente com a competência E1 — Assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde (DGS, 2018a, 2018b; OE, 2018). O acompanhamento de situações de doença crónica complexa, dor persistente e patologia respiratória com agravamento clínico mobilizou a competência E2 — Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente ao nível do reconhecimento de instabilidade, da gestão diferenciada do bem-estar e do suporte à família (OE, 2013; Pérez-Ardanaz et al., 2022; Xavier et al., 2024; OE, 2018). A adaptação da comunicação ao desenvolvimento, a brincadeira terapêutica e o reforço da vinculação em internamentos prolongados expressaram a competência E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (Castro-Trigo et al., 2026; Depianti et al., 2024; OE, 2013, 2018).

2.3. Contexto de Serviço de Urgência Pediátrico

O estágio SUP decorreu entre 15 de dezembro de 2025 e 23 de janeiro de 2026, numa instituição pública insular, num contexto assistencial, desde o nascimento aos 17 anos e 364 dias de vida, marcado por elevada rotatividade, imprevisibilidade clínica e forte exigência organizacional. Funcionava em articulação direta com o Serviço de Urgência Geral (SUG), responsável pela admissão e triagem no período noturno, e com a Urgência de Obstetrícia e Ginecologia (UOG) em situações específicas, como numa suspeita de agressão sexual. Esta configuração tornava o SUP um contexto interdependente, aumentando a complexidade organizacional, e a possibilidade de resposta integrada à criança e família.

A estrutura física do serviço incluía duas salas de subespera organizadas por grupos etários, dois gabinetes de observação médica, sala de nebulizações, sala de tratamentos, posto de triagem em funcionamento entre as 08h00 e as 23h59, unidade de observação em open space com três camas, um berço e um quarto de isolamento envidraçado, sala de acolhimento para pais e balcão central de vigilância.

A casuística observada foi expressiva na sua diversidade: hipertermia elevada, convulsão febril atípica prolongada, adolescentes em sofrimento emocional agudo — incluindo uma situação de tentativa de suicídio —, reinternamentos por doença crónica complexa e procedimentos invasivos em crianças com elevada ansiedade. Também Yoong et al. (2021), num estudo com mais de seis mil

admissões pediátricas em urgências de três países, identificaram as infeções respiratórias e os episódios febris como os diagnósticos mais frequentes, o que se revelou consonante com a realidade observada neste contexto.

A febre assume, um significado que ultrapassa a sua gravidade clínica objetiva, sendo frequentemente associada a perceções de risco e perigo desproporcionais, como evidenciado por Sakamoto et al. (2026) concluíram que as preocupações parentais associadas à febre se mantiveram notavelmente estáveis, incluindo o medo de convulsões, lesão cerebral e agravamento, apesar da disponibilidade crescente de informação online. Milani et al. (2024), por sua vez, numa revisão sistemática sobre a definição e avaliação do desconforto associado à febre, evidenciaram que, embora as orientações clínicas recomendem que a administração de antipiréticos seja orientada pelo desconforto da criança e não apenas pelo valor da temperatura, não existe ainda uma definição consensual nem uma forma padronizada de avaliar esse desconforto na literatura pediátrica.

À luz de Meleis et al. (2000), o episódio febril pode ser compreendido como evento desencadeador de uma transição saúde/doença, frequentemente marcada por perda de controlo emocional e necessidade de validação externa. No contexto do SUP, esta transição adquire particular especificidade, uma vez que o EEESIP dispõe de um período temporal curto para identificar necessidades, corrigir crenças inadequadas e transmitir orientação eficaz. Lynch et al. (2024), num ensaio de intervenção educativa dirigido a pais em contexto de urgência, demonstraram que uma intervenção breve e estruturada sobre a gestão da febre, realizada no momento da alta, melhora significativamente o conhecimento parental e reduz o recurso não programado ao serviço. Este resultado reforçou a pertinência do investimento em CP mesmo em contextos de tempo limitado.

A parceria de cuidados no SUP assumiu uma especificidade própria, na medida em que, muitas vezes, se constrói num único episódio e sob ansiedade elevada. Becker e Chong e Silva (2020), num estudo sobre procuras não urgentes em urgências pediátricas, identificaram que grande parte destas procuras resulta da insegurança parental, traduzida na dificuldade em discriminar a gravidade da situação e na necessidade de obter validação profissional. Soares et al. (2025) confirmaram que a comunicação eficaz e a literacia em saúde constituem dimensões centrais do cuidado especializado em urgência pediátrica. Neste sentido, o que distingue um encaminhamento para a alta clinicamente adequado de um encaminhamento meramente técnico é a capacidade do enfermeiro assegurar que os pais compreenderam efetivamente a informação transmitida e a conseguem mobilizar em episódios futuros.

A situação de maior intensidade formativa foi a admissão emergente de uma criança de 18 meses em convulsão febril atípica prolongada, transportada pela equipa de Suporte Imediato de Vida

(SIV). Embora as convulsões febris constituam uma das manifestações neurológicas mais frequentes em idade pediátrica, a distinção entre convulsões febris simples e complexas assume relevância clínica, uma vez que as formas complexas se associam a duração prolongada, focalidade ou recorrência no mesmo episódio febril. Neste contexto, a situação observada exigiu avaliação clínica diferenciada, vigilância acrescida e atuação articulada da equipa, pela necessidade de excluir sinais de infeção do sistema nervoso central, alterações neurológicas associadas ou outros critérios de gravidade (Corsello et al., 2024; Gonçalves et al., 2024; Maganhin Luquetti et al., 2024). A resposta da equipa, organizada com papéis definidos, e o acompanhamento prestado à família enquanto a criança era estabilizada demonstraram que o cuidado em emergência pediátrica não se dirige apenas à criança, mas à díade criança-família enquanto unidade indissociável de cuidados.

As situações com adolescentes em sofrimento psicológico agudo foram igualmente marcantes. O acompanhamento de uma adolescente com ansiedade e episódios de pânico, bem como de outra com internamento após tentativa de suicídio, exigiu respostas que transcenderam o cuidado agudo convencional. Leite et al. (2025), num estudo sobre adolescentes com comportamentos autolesivos em contexto de urgência, sublinharam que estes jovens necessitam de cuidados livres de julgamento, com validação dos sentimentos e atenção à autoestima, sendo a qualidade do acolhimento determinante para a adesão a cuidados subsequentes. A postura adotada — escuta ativa, aceitação incondicional, respeito pelas preferências e pela singularidade de cada adolescente — revelou-se consistente com estas recomendações e com o que Martins et al. (2026) identificaram como elementos nucleares do cuidado especializado ao adolescente em situação de crise.

A angariação de três dispositivos de realidade virtual para os serviços de SUP, UTP e Consulta Externa de Pediatria constituiu uma resposta estruturada a uma necessidade clínica observada no contexto de estágio, relacionada com a dor, o medo e a ansiedade associados a procedimentos em idade pediátrica. A disponibilização de dispositivos de realidade virtual constitui uma intervenção de melhoria sustentada por evidência científica recente, que aponta para o seu potencial enquanto estratégia não farmacológica na redução da dor, ansiedade e medo em crianças submetidas a procedimentos invasivos, particularmente os relacionados com agulhas. A revisão sistemática com meta-análise de Cáceres-Matos et al. (2024), identificou diferenças estatisticamente significativas favoráveis à utilização da realidade virtual no controlo da dor, ansiedade e medo, embora assinale elevada heterogeneidade e a necessidade de estudos com maior rigor metodológico. De forma complementar, Jing et al. (2026), numa revisão sistemática e meta-análise centrada no contexto de urgência pediátrica, verificaram reduções significativas da dor, ansiedade e medo durante procedimentos relacionados com agulhas. Assim, a utilização da realidade virtual pode ser enquadrada

como uma estratégia de humanização e qualificação do cuidado pediátrico, orientada para a diminuição do sofrimento associado aos procedimentos, sem deixar de reconhecer a necessidade de padronização dos protocolos de intervenção e de avaliação dos resultados.

Contudo, importa reconhecer que a implementação clínica efetiva desta estratégia, bem como a elaboração de um protocolo padronizado transversal ao contexto institucional, não foi concluída durante o período de estágio. O que se consolidou foi a angariação dos equipamentos e a sua disponibilização nos serviços, constituindo uma intervenção de melhoria relevante, mas ainda dependente de futura implementação protocolada, formação da equipa e avaliação dos resultados na prática clínica. No entanto, a introdução desta tecnologia preparou a instituição para uma transição concreta em direção a uma prática pediátrica mais atenta à experiência da criança durante procedimentos potencialmente dolorosos ou geradores de ansiedade (Pedreira & Belela-Anacleto, 2025).

No plano da responsabilidade profissional, ética e legal, o SUP colocou questões de particular exigência. A gestão da informação na adolescente com tentativa de suicídio, em equilíbrio entre confidencialidade, autonomia e risco, o respeito pela dignidade das crianças perante procedimentos dolorosos exigiram articulação permanente entre o quadro normativo e a singularidade de cada situação (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1989; OE, 2015a). Leite et al. (2025) destacam precisamente que acompanhar adolescentes com comportamentos autolesivos em contexto de urgência é eticamente desafiante, em particular pela tensão entre a necessidade de proteger e o dever de respeitar a sua autonomia.

No plano da melhoria contínua da qualidade, o estágio materializou-se na identificação sistemática de lacunas de literacia em saúde relacionadas com a febre e na proposta de desenvolvimento de um vídeo educativo para a sala de espera. Embora esta intervenção não tenha sido concluída durante o período de estágio, a sua identificação revelou capacidade de transformar um problema assistencial recorrente numa oportunidade de intervenção preventiva baseada na evidência (Sakamoto et al., 2026; Lynch et al., 2024).

A prática desenvolvida neste contexto permitiu consolidar competências comuns do EE, particularmente ao nível da gestão dos cuidados, da melhoria contínua da qualidade, da responsabilidade profissional, ética e legal, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A gestão dos cuidados tornou-se particularmente visível na triagem, na definição de prioridades clínicas, no reconhecimento do momento adequado para referenciação e na articulação com a equipa sob pressão temporal. Na prática, isto traduziu-se na necessidade de avaliar rapidamente a situação clínica da criança, distinguir os casos que exigiam observação médica mais célere daqueles que podiam

manter vigilância inicial e adequar a resposta à prioridade identificada. A triagem revelou-se, assim, não como um ato meramente classificativo, mas como um processo de decisão clínica inicial, determinante para a segurança, para o fluxo assistencial e para a continuidade dos cuidados. Jesus e Balsanelli (2023) identificam a capacidade de tomar decisões rápidas com fundamentação adequada como competência distintiva do enfermeiro em contexto de urgência. De forma convergente, Sjöstedt et al. (2026) documentaram que a redução significativa na triagem, melhora o fluxo assistencial sem comprometer a segurança, reforçando a importância de uma aplicação rigorosa e criteriosa da triagem.

Relativamente, às competências específicas do EEESIP, os ensinos sobre febre, sinais de alarme, medidas não farmacológicas, utilização criteriosa de antipiréticos e critérios de reavaliação demonstraram uma intervenção de CP intencional e ajustada, coerente com a competência E1 — Assiste a criança com a família, na maximização da sua saúde (DGS, 2018a, 2018b; Lynch et al., 2024; OE, 2018). A resposta à hipertermia elevada, à convulsão febril e às situações de sofrimento psicológico agudo mobilizou a competência E2 — Cuida da criança e família nas situações de especial complexidade, nomeadamente ao nível do reconhecimento de instabilidade, da resposta pronta e da gestão diferenciada da complexidade em saúde pediátrica (Leite et al., 2025; OE, 2018). Por sua vez, a adaptação da comunicação ao desenvolvimento da criança, especialmente com adolescentes em crise aguda, e a promoção da autonomia parental na continuidade dos cuidados expressaram a competência E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança (Martins et al., 2026; OE, 2018).

Em síntese, o contexto do SUP exigiu a capacidade de condensar avaliação, decisão clínica, ensino, relação terapêutica e articulação interprofissional num curto espaço de tempo, tornando particularmente visível a necessidade de uma intervenção simultaneamente intencional, segura e eficaz. Este estágio consolidou uma prática especializada centrada na criança e família, clinicamente sustentada, eticamente sensível e orientada para a promoção da autonomia parental e da continuidade dos cuidados.

Em jeito de conclusão, os três contextos de estágio construíram, em conjunto, uma compreensão progressiva e articulada do que significa cuidar de forma especializada da criança e família. A UCIN impôs a precisão técnica, a gestão do risco e a parceria com uma família que precisava de (re)encontrar o seu lugar parental num ambiente tecnicamente intimidante (Aljawad et al., 2025; Pedreira & Belela-Anacleto, 2025; Santos et al., 2024). A UTP revelou a hospitalização como fenómeno que perturba a criança e compromete o bem-estar da família, exigindo capacidade constante de acolher esse sofrimento sem o desvalorizar (Castro-Trigo et al., 2026; Lopes et al., 2023; Pérez-Ardanaz et al., 2022; Xavier et al., 2024). O SUP exigiu a capacidade de condensar avaliação, ensino e

parceria num curto espaço de tempo, transformando a intervenção numa ação simultaneamente intencional e eficaz (Lynch et al., 2024; Soares et al., 2025).

Dois temas atravessaram os três contextos de forma consistente. O primeiro foi a CP, presente na UCIN como preparação antecipatória para a alta segundo as necessidades de cada família, na UTP como eixo da continuidade de cuidados e da gestão da doença crónica, e no SUP como intervenção breve, mas de elevado impacto potencial na literacia parental. Do ponto de vista das competências comuns do EE, o percurso foi progressivo e articulado: a responsabilidade profissional, ética e legal consolidou-se perante situações de crescente complexidade; a melhoria contínua da qualidade expressou-se na identificação de padrões e na proposta de soluções; a gestão dos cuidados ganhou consistência na articulação interprofissional e na tomada de decisão; e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais materializou-se em reflexão crítica sustentada na evidência. As competências específicas do EEESIP — E1, E2 e E3 — foram igualmente mobilizadas nos três contextos, com ênfases distintas, mas em clara complementaridade.

3. O Caso

Embora a febre corresponda, na maioria das situações, a um sinal clínico associado a processos autolimitados, a sua ocorrência tende a gerar ansiedade, insegurança, dúvidas sobre a administração de antipiréticos, receio de complicações e dificuldade na identificação de sinais de alarme (Sakamoto et al., 2026). Esta realidade confere particular relevância à capacitação parental, entendida como uma intervenção de enfermagem orientada para a promoção de conhecimentos, desenvolvimento de competências e reforço da segurança dos pais na gestão da febre da criança (DGS, 2018a, 2018b; Lynch et al., 2024).

No SUP, esta intervenção assume especial importância, uma vez que o contacto entre enfermeiro, criança e família ocorre frequentemente num período curto, marcado por ansiedade parental, necessidade de avaliação clínica rápida e tomada de decisão em tempo útil (DGS, 2018b; Soares et al., 2025). Neste contexto, o EEESIP, encontra-se numa posição privilegiada para avaliar necessidades parentais, corrigir crenças desajustadas, orientar cuidados seguros no domicílio, validar a compreensão dos ensinos realizados e documentar as intervenções desenvolvidas (Lynch et al., 2024; Sakamoto et al., 2026).

A partir desta inquietação, sentiu-se a necessidade de estudar esta realidade em contexto de CSD e formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as intervenções dos EEESIP na capacitação parental na gestão da febre da criança, num SUP?

Em consonância com esta questão, definiu-se como objetivo geral: identificar as intervenções dos EEESIP na CP na gestão da febre da criança, no SUP.

Estabeleceram-se os seguintes objetivos específicos:

- Identificar como os EEESIP identificam as necessidades parentais para gerir a febre;
- Descrever como os EEESIP planeiam as intervenções dirigidas aos pais de CP para gerir a febre da criança;
- Identificar as intervenções dos EEESIP de CP para a gestão da febre;
- Identificar como os EEESIP avaliam e documentam os resultados das suas intervenções.

3.1. Metodologia

3.1.1. Tipo de estudo

Para o efeito, optou-se pela realização de um estudo de caso, de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, por se considerar a abordagem mais adequada à análise de uma realidade assistencial específica.

Segundo Yin (2018), o *Estudo de Caso* permite examinar um fenómeno contemporâneo no seu ambiente real, particularmente quando as fronteiras entre o fenómeno e o contexto não se encontram claramente definidas. Por sua vez, Streubert e Carpenter (2011) referem que a investigação qualitativa em enfermagem privilegia a compreensão dos significados atribuídos pelas participantes às suas práticas e experiências, valorizando uma abordagem interpretativa, situada e centrada na profundidade da informação obtida. Assim, esta opção metodológica revelou-se a mais ajustada ao propósito de analisar descrever a prática especializada a partir da perspetiva dos profissionais por forma a identificar os cuidados prestados à criança, e aos pais na capacitação parental, na gestão da febre.

3.1.2. Participantes

A amostra foi intencional, de acordo com a natureza qualitativa do estudo e com a opção metodológica pelo estudo de caso (Streubert & Carpenter, 2011; Yin, 2018).

Em coerência com o objeto de estudo e com os objetivos definidos, foram estabelecidos critérios de inclusão e de exclusão, com vista à seleção dos participantes com condições para contribuir de forma pertinente para a compreensão do fenómeno em estudo.

Critérios de Inclusão: ser EEESIP; exercer funções no SUP no período da colheita de dados; ter prestado cuidados diretos à criança com febre e família; e aceitar participar voluntariamente no estudo e gravação da entrevista.

Critérios de Exclusão: não ser EEESIP; não prestar cuidados a criança com febre no SUP; recusar a participação no estudo ou não autorizar a realização e gravação da entrevista.

Assim, participaram no estudo duas EEESIP, que já prestam cuidados a crianças e pais numa situação de febre.

3.1.3. Procedimento de Colheita de Dados

Em conformidade com a orientação qualitativa do estudo, a técnica de colheita de dados utilizada foi a *entrevista semiestruturada*, por possibilitar a exploração das perceções, decisões,

práticas e significados atribuídos pelos participantes à sua atuação profissional (Streubert & Carpenter, 2011). Esta opção mostrou-se adequada ao propósito da investigação, na medida em que conciliou a flexibilidade necessária à exploração do fenómeno por forma a dar resposta à questão de investigação e com os objetivos definidos para este estudo.

O guião de entrevista foi estruturado a partir da questão de investigação, e dos objetivos definidos e, integrou as dimensões consideradas essenciais à compreensão do fenómeno em análise, designadamente a identificação das necessidades parentais, o planeamento das estratégias de intervenção, a prestação de cuidados, a avaliação dos resultados e a relevância dos registos de enfermagem na continuidade dos cuidados. O guião utilizado encontra-se apresentado no Apêndice B.

Este guião foi submetido a dois pré-testes, realizados no contexto de uma UTP durante o percurso de estágio. Esta etapa teve como finalidade apreciar a clareza e pertinência das questões formuladas, identificar eventuais ambiguidades, redundâncias ou dificuldades de compreensão, treinar a abordagem ao contexto de pesquisa sob uma perspetiva qualitativa e estimar a duração previsível da entrevista.

Na sequência dos pré-testes, realizados, foram introduzidos ajustamentos na formulação de algumas questões, com vista a reforçar a clareza do instrumento e o seu ajustamento aos objetivos do estudo.

Esta sequência — construção do guião, pré-teste e aplicação das entrevistas — respeitou a lógica de desenvolvimento de um instrumento qualitativo e reforçou a consistência do processo de colheita de dados.

Antes da realização das entrevistas, as participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, às condições de participação e aos princípios éticos subjacentes à investigação, tendo sido obtido o respetivo consentimento informado. As entrevistas foram realizadas no contexto de estágio no SUP, com recurso a um audiogravador. Seguidamente, procedeu-se à transcrição integral das entrevistas, com garantia do anonimato das participantes e procedeu-se à preparação do corpus para análise.

3.1.4. Tratamento e Análise dos Dados

Os dados foram analisados com recurso ao método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2016). Este processo pode ser entendido como um conjunto de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do seu conteúdo com recurso à análise das comunicações, orientadas para a obtenção de *indicadore*s que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção das

mensagens (Bardin, 2016)

Assim, a análise dos dados obtidos desenvolveu-se em três momentos: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Na fase de *pré-análise* procedeu-se à organização do *corpus*, constituído pelas duas entrevistas realizadas às EEESIP. Nesta etapa, efetuou-se uma leitura flutuante das transcrições, com vista à compreensão global do material, à identificação de ideias recorrentes e à definição dos eixos orientadores da análise, em articulação com a questão de investigação e com os objetivos do estudo.

Na *exploração do material,* procedeu-se ao recorte do texto em *unidades de significação,* correspondentes às falas ou segmentos discursivos das participantes considerados relevantes para a compreensão do fenómeno em estudo. A cada unidade de significação foi atribuído um *indicador*, entendido como uma expressão curta que sintetiza a ideia central da fala.

A partir da aproximação entre indicadores com sentido semelhante foram construídas as categorias, posteriormente organizadas em eixos temáticos, em articulação com a questão de investigação e com os objetivos do estudo.

Como suporte ao processo analítico, foi utilizado o ATLAS.ti Web, enquanto ferramenta de apoio à organização e sistematização dos dados, facilitando a gestão das transcrições e a organização do material analisado. A matriz de categorização e análise, com eixos temáticos, categorias, indicadores, e unidades de significação, encontra-se apresentada na Tabela C1, do Apêndice C.

3.1.5. Considerações Éticas

Foram respeitados os princípios éticos aplicáveis à investigação em enfermagem, designadamente a participação voluntária, o consentimento informado, a confidencialidade, o anonimato e a utilização dos dados exclusivamente para fins académicos. As participantes foram esclarecidas quanto aos objetivos do estudo, ao caráter voluntário da sua participação e ao direito de desistirem em qualquer momento, sem qualquer prejuízo. Após este esclarecimento, foi obtido o consentimento informado, através do documento apresentado no Apêndice A.

As entrevistas foram codificadas de forma a impedir a identificação direta das participantes, tendo sido utilizadas as designações Participante A (PA) e Participante B (PB), para efeitos de análise e apresentação dos resultados.

3.1.6. Limitações do Estudo

Importa reconhecer alguns limites metodológicos do presente estudo, de modo a situar adequadamente o alcance dos resultados produzidos. Em primeiro lugar, a realização do estudo num único contexto assistencial e a recolha exclusiva da perspetiva dos Enfermeiros limitam a transferibilidade dos resultados e impedem generalizações para outros contextos de prática.

Acresce-se que o pré-teste do guião de entrevista foi realizado em contexto de internamento pediátrico e não no próprio SUP, o que introduz alguma heterogeneidade contextual na fase de validação do instrumento. Ainda que esta opção tenha permitido aferir a clareza e pertinência global das questões, importa reconhecer que o contexto específico do SUP apresenta características próprias que podem influenciar o modo como as participantes interpretam e verbalizam a sua prática.

Por outro lado, a proximidade da investigadora ao campo, decorrente do próprio percurso de estágio no mesmo contexto, constituiu simultaneamente uma potencialidade e uma fonte possível de enviesamento interpretativo. Se, por um lado, essa proximidade favoreceu sensibilidade ao contexto, conhecimento das dinâmicas assistenciais e compreensão aprofundada do fenómeno estudado, por outro exigiu vigilância crítica permanente, de forma a evitar inferências excessivamente confirmatórias ou interpretações prematuramente fechadas (Streubert & Carpenter, 2011).

Estes limites permitem situá-lo corretamente enquanto produção de conhecimento contextualizado, útil para aprofundar a compreensão da prática especializada do EEESIP e para sustentar novas questões de investigação em contextos pediátricos afins (Yin, 2018).

3.2. Resultados

A análise de conteúdo das entrevistas dos dados obtidos, permitiu identificar cinco eixos temáticos, construídos a partir das unidades de significação identificadas nas falas das participantes. A cada unidade de significação foi atribuído um indicador, posteriormente agrupado em categorias. Em conjunto estes eixos descrevem, o modo como as intervenções dos EEESIP integram a CP, na gestão da febre da criança no contexto de SUP. São eles correspondem a: (1) avaliação inicial das necessidades parentais; (2) planeamento das intervenções de enfermagem; (3) implementação das intervenções de enfermagem; (4) avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem; e (5) registos de enfermagem.

A Tabela 1 apresenta uma síntese dos eixos temáticos emergentes da análise e, de seguida, para cada tema, uma tabela com as respetivas categorias e indicadores e unidades de significação,

seguida da sua descrição analítica.

Tabela1 – Síntese dos Eixos Temáticos da Análise de Conteúdo

Eixos Temáticos	Categorias Principais	Unidades de Significação
1 – Avaliação inicial das necessidades parentais	• Práticas parentais; • Conhecimentos sobre febre; • Dúvidas na medicação; • Necessidades emocionais.	*"ficam muito preocupados e apreensivos";* *"pais de crianças, sobretudo recém-nascidos".*
2 – Planeamento das intervenções de enfermagem	• Planeamento individualizado; • Adaptação ao contexto assistencial; • Priorização da CP.	*"nunca é exatamente da mesma forma";* *"primeiro identifico quais são os problemas".*
3 – Implementação das intervenções de enfermagem	• Intervenções clínicas; • Medidas não farmacológicas; • Intervenções educativas; • Intervenções relacionais.	*"Reforço sempre que é pelo peso";* *"os pais são parceiros dos cuidados".*
4 – Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	• Avaliação clínica; • Validação da compreensão parental; • Mudança na CP; • Limites dos resultados.	*"Depois eu volto a confirmar se perceberam, se têm dúvidas".*
5 – Registos de enfermagem	• Registo de continuidade; • Registo de ensinos; • Limites da documentação da CP.	*"Os registos garantem continuidade de cuidados";* *"o que foi ensinado".*

Nota. CP = Capacitação Parental.

3.2.1. Avaliação Inicial das Necessidades Parentais Tabela

Tabela 2 –Avaliação Inicial das Necessidades Parentais

Categoria	Indicadores	Unidades de Significação
Avaliação das práticas parentais	• Medicação administrada; • Local de medição da temperatura; • Cuidados prestados no domicílio; • Estratégias adotadas na admissão; • Recurso precoce ao serviço; • Ausência de medicação na admissão.	*"tentamos perceber se já fez antipirético, se a dose que fizeram foi a dose adequada";* *"perceber onde é que ela avaliou a temperatura e como é que avaliou";* *"vêm sem dar medicação antes de vir, como se fosse necessário 'verem a febre' para acreditar"*
Avaliação dos conhecimentos parentais	• Significado da febre; • Valor considerado febril; • Posologia dos antipiréticos; • Alternância da medicação; • Arrefecimento corporal; • Sinais de alarme; • Tomada de decisão perante agravamento.	*"Eu preciso de perceber o que é que eles sabem";* *"Muitas vezes os pais não têm conhecimento da alternância das medicações";* *"ainda acontece um caso ou outro em que dizem 'já estava a ficar com pico de febre', e afinal tinha 37"*
Identificação de Dúvidas e dificuldades	• Dúvidas sobre medicação; • Administração de terapêutica • Avaliação da febre; • Decisão de recorrer ao SUP; • Dificuldade a administrar antipiréticos.	*"muitos têm dúvidas sobre antipiréticos (doses, quais podem dar, como alternar)";* *"passado 3 horas podem dar a outra, e depois ainda lhes faz confusão"*
Identificação de necessidades emocionais	• Ansiedade e nervosismo; • Preocupação e alarme; • Medo de convulsões; • Confusão, • Pais calmos e orientados.	*"Observo frequentemente uma grande ansiedade e stress associados à febre";* *"Sendo um bebé pequeno, a febre costuma deixar os pais mais alarmados";* *"e medo, incluindo medo de convulsões"*

Nota. SUP = Serviço de Urgência Pediátrico.

A avaliação inicial das necessidades parentais constituiu a base da intervenção do EEESIP, estruturando-se em quatro categorias: práticas parentais prévias, conhecimentos sobre febre, dúvidas e dificuldades, e estado emocional. A participante A sintetizou esta orientação: "*Eu preciso de perceber o que é que eles sabem e o que é que fizeram, para a seguir lhes dar a informação certa e ajudá-los a gerir a febre em casa"* (PA; P2). A participante B acrescenta a dimensão da experiência anterior: "*Se já são pais que vêm muitas vezes, eu já percebo o que sabem; se são pais 'de primeira vez', faço uma avaliação do que eles sabem e, a partir daí, faço os ensinos adequados*" (PB; P1).

Verificaram-se práticas parentais desajustadas, incluindo situações em que os pais optavam deliberadamente por não administrar antipirético antes de recorrer ao serviço, na expectativa de obter uma triagem prioritária (PB; P3). Na vertente emocional, a ansiedade, nervosismo, preocupação, e o medo de convulsões foram marcantes, nos pais de primeira vez, ou em situações da primeira experiência febril, como observou a participante A: "*Os que são pais pela primeira vez e em que é a*

primeira vez que a criança tem febre, normalmente estão muito mais ansiosos e com mais dúvidas" (PA; P24). Identificaram-se também pais calmos, cuidadosos e orientados, o que evidenciou diferentes formas de vivenciar a situação febril.

3.2.2.Planeamento das Intervenções de Enfermagem

Tabela 3 – Planeamento das Intervenções de Enfermagem

Categoria	Indicadores	Unidades de Significação
Planeamento individualizado	• Cuidados ajustados ao nível de conhecimentos; • Diferenciação dos ensinos; • Adaptação às dúvidas identificadas; • Repetição ou reforço seletivo de informação.	*"Primeiro eu identifico quais são os problemas e quais são as dúvidas, e depois vou atuar de acordo com a necessidade que aquela família ou pais têm"; "Se for um pai/mãe com quem eu já falei a primeira, segunda, terceira vez, eu também não vou estar sempre a repetir tudo igual".*
Planeamento em função do contexto de urgência	• Intervenção breve na triagem; • Aprofundamento no SO/subespera; • Adaptação ao tempo disponível; • Organização das prioridades.	*"Na triagem, eu praticamente só consigo administrar o medicamento e fazer uma orientação mais curta. Já no SO, como a criança fica sob a nossa vigilância, eu consigo fazer outras prioridades".*
Planeamento da Capacitação Parental	• Seleção de conteúdos prioritários; • Definição do tipo de orientação a prestar; • Adaptação à situação clínica e ao perfil familiar.	*"Nesses ensinos, eu batalho muito em coisas práticas";* *"Reforço ainda a importância de adaptar a linguagem: se não for simples e ajustada, a mensagem não é bem compreendida".*

Nota. SO = Serviço de Observação.

O planeamento assumiu caráter marcadamente individualizado, construído a partir da avaliação de cada família e ajustado à situação clínica e ao perfil parental identificado. Os discursos dos participantes mostraram que esta dimensão não correspondia a uma atuação uniforme, mas antes a um processo de diferenciação contínua das estratégias de intervenção.

A participante A clarifica: "*Eu presto cuidados muito de acordo com os conhecimentos que os pais têm, portanto nunca é exatamente da mesma forma"* (PA; P16). A distinção entre o que é realizável na triagem — essencialmente breve e focado — e o que é aprofundável no SO, ou na subespera marcou de forma consistente os discursos de ambas as participantes, revelando uma adaptação do planeamento ao momento e ao espaço de prestação de cuidados. A participante B acrescentou a desconstrução de práticas desatualizadas: *"Também explico que práticas como 'pachinhos de água na testa' não vão baixar a temperatura"* (PB; P13).

3.2.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem

Tabela 4 – Implementação das Intervenções de Enfermagem

Categoria	Indicadores	Unidades de Significação
Intervenções clínicas	• Avaliação e reavaliação da temperatura; • Administração de antipiréticos; • Vigilância do estado geral; • Monitorização da resposta terapêutica.	*"Na triagem, a primeira coisa que eu faço é avaliar e confirmar a temperatura";* *"se vejo que a criança está quente, confirmo com termómetro axilar para perceber mesmo se há febre".*
Medidas não farmacológicas	• Arrefecimento corporal; • Controlo da temperatura ambiente; • Hidratação; • Conforto.	*"se a criança vem com muita roupa ou muito aquecida, tiro o excesso";* *"se a sala estiver muito quente, ajusto o ar condicionado".*
Intervenções educativas	• Ensino sobre terapêutica (dose por peso, intervalos, alternância); • Medidas não farmacológicas; • Sinais de alarme e convulsão febril; • Orientação para cuidados no domicílio, • Recursos digitais (aplicação "Febre e Dor"; site da DGS).	*"Reforço sempre que é pelo peso";* *"E eu também reforço que um cuidado importante, sobretudo em crianças até aos 5-6 anos, é prevenir a convulsão febril".*
Intervenções relacionais	• Envolvimento dos pais nos cuidados • Comunicação terapêutica • Adaptação da linguagem • Contenção da ansiedade parental.	*"Os pais são parceiros dos cuidados e tudo o que eles conseguem fazer, eu prefiro que sejam eles a fazer";* *"Eu, nesta situação, tento primeiro acalmar a mãe".*
Avaliação da febre como núcleo central das intervenções	• Avaliação contextualizada do estado geral; • Interpretação integrada (temperatura, conforto, sinais associados); • Fiabilidade do método de medição; • Vigilância da resposta à terapêutica	*"Outra coisa que tento perceber logo é onde é que avalia a temperatura (axilar, retal, ouvido, testa), porque o valor da temperatura é diferente consoante o local".*
Fatores condicionadores	• Fatores parentais (conhecimentos, emoções, crenças); • Fatores clínicos (idade, estado geral, resposta terapêutica); • Fatores contextuais (tempo, rotatividade, gestão de prioridades).	*"Acho que, naquele momento, elas são mães: ficam nervosas com a situação e parece que se esquecem de tudo".*

Nota. DGS = Direção-Geral da Saúde.

A implementação das intervenções integrou dimensões clínicas, educativas e relacionais, sendo condicionada por fatores parentais, clínicos e contextuais. A avaliação da temperatura constituiu o primeiro ato estruturante, com recurso preferencial à via axilar quando existiam dúvidas sobre a fiabilidade do método utilizado no domicílio. A administração do antipirético foi enquadrada na confirmação da febre, na terapêutica previamente administrada, no intervalo desde a última toma e no ajuste da dose ao peso da criança. As participantes referiram ainda medidas não farmacológicas complementares, como a arrefecimento corporal, a regulação da temperatura ambiente e a vigilância do conforto durante a permanência no serviço, articuladas com a monitorização clínica e a reavaliação

da resposta terapêutica.

As intervenções educativas incidiram sobre conteúdos recorrentes e diretamente aplicáveis à gestão da febre no domicílio, designadamente a dose da medicação em função do peso, os intervalos de administração, a alternância de antipiréticos, a hidratação, a prevenção do sobreaquecimento, as estratégias de conforto, os sinais de agravamento, o risco de convulsão febril e os critérios de regresso ao serviço. Como complemento dos ensinos presenciais, as participantes referiram a orientação para recursos digitais validados, como a aplicação "Febre e Dor" e o sítio da DGS, atendendo à procura frequente de informação online por parte dos pais.

Na dimensão relacional, o envolvimento parental foi descrito como filosofia orientadora: *"Os pais são parceiros dos cuidados e tudo o que eles conseguem fazer, eu prefiro que sejam eles a fazer"* (PB; P2). sobretudo nas situações em que a febre era percecionada como ameaçadora ou associada ao medo de convulsões. Neste sentido, a intervenção começava frequentemente pela contenção da ansiedade parental — "*tento primeiro acalmar a mãe*" (PB; P13) —, reconhecendo que a ansiedade parental, quando elevada, dificulta a assimilação da informação transmitida. A adaptação da linguagem ao nível de literacia de cada família foi igualmente referida como elemento diferenciador da eficácia da comunicação terapêutica.

Assim, em contexto de urgência pediátrica, as intervenções exigiam uma atuação simultaneamente rápida e rigorosa, capaz de integrar a avaliação da criança, a vigilância da resposta terapêutica, a tomada de decisão e a orientação dos pais.

3.2.4. Avaliação dos Resultados das Intervenções de Enfermagem

Tabela 5 – Avaliação dos Resultados das Intervenções de Enfermagem

Categoria	Indicadores	Unidades de Significação
Avaliação dos resultados clínicos	• Descida da temperatura; • Melhoria do conforto; • Resposta ao antipirético; • Reavaliação durante a permanência no serviço.	*"Fazemos o controlo da temperatura";* *"vou ver se a criança está a eliminar/urinar".*
Validação da compreensão parental	• Confirmação da compreensão; • Reformulação da informação pelos pais; • Esclarecimento de dúvidas persistentes.	*"Depois eu volto a confirmar se perceberam, se têm dúvidas, para ter a certeza de que a informação foi bem recebida".*
Mudança percebida na CP	• Maior calma em episódios posteriores; • Administração prévia da medicação; • Maior tempo de espera antes de recorrer a urgência • Maior segurança na gestão da febre.	*"há pais que, a partir de certa altura, já perceberam o que é considerado febre";* *"alguns pais demonstravam maior segurança, administravam a medicação antes de recorrer ao serviço".*
Persistência das dificuldades parentais	• Persistência de dúvidas; • Repetição dos mesmos erros; • Impacto variável dos ensinos.	*"E noto também que há pais que já cá estiveram que voltam e ainda não têm isto bem esclarecido na cabeça deles";* *"há pais que, a partir de certa altura, só não fazem porque não querem".*

Nota. SUP = Serviço de Urgência Pediátrico.

A avaliação dos resultados desenvolveu-se em duas dimensões. Na dimensão clínica, a descida da temperatura e a melhoria do conforto constituíram os indicadores prioritários, monitorizados ao longo da permanência no serviço para a tomada decisão. Relativamente à vertente educativa, ambas as participantes descreveram práticas sistemáticas de validação da compreensão — pedindo aos pais que reformulassem o que lhes tinha sido explicado ou confirmando se mantinham dúvidas — reconhecendo que a exposição à informação não é equivalente à sua assimilação efetiva: *"Depois eu volto a confirmar se perceberam, se têm dúvidas, para ter a certeza de que a informação foi bem recebida"* (PA; P2).

A mudança percebida nos comportamentos parentais ao longo do tempo, referida por ambas as participantes: maior calma, administração prévia do antipirético e capacidade de aguardar mais tempo antes de recorrer ao serviço. Estes indicadores, sustentados na perceção retrospetiva da participantes, sugerem que a intervenção do EEESIP pode ultrapassar a resposta ao episódio imediato, contribuindo para processos mais alargados de capacitação parental. Contudo, as mesmas reconheceram igualmente limites reais, incluindo pais que repetiam os mesmos erros em episódios sucessivos ou que mantinham padrões de recurso precoce independentemente dos ensinos recebidos.

3.2.5. Registos de Enfermagem

Tabela 6 – Registos de Enfermagem

Categoria	Indicadores	Unidades de Significação
Registo da continuidade dos cuidados	• Terapêutica administrada (dose, hora); • Evolução da temperatura ; • Evolução clínica; • Informação relevante para passagem de turno ou internamento.	*"Os registos garantem continuidade de cuidados: se a criança ficar em observação prolongada, for internada ou houver passagem de turno, fica registado o que foi administrado, o que foi ensinado e como evoluiu a temperatura"*
Registo das intervenções educativas	• Ensinos realizados; • Orientações prestadas; • Orientação de recursos informativos.	*"os registos desses ensinos, da orientação e o tipo de recurso fidedigno, que deverão utilizar, caso seja necessário, porque isso é muito importante"*

Nota. CP = Capacitação Parental

Os registos de enfermagem foram valorizados pelas participantes como instrumento de continuidade assistencial, sobretudo em situações de observação prolongada, internamento ou passagem de turno. A documentação referida incidiu principalmente sobre a terapêutica administrada, a evolução da temperatura, os cuidados realizados previamente pelos pais e os ensinos efetuados durante a permanência no serviço. A participante A exemplificou esta prática ao referir que regista *"a medicação que dei", "o que é que a mãe fez, a que horas é que fez, e a dose que fez"*, bem como os ensinos relativos à febre, à medicação e aos recursos fidedignos a utilizar (PA; P15).

A função dos registos na continuidade dos cuidados foi igualmente destacada, na medida em que permitem documentar *"o que foi administrado, o que foi ensinado e como evoluiu a temperatura"*, evitando repetições e favorecendo uma melhor atuação da equipa (PA; P15). Apesar desta valorização, a análise dos discursos evidenciou que os registos se centravam predominantemente na dimensão clínica da intervenção, enquanto aspetos como dúvidas identificadas, as estratégias educativas utilizadas, a validação da compreensão parental e o suporte emocional prestado surgiram com menor expressão documental.

Em síntese, a análise dos dados permitiu identificar uma organização sequencial e articulada das intervenções do EEESIP na CP para a gestão da febre da criança no SUP. A avaliação inicial das necessidades parentais constituiu o ponto de partida da intervenção, sustentando o planeamento individualizado e orientando, a implementação de intervenções clínicas, educativas e relacionais.

A avaliação dos resultados integrou a evolução clínica da criança, a validação da compreensão

parental e a perceção de mudanças nos comportamentos dos pais perante episódios febris posteriores. Por sua vez, os registos de enfermagem surgiram como dimensão transversal, associada à continuidade dos cuidados e à documentação das intervenções realizadas.

3.3. Discussão dos Resultados

A discussão que se segue procura interpretar os resultados obtidos, articulando-os com a literatura científica relevante, explorando o significado clínico e formativo das categorias identificadas. A febre, para além de constituir um foco clínico frequente, mobilizou dúvidas, receios e necessidades educativas que exigiram do EEESIP uma intervenção que articulou competência técnica, adaptação relacional e intencionalidade pedagógica. Discute-se, em particular, de que modo os resultados permitem compreender o lugar da CP nos cuidados especializados de ESIP em contexto de urgência pediátrica.

3.3.1 Avaliação Inicial das Necessidades Parentais

A avaliação inicial das necessidades parentais assumiu-se como um processo multidimensional, no qual as participantes, procuraram compreender não apenas as práticas previamente adotadas pelos pais, mas também os seus conhecimentos, dúvidas, crenças e respostas emocionais perante a febre. Esta leitura permitiu situar a intervenção para além da avaliação da temperatura, integrando a forma como a família interpretava o episódio, os recursos disponíveis para o gerir e as dificuldades que influenciavam a tomada de decisão parental. Esta abordagem é coerente com as orientações da DGS e NICE, que sublinham que a avaliação da febre deve integrar a identificação de sinais de alarme e a valorização da perceção dos pais como elemento relevante para a orientação da intervenção (DGS, 2018a, 2018b; NICE, 2021).

A heterogeneidade identificada nos conhecimentos parentais — pais bem orientados a coexistir com pais sem informação básica sobre posologia ou sobre o significado clínico da temperatura — é consistente com os resultados da *scoping review* previamente desenvolvida, que identificou lacunas de literacia em saúde, influência das crenças e das experiências anteriores na tomada de decisão, e variabilidade marcada nas práticas de gestão domiciliária da febre (Queirós, Couto, & Samarão, 2025). A persistência de dúvidas em pais com experiências prévias de febre na criança sugeriu que a repetição destes episódios nem sempre se traduziu numa gestão segura, ou informada. Shimony-Kanat et al. (2023) e Sakamoto et al. (2026) documentaram, de forma convergente, que erros e crenças

inadequadas sobre a febre se mantêm estáveis ao longo do tempo, mesmo perante maior disponibilidade de informação.

A dimensão emocional — ansiedade, medo de convulsões, alarme perante bebés com febre — configurou o fenómeno que a literatura designa por febrefobia, frequentemente desproporcional à gravidade clínica real (Sakamoto et al., 2026). A sua identificação como parte integrante da avaliação inicial não é acessória, mas clinicamente determinante, pois condiciona a forma como os pais interpretam o episódio, decidem recorrer ao serviço e estão disponíveis para receber e integrar os ensinos. Deste modo, Os resultados permitiram compreender, que a avaliação inicial das necessidades parentais constitui, simultaneamente, o diagnóstico de enfermagem e o ponto de partida da CP, respondendo ao primeiro objetivo específico do estudo.

3.3.2. Planeamento das Intervenções de Enfermagem

O planeamento individualizado — construído a partir da avaliação de cada família e ajustado ao seu perfil específico — está em linha com a definição de CP mobilizada neste estudo, um processo intencional de promoção de conhecimentos, desenvolvimento de competências e confiança parental, para a tomada de decisão. Esta dimensão assumiu um caráter individualizado, orientado pela adaptação das prioridades clínicas e educativas em função das necessidades identificadas, coerentes com o enquadramento normativo do EEESIP, que pressupõe adaptação permanente das estratégias à criança e à família (OE, 2018).

Tavan et al. (2022) demonstraram que intervenções educativas estruturadas e ajustadas às características da família melhoram significativamente o conhecimento e a prática parental na gestão da febre. A *scoping review* previamente desenvolvida corrobora esta leitura, mostrando que intervenções simples e contextualizadas têm maior impacto do que intervenções genéricas (Queirós, Couto, & Samarão, 2025). A distinção feita pelas participantes entre o que é realizável na triagem e o que é aprofundável no SO, reflete uma forma de planeamento adaptativo que a literatura sobre enfermagem em urgência pediátrica reconhece como condição de eficácia em contextos de elevada exigência temporal (Teixeira et al., 2023).

A menor expressão discursiva do planeamento, comparativamente à avaliação e à implementação deve ser compreendida como uma forma de planeamento integrada na avaliação e na decisão imediata. Em contexto de urgência, o planeamento tende a emergir de forma integrada com a avaliação e com a decisão imediata, mais do que como etapa verbalizada de modo autónomo. Esta natureza fluida é compatível com o raciocínio clínico especializado descrito por Silva et al. (2022), no

qual avaliação, diagnóstico e decisão se articulam em tempo real.

Deste modo, os resultados responderam ao objetivo específico, mostrando que os EEESIP planeavam estratégias de CP, a partir da avaliação das necessidades da família, ajustando-as à situação clínica da criança e às exigências do contexto de urgência.

3.3.3. Implementação das Intervenções de Enfermagem

A análise da implementação mostrou que o cuidado especializado integrou vigilância clínica, medidas não farmacológicas, ensino aos pais, comunicação terapêutica e preparação para a continuidade dos cuidados no domicílio. As participantes descreveram intervenções centradas na confirmação da febre, na avaliação da temperatura, na monitorização do estado geral da criança, na administração contextualizada da terapêutica e na utilização de medidas complementares orientadas para o conforto. Deste modo, articulou vigilância clínica, reposta ao episódio febril com a capacitação da família. Esta abordagem é coerente com as orientações da DGS e do NICE, que defendem que a avaliação da febre em idade pediátrica não deve assentar exclusivamente no valor da temperatura, mas integrar uma apreciação clínica global, a vigilância de sinais de agravamento, o estado geral da criança e a orientação dos pais (DGS, 2018a, 2018b; NICE, 2021).

Os resultados mostraram ainda que a febre assumiu um lugar central na prática das participantes, não apenas como dado clínico, mas também como foco educativo e relacional. Esta centralidade foi contextualizada pelo levantamento descritivo das admissões por febre realizado durante o estágio e apresentado no Apêndice D. Nos turnos registados, foram atendidas 198 crianças, das quais 59 recorreram ao SUP por febre, correspondendo a 29,8% do total de admissões observadas (Tabela D1). Embora este levantamento não tenha integrado o *corpus* da análise de conteúdo das entrevistas, permitiu enquadrar a frequência do fenómeno no contexto assistencial estudado e reforçar a pertinência clínica da capacitação parental na gestão da febre. Esta leitura aproxima-se dos resultados de Yoong et al. (2021), que identificaram os episódios febris e as infeções respiratórias como motivos frequentes de admissão em urgências pediátricas. Neste contexto, a febre evidenciou-se como motivo de admissão relevante, exigindo uma resposta de enfermagem centrada na avaliação da criança, vigilância clínica, orientação educativa e apoio à decisão parental.

A componente educativa assumiu particular relevância, os ensinos sobre dose terapêutica, intervalos de administração e sinais de alarme são coerentes com o que Tavan et al. (2022) identificaram como conteúdos relevantes em intervenções educativas breves. A utilização de recursos digitais validados — aplicação "Febre e Dor" e sítio da DGS — refletiu uma preocupação com a

qualidade da informação disponibilizada aos pais, num contexto em que a internet é frequentemente utilizada para esclarecer dúvidas em saúde infantil, embora nem sempre demonstre informação fiável (Sakamoto et al., 2026). Lynch et al. (2024) demonstraram que intervenções educativas breves e estruturadas no momento da alta podem melhorar o conhecimento parental e reduzir o recurso não programado ao serviço, reforçando a pertinência desta abordagem mesmo em contextos de tempo reduzido.

A dimensão relacional — parceria, adaptação da linguagem e gestão emocional — revelou-se essencial à eficácia educativa. Pais em estado de ansiedade elevada tendem a apresentar menor disponibilidade para assimilar e integrar a informação transmitida. Becker e Chong e Silva (2020) identificaram que grande parte das procuras não urgentes em urgências pediátricas resulta de insegurança parental e necessidade de validação profissional, o que ajuda a compreender a frequência com que a gestão emocional foi descrita pelas participantes como parte integrante do processo de cuidados. A desmistificação da febre enquanto evento necessariamente grave traduziu uma intervenção que articulou competência técnica e competência relacional, em linha com o que Soares et al. (2025) identificam como prática de comunicação eficaz em contexto pediátrico.

Para além dos fatores parentais, os resultados evidenciaram a relevância de fatores associados à própria criança, designadamente a idade, o estado geral, o desconforto, a resposta à terapêutica e a presença de sinais de agravamento. Acresceram ainda fatores contextuais próprios da urgência, como a rapidez, a imprevisibilidade, a elevada rotatividade assistencial e a limitação temporal. No contexto do SUP, estas intervenções, assumiu particular importância pela brevidade do contacto com a família e pela necessidade de transformar esse momento num espaço de orientação segura e clinicamente significativa. Esta interpretação é convergente com a literatura, constatando que intervenções educativas breves e ajustadas a urgência podem melhorar o conhecimento parental, reduzir crenças erradas e favorecer comportamentos de cuidados seguros (Lynch et al., 2024).

Deste modo, os resultados permitem compreender o SUP não apenas como um espaço de resposta ao episódio agudo, mas também como um contexto relevante para a articulação entre cuidados imediatos, comunicação terapêutica e ensinos parentais. A capacitação parental na gestão da febre exige, assim, uma resposta integrada, capaz de reunir avaliação clínica, ensino, apoio emocional, validação da compreensão e preparação para a continuidade dos cuidados no domicílio.

3.3.4. Avaliação dos Resultados das Intervenções de Enfermagem

A avaliação dos resultados assumiu um caráter situado e de curta duração, condicionado pela

natureza pontual do contacto com a família em contexto de urgência. No plano clínico, a descida da temperatura após a administração de antipirético emergiu como principal indicador de resultado, o que é coerente com o contexto de urgência e com as orientações clínicas para a abordagem da febre em idade pediátrica, nas quais a vigilância da evolução clínica e da resposta à terapêutica assume relevância central (DGS, 2018a, 2018b; NICE, 2021).

A validação sistemática da compreensão parental foi descrita através de estratégias como a repetição da informação, o esclarecimento de dúvidas e a solicitação aos pais para reformularem o que lhes tinha sido explicado. Esta prática reflete a preocupação do EEESIP em verificar se os pais compreenderam a informação transmitida e se conseguem aplicá-la de forma adequada no domicílio. Trata-se de um processo de confirmação da compreensão e de apropriação dos ensinos realizados. Esta dimensão é coerente com Lynch et al. (2024) e Soares et al. (2025), que reconhecem a verificação da compreensão como condição essencial da educação para a saúde em contextos de doença aguda.

As participantes identificaram mudanças nos comportamentos parentais ao longo do tempo, traduzidas em maior calma perante novos episódios febris, administração prévia da medicação e procura ponderada ao serviço. Estes elementos configuraram indicadores indiretos e retrospetivos dos resultados das intervenções, por dependerem da perceção das entrevistadas. Esta interpretação é coerente com a *scoping review* prévia, que apontou para o potencial das intervenções educativas na melhoria sustentada das práticas parentais face à febre (Queirós, Couto, & Samarão, 2025). Os limites identificados — persistência de dúvidas e repetição de erros em episódios sucessivos — reforçam que a

mudança comportamental parental depende da disponibilização de informação, e da dimensão emocional da experiência, da clareza da comunicação e da possibilidade de reforço continuado (Shimony-Kanat et al., 2023; Sakamoto et al., 2026).

3.3.5- Registos de Enfermagem

A análise dos registos revelou uma assimetria entre cuidados prestados e a sua documentação, a dimensão clínica — nomeadamente a temperatura, a terapêutica administrada e a resposta clínica — surgiu documentada de forma sistemática do que a dimensão educativa e relacional da CP. Esta tendência encontra sustentação na literatura, que reconhece que a documentação de enfermagem tende a privilegiar os dados clínicos, biométricos e terapêuticos, permanecendo menos visíveis as intervenções de natureza educativa, relacional e comunicacional (Teixeira et al., 2023).

No contexto específico do SUP, esta menor sistematização deve ser interpretada em

articulação com a pressão temporal, a elevada rotatividade, a necessidade de gerir prioridades e a tendência para registar sobretudo os dados diretamente associados à segurança clínica imediata. Contudo, estas características ajudam a compreender a realidade observada, sem retirar pertinência ao registo das intervenções dirigidas CP. Quando os ensinos realizados, as dúvidas identificadas, as estratégias educativas utilizadas, o suporte emocional prestado e a validação da compreensão parental não ficam registados, a intervenção especializada torna-se menos visível e mais difícil de demonstrar, acompanhar e avaliar.

Assim, embora a CP possa ocorrer de forma efetiva na prática clínica, a sua reduzida expressão nos registos pode fragilizar a rastreabilidade do cuidado e transmitir a perceção de que essa intervenção não foi realizada. Esta leitura articula-se com os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, que valorizam um sistema de registos capaz de integrar necessidades de cuidados, intervenções realizadas e resultados sensíveis às intervenções obtidos pela criança (OE, 2017). Neste sentido, a melhoria da sistematização dos registos relativos à CP constitui um domínio relevante para a continuidade, qualidade e valorização do cuidado especializado do EEESIP.

4. O Cuidado Especializado

A análise crítica do percurso formativo desenvolvido ao longo do mestrado permite compreender, na sua globalidade, a natureza do cuidado especializado em ESIP. Esta análise demonstra que a articulação entre aprendizagem clínica, produção científica e análise sistemática da prática foi determinante para a consolidação de uma identidade profissional diferenciada.

Esta reflexão crítica organiza-se em três dimensões estruturantes: a diferenciação progressiva face aos cuidados gerais, raciocínio clínico como fundamento da tomada de decisão no processo de enfermagem especializado, e a articulação entre investigação e prática como condição de uma identidade profissional avançada. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (OE, 2017) e o Regulamento n.º 422/2018 constituem os referenciais normativos que enquadram esta análise.

4.1. O Percurso das Competências do Enfermeiro Especialista

O ponto de partida deste percurso formativo foi uma prática clínica já consolidada em contexto de Obstetrícia e Ginecologia. A experiência prévia como enfermeira de cuidados gerais constituiu uma base sólida para a intervenção clínica, permitindo desenvolver competências essenciais na prestação de cuidados seguros, organizados e centrados nas necessidades do RN e família. Contudo, esse percurso tornou evidente a necessidade de aprofundar saberes, atualizar conhecimentos e alargar a compreensão sobre os cuidados especializados à criança e família, assumindo o mestrado como uma oportunidade de progressão para uma prática mais diferenciada.

Esta transição pode ser compreendida à luz de Benner (1984), que descreve o desenvolvimento profissional como um processo contínuo de evolução entre níveis de competência, sustentado pela experiência, pela reflexão crítica e pelo julgamento clínico. Permanecer apenas numa competência operacional, centrada na execução eficiente de protocolos e na resolução de problemas dentro de esquemas conhecidos, limita o desenvolvimento da peritagem especializada. Esta exige uma leitura mais integrada da situação clínica, permitindo compreender o que está em causa, para quem e porquê, antes de decidir o quê e como intervir. Foi esta passagem que se tornou progressivamente mais concreta e exigente em cada contexto de estágio.

A especificidade da intervenção do EEESIP manifesta-se na capacidade de integrar cuidados seguros, parceria com a família, avaliação do contexto familiar, adaptação da comunicação à idade e ao desenvolvimento da criança, e promoção de uma relação terapêutica orientada para a capacitação,

negociação e redução dos fatores de stress associados à hospitalização ou doença (OE, 2017). Esta diferenciação traduz uma forma própria de compreender a criança e a família, de formular questões clínicas e de atribuir intencionalidade à relação terapêutica.

Ao longo do percurso formativo, esta intencionalidade tornou-se progressivamente mais clara em cada contexto de estágio. Na UCIN, expressou-se na capacidade de reconhecer a crise parental como fenómeno clínico relevante e como foco de intervenção estruturado (Meleis et al., 2000; Aljawad et al., 2025). Na UTP, revelou-se na gestão da doença crónica complexa a partir de uma visão integrada da criança, valorizando o saber experiencial dos pais como recurso importante para o cuidado (Pérez- Ardanaz et al., 2022; Lopes et al., 2023). No SUP, concretizou-se na articulação entre avaliação, diagnóstico, ensino e relação terapêutica num episódio de curta duração, preservando a qualidade da intervenção mesmo em contextos marcados pela rapidez e imprevisibilidade (Lynch et al., 2024; Soares et al., 2025). Nestes diferentes contextos, a intervenção especializada distinguiu-se pelo raciocínio clínico que orientou a ação, pela leitura integrada da situação e pela capacidade de ajustar a resposta às necessidades da criança e da família.

Esta trajetória aproxima-se da perspetiva de Schön (1983), ao compreender a aprendizagem profissional como um processo construído a partir da reflexão sobre a prática. Perante situações de incerteza e complexidade, a reflexão crítica permitiu questionar modos habituais de agir, reinterpretar experiências e desenvolver respostas mais adequadas aos contextos clínicos. Assim, mais do que um exercício académico, a reflexão assumiu-se como uma postura contínua perante o cuidado, tornando possível transferir competências entre contextos distintos, como a UCIN, a UTP e o SUP, e transformar cada situação clínica num momento de aprendizagem e desenvolvimento profissional.

4.2. Raciocínio Clínico como Fundamento da Tomada de Decisão

Ao longo do percurso formativo, consolidou-se a compreensão de que o processo de enfermagem especializado se diferencia pela qualidade do raciocínio clínico que orienta cada uma das suas etapas — avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e reavaliação. Silva et al. (2022) descrevem o raciocínio diagnóstico em enfermagem como um processo que integra pensamento especializado, capacidades cognitivas, conhecimento prévio e formulação de hipóteses, articulando avaliação clínica, interpretação dos dados e tomada de decisão. Neste sentido, o cuidado especializado expressa-se na forma como a informação recolhida é interpretada, relacionada e transformada em decisões ajustadas à criança e à família.

Esta compreensão foi aprofundada através do estudo de caso sobre as intervenções do EEESIP

na CP na gestão da febre no SUP. A análise das entrevistas permitiu perceber que a avaliação da criança com febre exige uma leitura global da situação, integrando o estado geral, os sinais associados, o comportamento da criança, a compreensão dos pais e as necessidades de orientação para a continuidade dos cuidados. Esta abordagem contribuiu para compreender a condição clínica, e também aquilo que a família sabe, teme, interpreta e necessita de aprender para gerir a situação com segurança.

O diagnóstico de enfermagem surgiu como uma dimensão muitas vezes presente na prática, ainda que nem sempre claramente documentada. Ao avaliarem os conhecimentos dos pais, as medidas já adotadas, as dúvidas persistentes e as crenças que necessitavam de correção, os EEESIP realizavam uma leitura clínica sobre défices de conhecimento, perceções inadequadas de risco, ansiedade parental e capacidade para assegurar os cuidados no domicílio. Esta análise orientou o planeamento e a tomada de decisão, em articulação com o raciocínio diagnóstico descrito por Silva et al. (2022), sustentado pela formulação de hipóteses, pelo julgamento clínico e pela experiência prática. Reconhecer esta dimensão permitiu tornar mais visível que o cuidado especializado se constrói na prática quotidiana e deve encontrar expressão nos registos.

A tomada de decisão do EEESIP perante a criança com febre abrange intervenções clínicas, educativas e relacionais. Para além da administração de antipiréticos de acordo com o protocolo, integra medidas de conforto, reforço da hidratação, vigilância da resposta clínica, identificação de sinais de alarme, correção de crenças inadequadas, como a febrefobia, validação da compreensão dos pais e preparação para a continuidade dos cuidados no domicílio (Shimony-Kanat et al., 2023; Sakamoto et al., 2026). Esta decisão assume uma natureza simultaneamente clínica e educativa, articulando conforto, vigilância, comunicação terapêutica e continuidade assistencial. Melnyk et al.(2007) situam esta articulação entre a melhor evidência disponível, a experiência clínica e os valores da pessoa cuidada como fundamento da prática baseada na evidência. No contexto do SUP, marcado por episódios breves, pontuais e por elevada pressão assistencial, este modelo contribuiu para uma tomada de decisão mais abrangente, intencional e ajustada às necessidades identificadas.

O estudo de caso revelou ainda uma fragilidade clinicamente importante: a componente educativa e relacional do cuidado, nomeadamente a CP na gestão da febre, surgia documentada de forma menos sistemática do que a sua expressão na prática clínica. Os registos de enfermagem tendiam a privilegiar dados biométricos e terapêuticos, deixando a intervenção educativa menos visível. Esta diferença tem implicações clínicas e institucionais, uma vez que a ausência de registo compromete a visibilidade do cuidado, a comunicação entre profissionais, a continuidade assistencial e a avaliação dos resultados sensíveis à intervenção especializada. O enunciado descritivo da

organização dos cuidados dos Padrões de Qualidade do EEESIP preconiza um sistema de registos que incorpore as necessidades de cuidados, as intervenções realizadas e os resultados obtidos pela criança (OE, 2017). Identificar esta lacuna e compreender as suas implicações constituiu uma aprendizagem concreta, transferível e diretamente aplicável a outros contextos de cuidados.

4.3. Da Investigação à Prática

O desenvolvimento de competências especializadas foi também consolidado através da realização da *scoping review* sobre as perceções, atitudes e comportamentos dos pais relativamente à febre em crianças até aos dois anos de idade (Queirós, Couto, & Samarão, 2025). Este trabalho assumiu particular importância no percurso formativo, por ter permitido aprofundar competências relacionadas com a pesquisa, análise e síntese da evidência científica.

A elaboração da *scoping review* exigiu a aplicação de uma metodologia rigorosa, incluindo a definição da questão PCC, a construção da estratégia de pesquisa, a consulta de bases de dados científicas, a seleção dos estudos segundo critérios de elegibilidade, bem como a extração e síntese dos dados. Este processo contribuiu para reforçar competências próprias da formação de nível de mestre, nomeadamente a capacidade de procurar conhecimento científico, analisá-lo de forma crítica e mobilizá-lo para fundamentar a prática especializada.

Para além da dimensão metodológica, a revisão permitiu sistematizar evidência sobre os fatores que influenciam a literacia dos pais face à febre, incluindo crenças inadequadas, febrefobia, variação do conhecimento e perceções de risco desproporcionadas (Sakamoto et al., 2026; Shimony-Kanat et al., 2023). Esta sistematização deu maior sustentação à relevância clínica da CP enquanto intervenção especializada, articulando-se com o enunciado descritivo da promoção da saúde dos Padrões de Qualidade do EEESIP (OE, 2017).

A *scoping review* estabeleceu uma ligação direta com o estudo de caso, ao fornecer uma base científica para compreender o que os pais sabem, receiam e tendem a fazer perante a febre da criança. Esse conhecimento apoiou a construção do guião de entrevista, a definição das categorias de análise e a interpretação dos resultados. Assim, a revisão contribuiu para aproximar a produção de conhecimento científico da análise da prática clínica, reforçando o papel do EEESIP enquanto profissional capaz de utilizar a evidência, produzir conhecimento e traduzi-lo em intervenções ajustadas às necessidades da criança e da família.

Esta articulação entre investigação, reflexão e prática clínica relaciona-se com o enunciado descritivo do desenvolvimento das aprendizagens profissionais dos Padrões de Qualidade do EEESIP

(OE, 2017). Relaciona-se também com a prática baseada na evidência, entendida como uma abordagem que integra a melhor evidência disponível, a experiência clínica e os valores da pessoa cuidada, favorecendo a tradução do conhecimento científico em intervenções mais ajustadas e capazes de melhorar os cuidados em saúde infantil e pediátrica (Melnyk et al., 2007).

4.4. Cuidados Diferenciados do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A análise transversal do percurso formativo permitiu compreender, de forma integrada, o desenvolvimento das competências específicas do EEESIP, definidas pelo Regulamento n.º 422/2018, em articulação com os Padrões de Qualidade do EEESIP (OE, 2017). Esta leitura assumiu um caráter de síntese, centrado no modo como a experiência clínica, a reflexão crítica e a investigação realizada favoreceram a consolidação de uma prática avançada em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Ao longo do curso, tornou-se mais clara a importância de integrar a condição clínica da criança, o contexto familiar, o estádio de desenvolvimento, os recursos disponíveis e a capacidade dos pais para assegurarem a continuidade dos cuidados. Esta visão alargada permitiu compreender a situação de saúde de forma mais completa, considerando os fatores que influenciaram a adaptação da criança e da família, bem como a segurança dos cuidados prestados.

Neste processo, a criança e a família assumiram-se como unidade central da prestação de cuidados. A atuação especializada exigiu atenção aos sinais clínicos, às emoções, às dúvidas, às crenças, às fragilidades e às competências dos pais. A capacitação parental, a comunicação ajustada, a promoção da segurança, a prevenção de complicações e a preparação para o regresso ao domicílio ganharam particular relevância. Estes elementos reforçaram a importância de uma relação terapêutica construída com escuta ativa, confiança, negociação e respeito pela singularidade de cada situação.

O desenvolvimento profissional implicou também uma tomada de decisão bem fundamentada. A resposta clínica passou a articular conhecimento científico, raciocínio clínico, experiência prática e valores familiares. Esta articulação permitiu reconhecer que a prática avançada exigiu capacidade para selecionar, priorizar e ajustar intervenções de acordo com as necessidades identificadas, sobretudo em contextos marcados pela complexidade, vulnerabilidade ou imprevisibilidade. A diferenciação revelou-se, assim, na antecipação de riscos, no reconhecimento de prioridades e na adaptação da resposta ao contexto.

A dimensão relacional assumiu igualmente um papel estruturante, a comunicação, o ensino, a escuta e a negociação foram compreendidos como intervenções clínicas com impacto na qualidade dos

cuidados, na diminuição da ansiedade, na adesão às orientações e na segurança após a alta. A relação terapêutica permitiu apoiar a família na interpretação da situação, na participação nas decisões e na preparação para a continuidade dos cuidados.

A formação desenvolvida reforçou ainda uma responsabilidade clínica acrescida. À medida que o raciocínio se tornou mais diferenciado, a atuação passou a integrar a antecipação de complicações, a definição de prioridades, a continuidade assistencial e a avaliação do impacto das decisões tomadas. Esta responsabilidade exigiu maior consciência sobre o que se decidiu, o que se delegou, o que se comunicou e o que se registou, fortalecendo a autonomia do EE no seio da equipa multidisciplinar.

A prática avançada manifestou-se também numa liderança clínica discreta, mas essencial à qualidade assistencial. Esta liderança concretizou-se na promoção de práticas seguras, na orientação dos pais, na articulação com a equipa, na defesa das necessidades da criança e na capacidade de transformar conhecimento científico em decisões concretas. Assim, o exercício especializado afirmou-se tanto pela intervenção direta como pela influência exercida na melhoria contínua dos cuidados.

Outro aspeto relevante relacionou-se com a visibilidade da intervenção do EEESIP, uma vez que dimensões como a comunicação terapêutica, o ensino, a antecipação de riscos, a escuta ativa e a adaptação dos cuidados à criança podem tornar-se menos evidentes quando não são suficientemente explicitadas nos registos clínicos ou nos momentos de partilha entre profissionais. A consolidação de uma prática avançada exigiu, por isso, o reconhecimento do valor destas ações enquanto contributos com impacto na segurança, na continuidade assistencial e nos resultados em saúde.

A componente académica e investigativa do mestrado permitiu aproximar a prática clínica do conhecimento científico. A análise crítica da evidência, a realização da *scoping review* e o estudo de caso favoreceram uma postura mais reflexiva, questionadora e fundamentada perante os cuidados. Esta dimensão reforçou a responsabilidade do EEESIP na utilização da melhor evidência recente, disponível, na produção de conhecimento e na melhoria da qualidade assistencial.

Assim, a análise realizada permitiu reconhecer a consolidação de uma identidade profissional mais diferenciada, sustentada por uma atuação segura, reflexiva, fundamentada e centrada na criança e na família. Os cuidados avançados do EEESIP traduziram-se na articulação entre competência clínica, julgamento, relação terapêutica, educação para a saúde, prevenção de complicações, liderança clínica e compromisso com a melhoria contínua. Esta síntese expressou o contributo global do percurso formativo para uma prática mais consciente, rigorosa e ajustada às exigências atuais da ESIP.

5. Conclusão

O presente relatório teve como propósito demonstrar a integração de conhecimentos e o desenvolvimento de competências específicas de ESIP, articulando esse percurso com a análise das intervenções do EEESIP na CP na gestão da febre da criança no SUP. A leitura integrada das diferentes partes do trabalho permite concluir que a pergunta de investigação — quais as intervenções do EEESIP na CP na gestão da febre da criança em contexto de SUP? — encontrou resposta na convergência entre os resultados do estudo de caso, os referenciais teóricos e normativos mobilizados, o conhecimento sistematizado através da *scoping review* previamente desenvolvida (Queirós, Couto, & Samarão, 2025) e a análise crítica do percurso formativo desenvolvido nos contextos de estágio.

Os resultados evidenciaram que a intervenção do EEESIP na gestão da febre assume natureza simultaneamente clínica, educativa, relacional e organizacional. A CP não emergiu como elemento periférico do cuidado agudo, mas como dimensão integrante da intervenção especializada, expressando-se na avaliação inicial das necessidades parentais, no planeamento individualizado das intervenções, na implementação de ensinos ajustados, na validação da compreensão dos pais e na preparação da continuidade segura dos cuidados após a alta. Neste sentido, o EEESIP não se limita a responder ao episódio clínico imediato; interpreta-o à luz do estado geral da criança, do contexto familiar e social e das necessidades educativas e emocionais da família, intervindo com intencionalidade orientada para a autonomia, a segurança e a qualidade dos cuidados.

A febre revelou-se, simultaneamente, fenómeno clínico frequente e foco persistente de ansiedade parental. Os resultados confirmaram que os pais recorrem ao serviço com padrões de conhecimento heterogéneos, dúvidas frequentes sobre medição da temperatura, utilização dos antipiréticos, sinais de alarme e critérios de recurso ao serviço, bem como crenças inadequadas sobre a gravidade do episódio febril. A intervenção educativa breve e estruturada assumiu, por isso, particular relevância, sobretudo quando articulada com validação da compreensão, comunicação terapêutica ajustada e orientação para recursos fiáveis. A brevidade do contacto em contexto de urgência não inviabilizou a CP; tornou-a mais focalizada, mais intencional e mais dependente da capacidade do EEESIP em selecionar prioridades e adaptar a linguagem ao nível de literacia em saúde da família.

O percurso desenvolvido nos três contextos de estágio revelou-se complementar e progressivamente exigente. Na UCIN, a gestão de situações de extrema prematuridade e doença neurológica rara — com prognóstico incerto e impacto familiar profundo — tornou particularmente visível a necessidade de articular precisão técnica, gestão do risco, promoção da vinculação e capacitação parental em contextos de elevada vulnerabilidade. A UTP evidenciou a hospitalização como

experiência que afeta simultaneamente a criança e a família, exigindo capacidade de reconhecer a sobrecarga cumulativa do cuidador, preservar a continuidade do papel parental e sustentar o cuidado em situações de doença crónica complexa — das quais fizeram parte situações de paralisia cerebral, distrofia muscular e patologia respiratória com necessidade de reabilitação especializada. O SUP exigiu a capacidade de condensar avaliação, decisão clínica, ensino e relação terapêutica num período temporal curto — incluindo situações de convulsão febril atípica e de sofrimento psicológico agudo no adolescente —, confirmando a CP como intervenção breve, mas de elevado impacto potencial na segurança dos cuidados e na literacia parental.

Em termos de competências comuns do EE, o percurso formativo evidenciou desenvolvimento progressivo ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A tomada de decisão clinicamente fundamentada, a identificação de oportunidades de melhoria, a articulação interprofissional e o recurso sistemático à evidência científica traduziram a consolidação destas competências nos diferentes contextos. Do ponto de vista das competências específicas do EEESIP, verificou-se mobilização articulada das competências E1, E2 e E3, com ênfases distintas nos três contextos: promoção da saúde e parceria com a família, resposta a situações de especial complexidade e adaptação da comunicação e dos cuidados ao ciclo de vida e ao desenvolvimento da criança.

Os resultados do estudo permitiram responder aos objetivos específicos inicialmente formulados. A avaliação inicial das necessidades parentais revelou-se abrangente e estruturante, integrando práticas, conhecimentos, dúvidas, crenças e necessidades emocionais. O planeamento das intervenções assumiu caráter individualizado e responsivo, orientado pelas prioridades emergentes em cada situação. A implementação das intervenções articulou vigilância clínica, adequação terapêutica, medidas não farmacológicas, ensino prático, comunicação terapêutica e validação da compreensão. A avaliação dos resultados centrou-se sobretudo na resposta clínica imediata da criança e na verificação da compreensão parental. Por fim, a análise dos registos evidenciou uma assimetria relevante: a dimensão clínica da intervenção encontrava-se mais visível do que a dimensão educativa e relacional da CP, que permanecia frequentemente subdocumentada.

Este último achado constitui uma das principais implicações do estudo para a prática especializada. A menor visibilidade documental da CP compromete a rastreabilidade da intervenção, a comunicação entre profissionais, a continuidade dos cuidados e a demonstração do valor específico do cuidado especializado de enfermagem. Torna-se, por isso, particularmente relevante reforçar a expressão documental desta dimensão nos registos de enfermagem, nomeadamente no que respeita às necessidades identificadas, aos conteúdos ensinados, às estratégias utilizadas e à validação da

compreensão parental. Do ponto de vista organizacional, os resultados sustentam igualmente a pertinência de uniformizar conteúdos essenciais de ensino sobre febre e de desenvolver recursos complementares de educação para a saúde, capazes de reforçar a literacia em saúde e apoiar decisões seguras por parte dos pais. Neste âmbito, a proposta de desenvolvimento de um vídeo educativo para a sala de espera do SUP — identificada durante o estágio como resposta a uma necessidade assistencial recorrente — constitui um exemplo concreto de intervenção preventiva com potencial para ampliar o alcance da CP para além do episódio individual de urgência.

Acresce ainda que, embora tenha existido observação em contexto real durante o estágio, esta não foi assumida como procedimento sistematizado de recolha de dados, pelo que os resultados assentam essencialmente no discurso das participantes. A realização dos pré-testes do guião em contexto de internamento pediátrico, e não no próprio SUP, o que introduz um grau de heterogeneidade contextual na fase de validação do instrumento. A proximidade da investigadora ao campo clínico, enquanto formanda no mesmo contexto, foi gerida com vigilância crítica, mas permanece como condicionante da objetividade interpretativa que importa reconhecer (Streubert & Carpenter, 2011).

Estas limitações não invalidam os resultados produzidos; situam-nos corretamente como conhecimento contextualizado, útil para a prática e para a formulação de questões futuras.

Em termos formativos e curriculares, considera-se que os objetivos definidos para a unidade curricular foram concretizados. O percurso desenvolvido nos três contextos de estágio permitiu integrar conhecimentos, fundamentar os cuidados nos referenciais teóricos e normativos da disciplina, agir perante situações de especial complexidade, reconhecer situações de risco e desenvolver, de forma progressiva e articulada, competências comuns e específicas do EEESIP. A conciliação deste percurso com o exercício profissional numa área distinta da especialidade — a de Obstetrícia e Ginecologia— representou um esforço acrescido de adaptação e investimento pessoal; representou, também, uma demonstração consistente de que a aprendizagem especializada se consolida precisamente quando é colocada fora da zona de conforto e quando exige transferência de saberes entre contextos distintos.

Em síntese, este relatório não se limitou a descrever vivências clínicas; constituiu um exercício de produção de conhecimento disciplinar, em conformidade com a orientação científica e pedagógica do MESIP. O resultado duradouro deste percurso não se mede, contudo, apenas pela aquisição de competências técnicas ou pela capacidade de fundamentar a prática na evidência, mas pela compreensão aprofundada do que é cuidar de uma criança e da sua família em momentos de vulnerabilidade — e pela convicção de que o EEESIP detém, neste processo, um papel que é simultaneamente clínico, educativo, relacional e ético, o de transformar cada encontro terapêutico

numa oportunidade de segurança, de parceria e de promoção de saúde.

6. Referências Bibliográficas

Aljawad, B., Miraj, S. A., Alameri, F., & Alzayer, H. (2025). Family-centered care in neonatal and pediatric critical care units: A scoping review of interventions, barriers, and facilitators. BMC Pediatrics, 25, Article 291. https://doi.org/10.1186/s12887-025-05620-w

Assembleia da República. (1990). Resolução da Assembleia da República n.º 20/90, de 12 de setembro: Aprova, para ratificação, a Convenção sobre os Direitos da criança. *Diário da República*. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/resolucao-assembleia-republica/20-1990- 222390

Assembleia Geral das Nações Unidas. (1989). *Convenção sobre os Direitos da criança*. https://www.unicef.pt/media/2766/unicef_convenc-a-o_dos_direitos_da_crianca.pdf

Bardin, L. (2016). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Becker, T. S., & Chong e Silva, D. C. (2020). Procuras não urgentes a um pronto-socorro hospitalar pediátrico: Perspectivas dos usuários. *Revista de Saúde Pública do Paraná*, *3*(1), 62-74. https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n1p62

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. Addison-Wesley, Nursing Division.

Butler, A. E., Ridgway, L., Henderson, E. M., Hokke, S., Edvardsson, K., Adams, C., Greenwood, E., East, C., Safari, K., Arefadib, N., McKenna, L., & Copnell, B. (2025). Family-centred care research in paediatrics: A scoping review. *Journal of Child Health Care*. Advance online publication. https://doi.org/10.1177/13674935251337492

Cáceres-Matos, R., Castillo-García, M., Magni, E., & Pabón-Carrasco, M. (2024). Effectiveness of virtual reality for managing pain, fear, and anxiety in children and adolescents undergoing needle- related procedures: Systematic review with meta-analysis. *Nursing Reports*, *14*(3), 2456–2484. https://doi.org/10.3390/nursrep14030182

Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, *22*(6), 1058-1062. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x

Castro-Trigo, S., von Hagen, A., Alonso-Stuyck, P., Miquel, P., Barba-Reynoso, D., Quintero, A., Zorrilla de San Martín, J., & Ferreira-Umpiérrez, A. (2026). Intervention practices for promoting well- being and cognitive development in hospitalized children: A scoping review. *European Journal of Investigation in Health*, Psychology and Education, *16*, Article 41. https://doi.org/10.3390/ejihpe16030041

Corsello, A., Marangoni, M. B., Macchi, M., Cozzi, L., Agostoni, C., Milani, G. P., & Dilena, R. (2024). Febrile seizures: A systematic review of different guidelines. *Pediatric Neurology*, *155*, 141-148. https://doi.org/10.1016/j.pediatrneurol.2024.03.024

Depianti, J. R. B., Pimentel, T. G. P., Pessanha, F. B., Moraes, J. R. M. M. de, & Cabral, I. E. (2024). Guides or guidelines for interacting and playing with medical complex children: A qualitative documentary research. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *32*, e4146. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6691.4146

Direção-Geral da Saúde. (2018a). *Orientação n.º 004/2018, de 3 de agosto: Febre na criança e no adolescente - definição, medição e ensino aos familiares/cuidadores.*

Direção-Geral da Saúde. (2018b). *Norma n.º 014/2018, de 3 de agosto: Processo Assistencial Integrado da Febre de Curta Duração em Idade Pediátrica.*

Direção-Geral da Saúde. (2019). *Manual de boas práticas: Capacitação dos profissionais de saúde para a promoção da literacia em saúde.*

Farrell, M. (1992). Partnership in care: Paediatric nursing model. *British Journal of Nursing*, *1*(4), 175-176. https://doi.org/10.12968/bjon.1992.1.4.175

Gonçalves, R. R., Oliveira, A. C., Antunes, E. M., Castro, F. A. R. de, Coimbra, J. de O., Lavor, L. C. A., Nascimento, L. O. F. do, Monteiro, M. de M. L. Y., Ataíde, N. da S., & Andrade, N. G. A. de. (2024). Avaliação diagnóstica de convulsões febris: Desafios e novas perspectivas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *6*(2), 2267-2278. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n2p2267-2278

Harlow, A. B., Ledbetter, L., & Brandon, D. H. (2024). Parental presence, participation, and engagement in paediatric hospital care: A conceptual delineation. *Journal of Advanced Nursing*, *80*(7), 2758-2771. https://doi.org/10.1111/jan.15996

Instituto de Apoio à Criança. (2017). *Carta da Criança Hospitalizada*. https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/carta-crianca-hospitalizada-5-edicao.pdf

Jesus, J. A., & Balsanelli, A. P. (2023). Relationship between emergency nurses' professional competencies and the nursing care product. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *31*, e3939. https://doi.org/10.1590/1518-8345.6585.3939

Jing, J., Song, J., Song, W., Gong, S., Yi, K., & Ren, J. (2026). The efficacy of virtual reality on pain and anxiety reduction during needle-related procedures in a pediatric emergency department setting: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Virtual Reality*, *7*, Article 1759834. https://doi.org/10.3389/frvir.2026.1759834

Khojah, I. M., Alazhary, N. W., Alyazidi, A. S., Alsubaie, M. A., Alghamdi, M. K., & Jawhari, A. A. (2024). Pediatric respiratory infectious emergencies: Clinical profiles and outcomes. *Journal of Medicine and Life*, *17*(7), 716-721. https://doi.org/10.25122/jml-2024-0044

Kuntz, S. R., Moraes, K. L., Vaccari, A., Theis, T. S., Cogo, A. L. P., & Wegner, W. (2025). Health literacy among main caregivers of children with special health care needs: A cross-sectional study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *33*, e4689. https://doi.org/10.1590/1518- 8345.7860.4689

Leite, J. A. S. S., Soares, A. P. M. de A., Martinez, N. V. de C., Silva, A. C., Lettiere-Viana, A., Fermino, T. Z., & Carlos, D. M. (2025). Adolescents with self-injurious behavior in emergency services: A look at comprehensive care. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *59*, e20250030. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0030en

Lopes, P. M., Sousa, S. S., Silva, A., Bessa, E., Costa, J. F., Pires, O., Santos, R., Abreu, N., & Alves, E. (2023). O papel parental no hospital: Visão de um grupo de enfermeiros especialistas em pediatria. *Revista da Sociedade Brasileira de Enfermeiros Pediatras*, *23*, eSOBEP20230006. https://doi.org/10.31508/1676-379320230006

Lumivero, LLC. (2025). *ATLAS.ti (Versão 25) [Software de análise de dados qualitativos]*. https://atlasti.com

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

Maganhin Luquetti, C., Costa, A. L. G. da, Silva, C. de S. da, Costa Neto, J. T. da, Cenci, F. M., Teixeira, J. H., Rossatto, B. R., Corse, C. Q., Pontes, D. de B., Cavalcanti, M. H. R., Coimbra, C. J.

M., Barros, C. E. F. da C., & Lima Júnior, E. A. de A. (2024). Convulsões febris em crianças:

Aspectos clínicos e diagnósticos. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, *6*(8), 2095-2106. https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n8p-2095-2106

Martins, L. Y., Domingos, T. da S., Avezani, A. C. F., Monteiro, R. L., & Sousa, G. S. de. (2026). Knowing to care: Life stories of adolescent survivors of suicide attempts in a Brazilian metropolis. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *60*, e20250287. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2025-0287en

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E.-O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, *23*(1), 12-28.

Melnyk, B. M., Jamerson, P., Fineout-Overholt, E., Latta, L., Hockenberry, M., Lewandowski, L., Huth, M., & Gance-Cleveland, B. (2007). Improving healthcare and outcomes for high-risk children and teens: Formation of the National Consortium for Pediatric and Adolescent Evidence-Based Practice. *Pediatric Nursing*, 33(6), 525–529.

Milani, G. P., Alberti, I., Bonetti, A., Garattini, S., Corsello, A., Marchisio, P., & Chiappini, E. (2024). Definition and assessment of fever-related discomfort in pediatric literature: A systematic review. *European Journal of Pediatrics*, *183*, 4969-4979. https://doi.org/10.1007/s00431- 024-05753-7

Ministério da Saúde. (2014). Despacho n.º 10319/2014, de 11 de agosto: Determina a estrutura do Sistema Integrado de Emergência Médica e os níveis de responsabilidade dos Serviços de Urgência. *Diário da República*, 2.ª série, 153, 20673-20678. https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457

Moraes, R. M. R., Jucá, S. C. B. M. P., Quadros, D. V. de, Magalhães, A. M. M. de, Oliveira Júnior, G. J. de, Barbosa, W. V. B., & Oliveira, J. L. C. de. (2023). Fatores associados aos triggers e eventos adversos em pediatria. *Revista Cuidarte*, *14*(3), e3060. https://doi.org/10.15649/cuidarte.3060

National Institute for Health and Care Excellence. (2021). *Fever in under 5s: Assessment and initial management (NICE guideline NG143).*

Nogueira, A. J., & Ribeiro, M. T. (2023). "The key is to value every little achievement": A qualitative study of the psychological experience of parent caregivers in paediatric palliative care. *Clinical Practice*, *13*, 670-683. https://doi.org/10.3390/clinpract13030062

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® Versão 2: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (Série 1, Número 6).*

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização.*

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

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, 133, 19192-19195.

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, 26, 4744-4750.

Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Guia orientador de boas práticas: Adaptação à parentalidade.*

Pedreira, M. L. G., & Belela-Anacleto, A. S. C. (2025). "Safe care for every newborn and child": Patient safety as a priority from the start. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *33*, e4659. https://doi.org/10.1590/1518-8345.0000.4659

Pérez-Ardanaz, B., Morales-Asencio, J. M., Peláez-Cantero, M. J., García-Mayor, S., Canca-Sánchez, J. C., & Martí-García, C. (2022). Fatiga, calidad de vida y utilización de recursos sanitarios en niños con enfermedades crónicas complejas. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, *45*(2), e1008. https://doi.org/10.23938/ASSN.1008

Queirós, A. C. M., Couto, L. C. P. A., & Samarão, P. M. L. B. A. (2025). *Febre nas crianças até aos 2 anos, perceções, atitudes e comportamentos parentais: Uma* scoping review *[Trabalho académico de mestrado não publicado]*. Universidade do Minho.

Rodrigues, J. R. G. da V., Sousa, B. R. e, Macedo, F. C., Cabouco, M. F., Rocha, M. M. da, & Carneiro,
T. F. T. (2026). Nursing interventions promoting parenting during child hospitalization: A scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *79*, e20250103. https://doi.org/10.1590/0034-7167-2025-0103

Sakamoto, M., Suzuki, A., & Ishikawa, H. (2026). Changes in parental knowledge and concerns regarding pediatric fever from 2017 to 2024: Repeated cross-sectional surveys on the association of a smartphone application. *Frontiers in Public Health*, *13*, Article 1619134. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1619134

Santos, A. C. S. dos, Carmona, E. V., Sanfelice, C. F. de O., Mafetoni, R. R., Lopes, M. H. B. de M., & Balaminut, T. (2024). Breastfeeding at discharge and in the third stage of the Kangaroo Mother Care among hospitalized preterm infants. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *58*, e20230383. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0383en

Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner: How professionals think in action*. Basic Books.

Shimony-Kanat, S., Gofin, R., Nator, N., Solt, I., Abu Ahmad, W., Liebergall Wischnitzer, M., Lawen, H.,
Kopitman, A., Crassac, V., & Kerem, E. (2023). Mothers' knowledge of infants' fever management: A national prospective study. *Maternal and Child Health Journal*, *27*, 815-823. https://doi.org/10.1007/s10995-023-03593-9

Silva, B. C. O., Delgado, M. F., Nascimento, R. C. A., Lira, A. L. B. C., Feijão, A. R., & Enders, B. C. (2022). Analysis of the "diagnostic reasoning" concept in nursing. *Aquichan*, *22*(2), e2222. https://doi.org/10.5294/aqui.2022.22.2.2

Silva, M. C. B., Camara, R. P. P. O. A., Teixeira, F. C., Pereira, V. S. L., Ramos, M. E. A., Sarmento, A. C. A., Medeiros, K. S., Dantas, R. A. N., & Dantas, D. V. (2025). Efficacy of virtual reality in reducing pain, anxiety and fear in hospitalised children: A systematic review and meta-analysis protocol. *BMJ Open*, *15*(9), e099232. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-099232

Silva, R. S. da, Coppo, C. B., Zani, E. M., & Zani, A. V. (2025). Father participation in the care of a

critically ill child: A scoping review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *59*, e20240278. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0278en

Sjöstedt, H., Habbouche, S., Holmqvist, L., & Celind, J. (2026). Reduced overtriage is associated with increased patient flow at pediatric emergency department. *Scandinavian Journal of Trauma*, Resuscitation and Emergency Medicine, *34*, Article 47. https://doi.org/10.1186/s13049-026- 01573-w

Soares, A. K. F., Linhares, F. M. P., Barros, M. da S., Silva-Rodrigues, F. M., Pimenta, E. A. G., Carvalho, Q. G. da S., & Coriolano-Marinus, M. W. L. (2025). Communication and health literacy in pediatric emergency: Nursing team's perspective. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *59*, e20240294. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2024-0294en

Stalder, S., Händler-Schuster, D., & Benedetti, F. D. (2024). Parents' experiences of family and daily life after their child's stay in the pediatric intensive care unit: A qualitative descriptive study. *BMC Pediatrics*, *24*, Article 421. https://doi.org/10.1186/s12887-024-04883-z

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

Sundal, H. (2024). Home-like care: Collaboration between parents and nurses in everyday situations when children are hospitalized. *Journal of Child Health Care*, *28*(3), 565-577. https://doi.org/10.1177/13674935221149778

Takaishi, N. Y. A., Quental, O. de B., Oliveira, J. O. D. de, & Sarmento, T. de A. B. (2024). Abordagem e tratamento da febre infantil: Uma revisão das práticas. *Revista COOPEX*, *15*(3), 6252-6260.

Tavan, A., Monemi, E., Keshavarz, F., Kazemi, B., & Nematollahi, M. (2022). The effect of simulation- based education on parental management of fever in children: A quasi-experimental study. *BMC Nursing*, *21*, Article 168. https://doi.org/10.1186/s12912-022-00938-7

Teixeira, J. de P., Gabatz, R. I. B., Teixeira, K. P., Hirschmann, R., Milbrath, V. M., & Moura, A. C. K. de. (2023). Trabalho da equipe de enfermagem no serviço de urgência e emergência pediátrica: Revisão integrativa. *Revista Enfermagem Atenção Saúde*, *12*(2), e202391. https://doi.org/10.18554/reas.v12i2.5395

World Health Organization, United Nations Children's Fund, & World Bank Group. (2018). *Nurturing care for early childhood development: A framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential*. World Health Organization.

World Health Organization. (2016). *Paediatric emergency triage, assessment and treatment: Care of critically ill children.*

World Health Organization. (2025). *Compendium on respectful maternal and newborn care.*

Wu, P., Liu, Q., Liu, X., Sun, Y., Zhang, J., Wang, R., Ji, T., Wang, S., Liu, X., Jiang, Y., Cai, L., & Wu, Y. (2024). Clinical features of unilateral multilobar and hemispheric polymicrogyria (PMG)-related epilepsy and seizure outcome with different treatment options. *Epilepsia Open*, *9*, 1480-1492. https://doi.org/10.1002/epi4.12988

Xavier, W. da S., Nunes, M. D. R., Abreu, M. P., Nascimento, L. C., & Rebustini, F. (2024). Children and adolescents hospitalized with chronic conditions: Sleep patterns, resilience and quality of life. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *58*, e20230363. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2023-0363en

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

Yoong, S. Y. C., Ang, P. H., Chong, S.-L., Ong, Y.-K. G., Zakaria, N. D. B., Lee, K. P., & Pek, J. H. (2021). Common diagnoses among pediatric attendances at emergency departments. *BMC Pediatrics*, *21*, Article 172. https://doi.org/10.1186/s12887-021-02646-8.

7. Apêndices

Apêndice A

Termo de Consentimento Informado

Eu, _____, declaro que fui informado/a sobre os objetivos e procedimentos relativos ao estudo "As Intervenções do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na Capacitação Parental na Gestão da Febre", desenvolvido no âmbito do Estagio de Natureza Profissional com Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade do Minho, pela estudante Enfermeira Lívia Couto.

Compreendo que a minha participação é voluntária e 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 da participante: _____

Apêndice B

Guião de Entrevista aos EEESIP

1. No seu dia a dia na urgência pediátrica, o que observa quando presta cuidados a crianças com febre?
2. Porque realiza essa intervenção dessa forma?
3. Pode dar um exemplo concreto?
4. Recorda algum caso específico que considere relevante partilhar?
5. Há mais alguma situação ou aspeto que considere importante acrescentar?

Nota: As questões apresentadas têm caráter exemplificativo e destinam-se apenas a ilustrar algumas das perguntas orientadoras utilizadas durante as entrevistas. O guião foi aplicado de forma flexível, permitindo adaptar a sequência e a formulação das questões ao discurso das participantes e aos conteúdos emergentes.

Apêndice C

Matriz de Análise de Conteúdo, Segundo Bardin, com Apoio do ATLAS.ti Web

Tabela C1: Seleção de Códigos, Unidades de Significação e Interpretação Analítica

Eixo temático	Categoria	Indicador	Participante	Unidade de significação
Avaliação inicial das necessidades parentais	Avaliação das práticas parentais	Dose adequada	PA	*"tentamos perceber se já fez antipirético, se a dose que fizeram foi a dose adequada"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Avaliação das práticas parentais	Método de medição	PA	*"perceber onde é que ela avaliou a temperatura e como é que avaliou"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Avaliação das práticas parentais	Febre visível	PB	*"vêm sem dar medicação antes de vir, como se fosse necessário 'verem a febre' para acreditar"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Avaliação dos conhecimentos parentais	Conhecimento parental	PA	*"Eu preciso de perceber o que é que eles sabem"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Avaliação dos conhecimentos parentais	Alternância terapêutica	PA	*"Muitas vezes os pais não têm conhecimento da alternância das medicações"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Avaliação dos conhecimentos parentais	Interpretação da temperatura	PB	*"ainda acontece um caso ou outro em que dizem 'já estava a ficar com pico de febre', e afinal tinha 37"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Identificação de dúvidas e dificuldades	Dúvidas sobre antipiréticos	PA	*"muitos têm dúvidas sobre antipiréticos (doses, quais podem dar, como alternar)"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Identificação de dúvidas e dificuldades	Alternância confusa	PA	*"passado 3 horas podem dar a outra, e depois ainda lhes faz confusão"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Identificação de necessidades emocionais	Ansiedade parental	PA	*"Observo frequentemente uma grande ansiedade e stress associados à febre"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Identificação de necessidades emocionais	Alarme parental	PA	*"Sendo um bebé pequeno, a febre costuma deixar os pais mais alarmados"*
Avaliação inicial das necessidades parentais	Identificação de necessidades emocionais	Medo de convulsões	PA	*"e medo, incluindo medo de convulsões"*
Planeamento das intervenções de enfermagem	Planeamento individualizado	Necessidade familiar	PA	*"Primeiro eu identifico quais são os problemas e quais são as dúvidas, e depois vou atuar de acordo com a necessidade que aquela família ou pais têm"*

Eixo Temático	Categoria	Indicador	Participante	Unidade de Significação
Planeamento das intervenções de enfermagem	Planeamento individualizado	Reforço seletivo	PA	*"Se for um pai/mãe com quem eu já falei a primeira, segunda, terceira vez, eu também não vou estar sempre a repetir tudo igual"*
Planeamento das intervenções de enfermagem	Planeamento em função do contexto assistencial	Orientação breve	PA	*"Na triagem, eu praticamente só consigo administrar o medicamento e fazer uma orientação mais curta"*
Planeamento das intervenções de enfermagem	Planeamento em função do contexto assistencial	Prioridades no SO	PA	*"Já no SO, como a criança fica sob a nossa vigilância, eu consigo fazer outras prioridades"*
Planeamento das intervenções de enfermagem	Planeamento da capacitação parental	Ensino prático	PB	*"Nesses ensinos, eu batalho muito em coisas práticas"*
Planeamento das intervenções de enfermagem	Planeamento da capacitação parental	Linguagem simples	PB	*"se não for simples e ajustada, a mensagem não é bem compreendida"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções clínicas	Confirmação da temperatura	PA	*"Na triagem, a primeira coisa que eu faço é avaliar e confirmar a temperatura"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções clínicas	Termómetro axilar	PA	*"se vejo que a criança está quente, confirmo com termómetro axilar para perceber mesmo se há febre"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Medidas não farmacológicas	Excesso de roupa	PB	*"se a criança vem com muita roupa ou muito aquecida, tiro o excesso"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Medidas não farmacológicas	Ambiente quente	PB	*"se a sala estiver muito quente, ajusto o ar-condicionado"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções educativas	Dose por peso	PA	*"Reforço sempre que é pelo peso"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções educativas	Convulsão febril	PA	*"um cuidado importante, sobretudo em crianças até aos 5-6 anos, é prevenir a convulsão febril"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções relacionais	Parceria parental	PB	*"Os pais são parceiros dos cuidados e tudo o que eles conseguem fazer, eu prefiro que sejam eles a fazer"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Intervenções relacionais	Gestão emocional da mãe	PB	*"Eu, nesta situação, tento primeiro acalmar a mãe"*
Implementação das intervenções de enfermagem	Avaliação da febre como núcleo estruturante	Local de medição	PA	*"Outra coisa que tento perceber logo é onde é que avalia a temperatura (axilar, retal, ouvido, testa)"*

Implementação das intervenções de enfermagem	Fatores condicionadores	Ansiedade materna	PB	*"Acho que, naquele momento, elas são mães: ficam nervosas com a situação e parece que se esquecem de tudo "*

Eixo temático	Categoria	Indicador	Participante	Unidade de significação
Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	Avaliação dos resultados clínicos	Avaliação da temperatura	PA	*"Fazemos o controlo da temperatura"*
Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	Avaliação dos resultados clínicos	Vigilância clínica	PB	*"vou ver se a criança está a eliminar/urinar"*
Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	Validação da compreensão parental	Confirmação da compreensão	PA	*"Depois eu volto a confirmar se perceberam, se têm dúvidas, para ter a certeza de que a informação foi bem recebida"*
Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	Mudança percebida na capacitação parental	Compreensão do conceito de febre	PA	*"há pais que, a partir de certa altura, já perceberam o que é considerado febre"*
Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	Mudança percebida na capacitação parental	Maior autonomia parental	PB	*"alguns pais demonstravam maior segurança, administravam a medicação antes de recorrer ao serviço"*
Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	Esclarecimento insuficiente	Dúvidas persistentes	PA	*"há pais que já cá estiveram que voltam e ainda não têm isto bem esclarecido na cabeça deles"*
Avaliação dos resultados das intervenções de enfermagem	Fragilidades identificadas na prática parental	Repetição de erros	PB	*"há pais que, a partir de certa altura, só não fazem porque não querem"*
Registos de enfermagem	Registo da continuidade dos cuidados	Continuidade dos cuidados	PA	*"Os registos garantem continuidade de cuidados: se a criança ficar em observação prolongada, for internada ou houver passagem de turno, fica registado o que foi administrado, o que foi ensinado e como evoluiu a temperatura"*
Registos de enfermagem	Registo das intervenções educativas	Registo de ensinos	PA	*"os registos desses ensinos, da orientação e o tipo de recurso fidedigno, que deverão utilizar, caso seja necessário, porque isso é muito importante"*
Registos de enfermagem	Registo da continuidade dos cuidados	Registos para continuidade dos cuidados	PB	*"e fazer os registos certinhos e reforço sempre (...) e é o colega que dá continuidade aos cuidados"*

Nota. Tabela exemplificativa do percurso analítico realizado, segundo a orientação metodológica de Bardin (2016), com apoio do ATLAS.ti Web na organização, codificação e sistematização dos dados. A apresentação completa dos eixos temáticos, categorias, unidades de significação consta no capítulo dos resultados. CP = Capacitação Parental; PA = Participante A; PB = Participante B; SO = Serviço de Observação.

Apêndice D
Caracterização das Admissões por Febre em SUP

Tabela D1: Levantamento Descritivo das Admissões por Febre nos Turnos Observados no Estágio

Data	Turno	Total de Utentes Atendidos	Nº de Admissões por Febre	Percentagem de Admissões por Febre (%)
16/12/2025	16-24h	17	6	35,29
18/12/2025	0-8h	1	1	100
05/01/2026	16-24h	18	3	16,67
07/01/2026	0-8h	2	0	0
09/01/2026	8-16h	28	9	32,17
10/01/2026	8-16h	9	5	55,55
12/01/2026	0-8h	3	0	0
13/01/2026	8-16h	38	13	34,21
14/01/2026	8-16h	25	5	20
15/01/2026	16-24h	15	4	26,66
17/01/2026	0-8h	1	1	100
19/01/2026	8-16h	22	5	22,72
20/01/2026	16-24h	17	6	35,29
22/01/2026	0-8h	2	1	50

Nota. Levantamento descritivo efetuado durante os turnos observados no contexto do Serviço de Urgência Pediátrico.