




C A P Í T U L O 2

PARCERIA DE CUIDADOS EM PEDIATRIA ONCOLÓGICA: PROPOSTA DE UM PLANO DE SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.259142517072>

Ana Maria Lopes de Oliveira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPO, Porto)

Ana Lúcia Lopes da Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica, Unidade de Saúde Local do Tâmega e Sousa (ULSTS)

Genoveva Silvina Nogueira Carvalho

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica, Unidade de Saúde Local do Tâmega e Sousa (ULSTS)

Isabel Maria Moreira Barbosa

Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Instituto
Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPO, Porto)

Sónia Isabel Martins Gomes Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,
Instituto Português de Oncologia do Porto Francisco Gentil, EPE (IPO, Porto),

Regina Maria Ferreira Pires

Escola Superior de Enfermagem do Porto <https://orcid.org/0000-0003-1610-7091>

RESUMO: Cuidar de uma criança com doença oncológica exige conhecimentos, resiliência e redes de suporte adequadas. A supervisão clínica do familiar cuidador de pessoa doente e/ou dependente capacita para a prestação de cuidados e fornecer apoio. O enfermeiro tem a responsabilidade de identificar necessidades, ensinar, formar, apoiar, dar suporte e promover o desempenho do papel de prestador de cuidados, o que exige competências em diferentes domínios, nomeadamente de supervisão clínica. Anne Casey advoga a importância da parceria no cuidado e destaca a participação e envolvimento da família no processo de tomada de decisão, otimizando o conhecimento e capacidades para o desenvolvimento do papel parental. O modelo de supervisão clínica de Brigid Proctor, contribui com

uma estrutura supervisiva que fortalece competências, estabelece e mantém as relações de parceria, reforça a prática profissional e melhora a qualidade dos cuidados prestados, através das funções formativa, restaurativa e normativa. essenciais para o sucesso no cuidado à criança com doença oncológica. Este trabalho consistiu na elaboração e análise crítica de cenário de supervisão clínica focado no acompanhamento de uma mãe, cuidadora de criança com doença oncológica, com base no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e o modelo de supervisão de Brigid Proctor, sustentado na ontologia de enfermagem. A intervenção supervisiva junto da mãe facilita a aquisição de conhecimento, competências e habilidades, nomeadamente, de gestão das emoções que surgem neste contexto desafiante. A intervenção supervisiva dos enfermeiros é crucial para promover o exercício do papel do cuidador de forma eficaz, segura e com qualidade.

PALAVRAS-CHAVE: Supervisão Clínica, Familiar Cuidador, Parceria de Cuidados, Modelo de Supervisão.

PARTNERSHIP IN PEDIATRIC ONCOLOGY NURSING CARE: PROPOSAL FOR A STRUCTURED CLINICAL SUPERVISION PLAN

ABSTRACT: Caring for a child with oncological disease requires knowledge, resilience, and adequate support networks. Clinical supervision of the family caregiver of a sick and/or dependent person empowers them to provide care and offer support. The nurse is responsible for identifying needs, teaching, training, supporting, and promoting the caregiver role performance, which demands competencies across different domains, particularly clinical supervision. Anne Casey advocates the importance of partnership in care and highlights family participation and involvement in decision-making processes, optimizing knowledge and skills for the development of the parental role. Brigid Proctor's clinical supervision model provides a supervisory framework that strengthens competencies, establishes and maintains partnership relationships, reinforces professional practice, and improves the quality of care delivered through formative, restorative, and normative functions—essential for success in caring for a child with oncological disease. This study involved the elaboration and critical analysis of a clinical supervision scenario focused on supporting a mother who is the caregiver of a child with oncological disease, based on Anne Casey's partnership care model and Brigid Proctor's supervision model, grounded in nursing ontology. The supervisory intervention with the mother facilitates the acquisition of knowledge, competencies, and skills, particularly emotion management arising in this challenging context. Nurses' supervisory intervention is crucial to promote the effective, safe, and quality exercise of the caregiver role.

KEYWORDS: Clinical Supervision, Family Caregivers, Care Partnership, Supervision Model.

INTRODUÇÃO

A supervisão clínica (SC) é uma estratégia relevante para o desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros e tem um papel fundamental no aumento da motivação e satisfação profissional. Além disso, a SC contribui significativamente para o aperfeiçoamento dos conhecimentos e competências dos enfermeiros, para a redução da ansiedade, promove o pensamento crítico e reflexivo, e, conseqüentemente, contribui para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Abreu, 2007). Em enfermagem, a SC é compreendida como um processo colaborativo e de suporte entre dois ou mais enfermeiros, cujo principal objetivo é o desenvolvimento das competências pessoais e profissionais, a redução de riscos, a promoção de padrões de qualidade e a garantia de qualidade e segurança do cliente (Abreu, 2007).

A supervisão clínica em enfermagem (SCE) estabelece uma relação de apoio e suporte entre o enfermeiro supervisor e o supervisionado. O primeiro é o responsável pelo processo de supervisão. É detentor de conhecimentos, domina as competências da disciplina de enfermagem, da pedagogia e de SCE. O segundo, é o alvo do processo supervisivo e pretende desenvolver competências profissionais no âmbito de ensino clínico, estágio ou processo de integração em contexto clínico (Regulamento nº 366/2018, 2018).

Nos últimos anos, em Portugal, emergiu uma nova vertente no âmbito SCE, a qual passa a considerar o cuidador informal como sujeito supervisionado. Neste contexto, o enfermeiro tem a responsabilidade de ensinar, formar, apoiar, dar suporte e promover o desempenho do papel do prestador de cuidados. A supervisão do cuidador informal pretende capacitar o indivíduo que, por norma não é profissional de saúde, e que não possui conhecimentos na área da saúde, para a prestação de cuidados a um familiar com problemas de saúde e com dependência nas atividades de vida diária. O cuidador informal desempenha tarefas complexas, emocionalmente desafiadoras, com impacto no seu quotidiano e exige adaptação e reorganização frequente das suas prioridades pessoais. Nesta vertente, a SCE tem um papel essencial porque assegura a prestação de cuidados eficazes, seguros e de qualidade à pessoa dependente, bem como valoriza e privilegia o apoio e suporte emocional ao cuidador (Teixeira *et al.*, 2016).

O presente estudo tem como objetivo o desenvolvimento de competências em SCE no âmbito da supervisão do cuidador informal. Pretende apresentar um caso clínico cujo objetivo é dotar o cuidador informal de conhecimentos, competências e habilidades na prestação de cuidados à criança com doença oncológica. Desta forma, foi construído um cenário que expõe um plano de SCE, apoiado no Modelo de Supervisão Clínica de Brigid Proctor (1986) e no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Este documento estrutura-se em sete capítulos. O primeiro faz uma breve introdução, o segundo aborda a SCE, o terceiro capítulo descreve o enquadramento legislativo de apoio aos pais, enquanto cuidadores informais. No capítulo seguinte, é apresentado o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey, o modelo de SC de Proctor (1986) e a relação entre ambos. O capítulo cinco, descreve o cenário clínico e operacionaliza um plano de SCE direcionado a um cuidador informal (mãe), a vivenciar uma transição saúde- doença perante o diagnóstico de uma doença oncológica. De seguida, no capítulo seis, é feita a análise reflexiva sobre o cenário apresentado e o plano de supervisão proposto. Concluimos este documento com o relato das dificuldades percecionadas e as implicações para a prática de enfermagem.

SUPERVISÃO CLÍNICA EM ENFERMAGEM

A evolução da enfermagem, enquanto profissão, ciência e disciplina, reflete uma transformação significativa no paradigma da prestação de cuidados. Esta mudança, implica a transição de uma lógica predominantemente executiva para uma abordagem mais conceptual, impulsionada pelo investimento em investigação e em implementação de práticas sustentadas pela evidência científica (Pereira, 2007). Simultaneamente, assiste-se a uma melhoria na qualidade dos cuidados, promovida pela SCE que se configura como um mecanismo gerador de novas competências e que promove a mudança de atitudes, comportamentos e práticas profissionais (Sérgio *et al.*, 2023). Em Portugal e nos países desenvolvidos, a SCE é considerada elemento central na implementação de programas que garantem a qualidade dos cuidados, redução dos riscos e otimização da gestão organizacional. Revelou-se uma estratégia fundamental para a evolução dos cuidados de saúde.

Origem da SCE

A SCE é, atualmente, reconhecida como elemento fundamental para garantir a prestação de cuidados de saúde seguros e de qualidade. Constitui um recurso imprescindível para assegurar a acreditação e a idoneidade dos serviços prestados.

Foi com Florence Nightingale, pioneira na implementação de estratégias relacionadas com a formação e gestão, que começaram a surgir os princípios da SCE. No entanto, é Hildegard Peplau quem se destaca no campo da SCE, com as suas contribuições teóricas acerca da epistemologia da formação em enfermagem. Na formulação da Teoria das Relações Interpessoais, Peplau defende que a enfermagem é caracterizada pelo desenvolvimento de relações interpessoais entre os diversos envolvidos no cuidado, e que estas relações são fundamentais para sustentar a prática profissional e, assim, promover experiências de aprendizagem e de crescimento pessoal (Abreu, 2007; Almeida *et al.*, 2005; França, 2013).

Durante o século XX, diversos teóricos de enfermagem contribuíram, significativamente, para o avanço da profissão. As múltiplas teorias enfatizam que o aperfeiçoamento contínuo e a capacitação profissional dos enfermeiros são essenciais para a evolução do saber e da prática de enfermagem. O comum a estas abordagens “é a articulação efetiva entre a prática clínica, o desenvolvimento profissional e a formação de uma inteligência emocional” (abreu, 2007, p. 178).

Embora a supervisão clínica esteja intrinsecamente ligada ao processo de formação em enfermagem, foi nos anos 90, no Reino Unido, que em resposta a um período de crise no sistema de saúde britânico (caso da enfermeira Beverley Allitt) surgiu a necessidade de refletir e reformular a formação dos profissionais de saúde. Esse contexto evidenciou a necessidade urgente de, por um lado, estabelecer critérios rigorosos para a seleção dos profissionais e, por outro, de desenvolver sistemas eficazes de formação e acompanhamento contínuo. Face à evidência de que a segurança dos cuidados e a certificação da qualidade eram fundamentais, a SCE destacou-se como a estratégia mais eficaz para garantir esses pressupostos. Passou assim a desempenhar um papel central e transversal no processo de formação dos profissionais, sendo essencial para que os cuidados prestados fossem percebidos pelos clientes como seguros e de qualidade, o que, por sua vez, contribuiu para a satisfação e confiança nas organizações de saúde (Abreu, 2007).

Conceito de SCE

O conceito de supervisão está intrinsecamente relacionado ao processo de aprendizagem e, por conseguinte, ao desenvolvimento humano. Ao longo do ciclo vital, o indivíduo experiencia diversos processos de aprendizagem nos quais, nas fases iniciais, depende integralmente de outros. Contudo, à medida que adquire competências, alcança progressivamente autonomia.

Em enfermagem, o processo de supervisão não é uma prática recente. Nas últimas décadas, verifica-se um crescente desenvolvimento e maior ênfase, reconhecendo-o como uma estratégia fundamental para promover o desenvolvimento individual, profissional, coletivo e institucional (Abreu, 2007; Pires, 2018).

A SCE é definida como “um processo dinâmico, sistemático, interpessoal e formal, entre o supervisor clínico e supervisionado, com o objetivo de estruturação da aprendizagem, de construção de conhecimento e do desenvolvimento de competências profissionais, analíticas e reflexivas” (Regulamento n.º 366/2018, 2018, p. 16657). Nesta perspetiva, a SCE potencia o desenvolvimento do conhecimento, o pensamento crítico-reflexivo, o envolvimento, a capacidade de tomada de decisão e a autonomia do supervisionado. Embora existam diversas definições de SCE, o objetivo central em todas elas é o desenvolvimento pessoal e profissional e a aquisição de conhecimento e competências da prática profissional.

A evidência científica afirma que a SCE tem benefícios significativos (Teixeira, 2021). Permite identificar os desafios enfrentados pela profissão, constituindo-se como ferramenta estratégica para impulsionar e fortalecer a disciplina de enfermagem. O seu objetivo central é desenvolver a tomada de decisão autónoma, através de processos de reflexão e análise da prática clínica. Compete aos enfermeiros contribuir em áreas como a investigação, a formação e a assessoria, com o intuito de aperfeiçoar os cuidados de enfermagem. Novas evidências são incorporadas ao corpo de conhecimento da enfermagem, instigando a qualidade e a melhoria contínua (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

Ao contrastar o processo de supervisão com os padrões de qualidade da OE, observa-se convergência e complementaridade de objetivos, no que diz respeito à “implementação de sistemas de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros” (OE, 2001, p. 5). Um dos principais indicadores da qualidade no exercício da enfermagem são os cuidados prestados pelos enfermeiros. A qualidade em saúde, conforme definida no Despacho n.º 5613/2015 (2015, p. 13551), defende que os cuidados devem ser “com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas”. A SCE está associada a uma maior satisfação e desenvolvimento pessoal e profissional, é promotora da consciencialização sobre os papéis dos intervenientes, o que fortalece a identidade profissional. Além disso, contribui para o aumento da autoconfiança, bem como para a redução dos níveis de *stress* e do risco de *burnout*, o que favorece um ambiente de trabalho positivo e produtivo. As competências profissionais são sustentadas na reflexão crítica com ênfase no pensamento crítico-reflexivo, que atua como impulsionador da tomada de decisão e do raciocínio empírico. Este processo favorece o desenvolvimento de competências essenciais para a promoção da mudança, inovação e melhoria contínua. Os benefícios da SCE no contexto da equipa refletem-se no fortalecimento das relações interpessoais e na melhoria da gestão de conflitos (Abreu, 2007; França, 2013; Pires, 2018; Teixeira, 2021).

A SCE estabelece uma relação entre dois intervenientes, sendo um detentor de maior experiência e competências, enquanto o outro procura enriquecer o seu conjunto de conhecimentos, fomentar a autonomia e assumir progressivamente responsabilidade e assertividade no processo de tomada de decisão autónoma. Esse processo ocorre num ambiente que inclui o espaço físico onde se desenvolve a supervisão, mas também sofre a influência da cultura organizacional, que pode favorecer ou desfavorecer o desenvolvimento do supervisionado. Para que este processo seja efetivo, é fundamental criar um ambiente seguro e de confiança por forma a promover a aprendizagem, o intercâmbio de experiências, conhecimentos e pontos de vista (OE, 2015; Sérgio *et al.*, 2023; Teixeira, 2021). Supervisor e supervisionado

estabelecem uma relação interpessoal e dinâmica, fundamental para o compromisso e a responsabilidade mútua dos intervenientes em relação ao processo. Além disso, é imperativo implementar um acompanhamento eficaz, baseado na partilha de objetivos e na comunicação assertiva e clara. A relação deve ser pautada pela confiança, empatia, colaboração e cordialidade. No entanto, é fundamental considerar que esta díade é composta por indivíduos singulares e únicos, o que ressalta a importância das características pessoais de cada um.

O supervisor deve possuir competências profissionais, humanas, comunicacionais e pedagógicas, que orientem o desenvolvimento e a construção da identidade profissional do supervisionado. As funções do supervisor têm por objetivo criar condições e oportunidades de aprendizagem, aconselhar, colaborar e acompanhar o processo supervisiivo. Além disso, o supervisor deve promover a reflexão sobre as competências adquiridas, abordar as questões éticas subjacentes e incentivar ao pensamento reflexivo. Por sua vez, o supervisionado tem a responsabilidade de ser dinamizador do processo supervisiivo e promover a inter-relação durante o processo de supervisão.

A SCE é um percurso, fundamentado em evidência científica e no pensamento crítico-reflexivo, e não um ponto de chegada (Abreu, 2007; França, 2013). O processo supervisiivo visa garantir que o supervisionado alcance um nível elevado de proficiência na prestação de cuidados de enfermagem. Conforme refere, Abreu (2007) este processo é estruturado em três fases interdependentes e sucessivas: inicial, de experimentação e de autonomização e distanciamento crítico.

Na fase inicial, estabelece-se uma relação de confiança entre o supervisor e o supervisionado, fundamentada na aprendizagem por imitação, em que o supervisionado tende a experimentar sentimentos de ansiedade (Abreu, 2007). Necessita desenvolver maior segurança pessoal, confiança nas suas práticas, autonomia e motivação. A fase de experimentação é considerada a mais longa e caracteriza-se pelo desenvolvimento da aprendizagem reflexiva; o supervisionado vivencia um ciclo contínuo de equilíbrio, desequilíbrio e reequilíbrio reflexivo, o que favorece a integração de novas competências e aperfeiçoamento de habilidades (Abreu, 2007). Este processo envolve a constante avaliação das práticas. Por fim, a fase de autonomização exige que o supervisionado atinja autonomia, demonstre independência na execução das tarefas e integre as competências adquiridas ao longo do processo, esperando-se que aperfeiçoe o seu desempenho profissional, mas também desenvolva habilidades para atuar em contextos de incerteza, complexidade e diversidade, de forma a garantir uma melhoria significativa em aspetos técnicos e pessoais (Abreu, 2007).

Assim, a SCE é impulsionadora de mudanças, através da reflexão e da reestruturação do pensamento. Fomenta melhores práticas de enfermagem e, consequentemente, aumenta a qualidade e a segurança na prestação de cuidados.

OS PAIS COMO CUIDADORES INFORMAIS

O termo cuidador informal começou a ser abordado na literatura a partir dos anos 70, no Reino Unido. Desde então, foi apoiado por políticas governamentais e legislação provenientes do Ministério da Saúde e do sistema de assistência social. Está relacionado, principalmente com o cuidado a pacientes com demência, doenças crônicas e em cuidados paliativos (Tripodoro *et al.*, 2008).

Em Portugal, o estatuto do cuidador informal foi aprovado pelo Decreto-Lei n.º 100 de 2019. Reconhece o papel essencial dos cuidadores informais e oferece direitos e benefícios, tais como:

- Reconhecimento da importância do papel de prestador de cuidados: o seu papel é crucial na manutenção do bem-estar e da qualidade de vida da pessoa cuidada;
- Formação e capacitação: acesso a programas de formação para adquirir e desenvolver competências necessárias para a prestação de cuidados adequados, bem como, direito a receber acompanhamento e aconselhamento;
- Acesso à informação: dos profissionais de saúde sobre a condição clínica da pessoa cuidada e do sistema de segurança social sobre os apoios económicos e sociais;
- Apoio psicológico: acesso ao suporte psicológico para promover o bem-estar emocional do cuidador;
- Conciliar as necessidades pessoais do cuidador informal: direito a medidas que permitam harmonizar a vida pessoal e profissional com o desempenho da prestação de cuidados.

Os cuidadores informais de crianças têm ainda direito a várias formas de apoio e assistência, tais como os apresentados no Decreto-Lei n.º 70/2000 (2000), artigos 18, 19 e 20.

- Licença especial para assistência a deficientes e a doentes crónicos: um dos progenitores tem direito a usufruir de uma licença por um período até seis meses, prorrogável até quatro anos, para acompanhamento do filho com deficiência ou doença crónica, durante os primeiros 12 anos de vida;
- Subsídios económicos: apoios financeiros regulamentados para assegurar a subsistência da família;
- Reintegração profissional: o progenitor tem direito a usufruir de ações de formação e reciclagem profissional após o término do usufruto da licença especial.

A Estratégia Nacional de Luta contra o Câncer, Horizonte 2030, tem como intuito e foco a redução da incidência de neoplasias evitáveis, melhoria da sobrevivência e da qualidade de vida dos doentes, e o aumento da equidade no acesso a cuidados de saúde. Inclui diversas medidas políticas protetoras, como o apoio educativo a crianças e jovens com doença oncológica durante o tratamento (Portaria n.º 350-A/2017, 2017) e enfatiza a importância do suporte psicológico e social. Organizações e grupos de apoio como a Acreditar, Liga Portuguesa Contra o Câncer, Operação Nariz Vermelho, grupos como os “Sobrem-estars” e os “Veteranos” têm como missão apoiar a criança e família com doença oncológica, de forma a promover o seu bem estar e a sua qualidade de vida.

Em enfermagem, o cuidador é considerado “aquele que presta assistência na identificação, prevenção ou tratamento de doença ou incapacidade; aquele que atende às necessidades de um indivíduo dependente” (Internacional Council of Nurses [ICN], 2019). De forma similar, o papel parental diz respeito às responsabilidades associadas ao papel de mãe e pai. Envolve as expectativas dos familiares, amigos e da sociedade relativo a comportamentos adequados ou inadequados para esse papel e, reflete essas expectativas por meios de ações e valores, especialmente no que diz respeito à promoção e desenvolvimento pleno de um filho dependente (ICN, 2019). No caso da criança com câncer, o papel de cuidador e o papel parental interligam-se. Os pais são desafiados a equilibrar o crescimento e desenvolvimento do filho, com as adversidades impostas pela doença.

A doença oncológica na criança é uma ameaça para toda a família, principalmente para os pais que vêm os seus projetos para o filho ameaçados e são privados das alegrias e compensações de o ver tornar-se um adulto saudável. O momento do diagnóstico é especialmente crítico e a família confrontada com mudanças significativas na sua dinâmica familiar. Esta é obrigada a desenvolver estratégias para suprir as novas necessidades e desafios por forma a reorganizar-se e encontrar um novo equilíbrio (Mano, 2017; Pires, 2017; Pires, *et al.*, 2020). Reconhecer e valorizar o papel do cuidador é crucial para o bem-estar da criança e da família. Cuidar de uma criança com doença oncológica exige resiliência, conhecimentos, redes de suporte adequadas e políticas eficazes.

PARCERIA DE CUIDADOS DE ANNE CASEY E MODELO DE SUPERVISÃO CLÍNICA DE PROCTOR

A doença oncológica infantil é vivida de forma dramática. Representa uma ameaça para toda a família, especialmente para os pais, que se veem privados das expectativas e das alegrias associadas ao desenvolvimento do filho para a vida adulta saudável. Este diagnóstico configura uma das maiores crises que os pais

podem enfrentar no exercício do seu papel parental. Exige mudanças significativas no cotidiano familiar, reorganização da vida e uma reconfiguração da estrutura familiar, por forma a dar resposta aos tratamentos e internamentos da criança (Macedo *et al.*, 2024). Neste contexto, o modelo de parceria nos cuidados de Anne Casey ganha relevância, pois reconhece que a participação ativa dos pais no processo de cuidar é basilar para enfrentar os desafios impostos pela doença, mas também para a manutenção da estabilidade e da coesão familiar.

O modelo de parceria nos cuidados de Anne Casey é fundamentado na premissa de que os cuidados centrados na família, com a família e pela família constituem a abordagem mais adequada para o cuidado à criança. A autora defende que a prestação de cuidados deve basear-se na proteção, no estímulo e no afeto, de modo a preservar e promover o crescimento e desenvolvimento da criança. Simultaneamente, fortalecem-se os papéis e os laços familiares, o que favorece a estabilidade, coesão e a normalidade familiar durante este período de adversidade. Este modelo favorece o desenvolvimento físico, emocional e social da família e reconhece os pais como parceiros ativos e essenciais no processo de cuidar (Casey, 1995).

Os enfermeiros estabelecem uma parceria com os pais, reconhecendo-os como os principais responsáveis pelo cuidado da criança. Os pais, por serem os que melhor conhecem as necessidades e os desejos da criança, são fundamentais para as suas satisfações, são a sua principal fonte de conforto e os mediadores entre ela e o mundo exterior (Lee, 1998).

Dois elementos-chave facilitam a abordagem da parceria: os cuidados centrados na criança e na família e os cuidados negociados. Os cuidados centrados na família visam empoderar as crianças e os pais, através da partilha de informações e conhecimentos, capacitando-os para a tomada de decisão e prestação de cuidados. Os cuidados negociados referem-se à relação terapêutica estabelecida entre o enfermeiro e os pais, alicerçados na confiança e respeito mútuo que resulta na elaboração, conjunta, de um plano de cuidados e na participação ativa na prestação de cuidados, consoante a habilitação e desejo de cada um (Casey, 1995).

A responsabilidade dos enfermeiros vai além da prestação de cuidados de enfermagem. Inclui, também, o apoio emocional e psicológico, a educação, a capacitação, orientação e o apoio à criança e aos pais durante o percurso de saúde-doença (Casey, 1993). O objetivo principal é o envolvimento ativo dos pais no processo de cuidar. Enfermeiro e família são elementos fundamentais neste modelo de parceria. A par destes, está também a criança, o ambiente e a saúde.

A supervisão e a educação em saúde são conceitos fundamentais no processo de cuidar e desempenham um papel central na sua efetividade. A supervisão deve ser contínua e ajustada às necessidades específicas de cada família

e ter em consideração variáveis como o contexto social, económico e cultural, uma vez que tais fatores podem influenciar diretamente a forma de cuidar. O modelo de parceria propõe uma abordagem flexível que, ao respeitar as escolhas e os valores dos pais, os capacita com os recursos necessários para garantir a promoção de um cuidado de qualidade, centrado nas necessidades da criança e da família. Nesse sentido, o desafio para os enfermeiros é fornecer informações claras sobre o plano terapêutico e preparar adequadamente os pais para a continuidade do cuidado no domicílio (Silva- Rodrigues *et al.*, 2019). A supervisão aos pais deve ser um processo contínuo, no qual os enfermeiros devem proporcionar orientações regulares. Devem promover a capacitação, a orientação e apoio, de forma a alcançar a adesão, a confiança e a autoeficácia, o que contribui para melhores cuidados às crianças. Um modelo superviso é uma estrutura conceptual que auxilia a supervisão clínica e atua como uma estrutura guia (Sloan & Watson 2002). Pode contribuir para o conhecimento de etapas significativas do processo superviso, funções supervisivas, papéis do supervisor e supervisionado e propor focos de atenção (Sloan & Watson, 2002). É fundamental para o desenvolvimento individual e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados (Silva *et al.*, 2011).

O modelo de Proctor (1986) integra três funções chave da SC: a função formativa, normativa e restaurativa.

A função formativa centra-se na educação, no desenvolvimento e aumento de conhecimentos, competências e habilidades (Litherland *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2011). Permite expor o pensamento de enfermagem, traduzido na conceção de cuidados. Estimula a aprendizagem e aquisição de conhecimentos sustentado pela reflexão e análise crítica da experiência do supervisionado (Abreu, 2007; França; 2013; Pires, 2018).

A função normativa inclui ações destinadas ao aumento dos padrões de qualidade, segurança e gestão (Silva *et al.*, 2011). Envolve a equipa no processo formativo e de idoneidade (Abreu, 2007; França; 2013; Pires, 2018). Tem como objetivo melhorar a capacidade do supervisionado exercer uma prática baseada nos princípios éticos, legais e normas *standard* (Litherland *et al.*, 2023).

A função restaurativa é fundamental para a construção da relação terapêutica. Está direcionada para as respostas emocionais, para o suporte e para o bem-estar (Litherland *et al.*, 2023; Silva *et al.*, 2011). Impulsiona o desenvolvimento da inteligência emocional, consciencialização de si próprio, dos outros e do contexto, bem como das relações entre todos (Abreu, 2007; França; 2013; Pires, 2018). Inclui estratégias de alívio do *stress*, maneiras de lidar com o *stress* emocional e manutenção de emoções (Silva *et al.*, 2011). Promove a gestão emocional do supervisionado, potencia

a resolução de conflitos, o bem-estar, a motivação e autoconfiança. Diminui o *stress*, a ansiedade e o risco de *burnout* e promove a confiança dos clientes nas práticas profissionais (Abreu, 2007; França; 2013; Pires, 2018).

Pelo descrito anteriormente, os dois modelos referidos podem ser considerados complementares. Casey foca a importância da parceria e destaca a participação e o envolvimento da família no processo de tomada de decisão. Pressupõe que os pais recebem a orientação necessária para cuidar dos filhos da melhor maneira possível. A SC, apoiada no modelo de Proctor (1986), contribui com uma estrutura supervisiva que fortalece as competências dos pais, estabelece e mantém as relações de parceria, reforça a prática profissional e melhora a qualidade dos cuidados prestados. Oferece apoio contínuo e suporte emocional em situações de fragilidade. Colaboração, suporte ininterrupto e autonomia são essenciais para o sucesso no cuidado à criança com doença oncológica.

CENÁRIO CLÍNICO: PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DE UM PLANO DE SUPERVISÃO

O E.M. é um menino de três anos de idade admitido, em maio de 2023, no serviço de pediatria oncológica. A história de doença foi cansaço extremo com uma semana de evolução, febre presente há três dias, tosse seca, anorexia e palidez acentuada. Realizou estudo analítico que revelou anemia, neutropenia e células sugestivas de blastos. Iniciou antibioterapia, no hospital da periferia, e foi encaminhado para o serviço supracitado por suspeita de doença hemolinfoproliferativa.

A chegada E.M. encontrava-se assustado, todavia colaborante e curioso em relação aos procedimentos. Realizou os rastreios protocolados pelo serviço, iniciou fluidoterapia, transfundiu uma unidade de concentrado de eritrócitos, prosseguiu antibioterapia e iniciou cuidados de isolamento de proteção devido à neutropenia. A mãe encontrava-se muito angustiada, desolada, chorosa, temerosa e em choque perante o estado clínico do filho.

Realizou diversos exames complementares de diagnóstico: análises sanguíneas, punção lombar, mielograma e biópsia óssea sob anestesia geral. Nesse mesmo dia, os exames preliminares, em concreto, a imunofenotipagem de sangue periférico demonstrou a presença de blastos, sendo 9,3% blastos linfóides B. Iniciou tratamento de quimioterapia de acordo com o protocolo *ALL Together*, que implica a realização de punções lombares frequentes para colheita de líquido cefalorraquidiano e introdução de quimioterapia intratecal. Posteriormente, o exame citológico do líquido cefalorraquidiano demonstrou não ter atingimento do sistema nervoso central. No entanto, a medula óssea, apresentava-se infiltrada com células blásticas linfóides do tipo B. Estes resultados são compatíveis com o diagnóstico de leucemia linfoblástica

aguda tipo B (LLA-B). De forma a completar o estudo inicial, foram realizados exames e consultas complementares de diagnóstico: ecografia abdominal e testicular, eletrocardiograma, ecocardiograma e consultas de anestesia, estomatologia, oftalmologia, psicologia, nutrição, serviço social e equipa pedagógica.

Eram desconhecidos antecedentes pessoais relevantes e o plano de vacinação estava atualizado.

Mãe 41 anos, saudável, administrativa; pai, 39 anos, saudável, professor. Pais não consanguíneos; sem história de doenças heredito-familiares. Boas condições de habitação e salubridade; agregado familiar de três pessoas.

No momento de admissão foi realizada a avaliação inicial e fornecida documentação de apoio escrita: guia de acolhimento e regulamento do serviço, guia de acolhimento da instituição e folheto de prevenção de quedas.

Após quatro dias de internamento, o E.M. mantinha-se colaborante e interativo com a equipa multidisciplinar. A mãe apresentava-se mais ciente da condição clínica do filho e da importância do seu papel para promover o seu bem-estar. Contudo, ainda apresentava labilidade emocional e ansiedade. Mostrava volição, envolvimento e disponibilidade para aprender, mas constatou-se que não cumpria as normas relacionadas com o isolamento de proteção e também as indicações do regulamento das visitas.

O E.M. apresentava património vascular não compatível com a realização de tratamentos de quimioterapia e outros, pelo que houve a necessidade de colocação de cateter venoso central em regime de urgência no bloco central. A mãe não possuía conhecimentos sobre este dispositivo, pelo que foi necessário intervir. Em relação ao procedimento de punção lombar, verificou-se lacunas de conhecimento e também foi alvo de atenção.

Apesar de nesta fase se identificar grande défice de conhecimento em diferentes áreas, foram identificados os focos de enfermagem emergentes, considerando-se para os restantes não ser o momento próprio para intervir.

Face ao contexto de cuidados apresentado, em que há necessidade de acompanhamento constante e sistemático, é pertinente a inclusão de dinâmicas de supervisão direcionadas para a educação, o desenvolvimento de conhecimentos, competências e habilidades, aperfeiçoamento de capacidades e a construção da relação terapêutica focada nas respostas emocionais, de suporte e bem-estar.

A análise deste cenário foi realizada tendo por base as três funções do Modelo de Proctor (1986). Recorreu-se ainda à ontologia de enfermagem, *NursingOntos*, para a conceção dos cuidados inerentes ao plano supervivo, através da identificação de domínios, diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem, esquematizado na tabela 1.

Tabela 1 - Domínio: Emoção

Cliente: Sr.ª M. (mãe)		
Domínio: Emoção		
Foco de atenção/Diagnóstico: - Ansiedade; - Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre estratégias de controlo da ansiedade; - Potencial da mãe para melhorar capacidade para usar estratégias de controlo da ansiedade.	Objetivo: Promover papel parental especial: gestão da ansiedade.	Dados: - Conhecimento da mãe sobre estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir; - Capacidade da mãe para usar estratégias de controlo da ansiedade: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Modelo de Proctor: Função formativa Estratégias de supervisão: Clarificar; orientar; observar; dar feedback positivo.	Intervenções de enfermagem: - Ensinar mãe sobre estratégias de controlo da ansiedade; - Ensinar, instruir e treinar mãe sobre estratégias de relaxamento; - Avaliar evolução do conhecimento da mãe sobre estratégias de controlo da ansiedade; - Avaliar evolução da capacidade da mãe para usar estratégias de controlo da ansiedade.	
Modelo de Proctor: Função restaurativa Estratégias de supervisão: Apoiar; prestar atenção; encorajar; ajudar a encontrar soluções para problemas; dar feedback positivo.	Intervenções de enfermagem: - Gerir ambiente físico (reduzir estímulos ambientais aquando de estados ansiosos; adequar a iluminação); - Otimizar comunicação (falar calma e pausadamente, postura de serenidade e proximidade, respeitar os momentos de silêncio, manter o contacto visual com a mãe, proporcionar conforto); - Disponibilizar presença; - Referenciar mãe para o serviço de psicologia; - Transmitir otimismo e esperança realista; - Oferecer escuta ativa; - Promover suporte emocional (permanecer junto da mãe, proporcionando sentimentos de segurança durante os períodos de maior ansiedade, evitar barreiras à comunicação, encorajar a expressão verbal de sentimentos, perceções e medos, demonstrar empatia e compreensão); - Assistir na identificação de estratégias de coping. (promover convívio com grupos de apoio como: Acreditar, grupo sobreviventes, voluntários, Operação Nariz vermelho/Doutores Palhaço); - Incentivar técnicas de relaxamento (utilização de banhos tépidos, colocação de música ambiente); - Incentivar períodos de descanso e distração; - Elogiar positivamente; - Incentivar a colocação de questões/dúvidas por parte da mãe.	
Avaliação/resultado esperado - Adoção pela mãe de estratégias de gestão da ansiedade.		

Tabela 2 - Domínio: Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica – Atitudes terapêuticas [Regime de Isolamento]

Cliente: Sr.ª M. (mãe)		
Domínio: Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica – atitudes terapêuticas [regime de isolamento]		
Foco de atenção/ Diagnóstico: - Regime de isolamento; - Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre regime de isolamento.	Objetivo: Promover o papel parental especial: adesão ao regime de isolamento.	Dados: - Conhecimento da mãe sobre regime de isolamento: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir; - Realização do regime de isolamento de acordo com a recomendação: a mãe não adota regime de isolamento de acordo com a recomendação.
Modelo de Proctor: Função formativa Estratégias de supervisão: Demonstrar; clarificar; orientar; observar; dar <i>feedback</i> .	Intervenções de enfermagem: - Ensinar mãe sobre o regime de isolamento; - Fornecer folheto informativo institucional sobre “Isolamento de proteção por neutropenia”; - Ensinar e demonstrar à mãe o procedimento de higienização das mãos, segundo norma institucional; - Demonstrar e explicar à mãe sobre os equipamentos de proteção individual; - Elucidar a mãe acerca da importância do isolamento protetor; - Explicar à mãe regras de utilização do WC; - Ensinar sobre tratamento da roupa do E.M.; - Explicar a importância de selecionar objetos passíveis de serem desinfetados/laváveis; - Avaliar evolução do conhecimento da mãe sobre regime de isolamento; - Avaliar evolução do papel parental especial: adesão ao regime de isolamento.	
Modelo de Proctor: Função normativa Estratégias de supervisão: Demonstrar; clarificar; orientar; observar; condicionar; dar <i>feedback</i> .	Intervenções de enfermagem: - Demonstrar procedimento de higienização das mãos, segundo norma institucional; - Mostrar cartaz demonstrativo sobre a técnica de higienização das mãos; - Mostrar póster informativo dos 5 momentos de higienização das mãos; - Observar a mãe no momento de higienização das mãos; - Reforçar à mãe a importância de cumprir o regime de isolamento protetor; - Explicar à mãe sobre os equipamentos de proteção individual; - Elucidar sobre a importância da higienização das mãos, segundo norma institucional; - Clarificar sobre o regime de visitas.	
Modelo de Proctor: Função restaurativa Estratégias de supervisão: Apoiar; prestar atenção.	Intervenções de enfermagem: - Demonstrar disponibilidade para esclarecer/auxiliar a mãe; - Incentivar a colocação de questões/dúvidas por parte da mãe; - Acompanhar a mãe na primeira admissão na unidade de isolamento.	
Avaliação/resultado esperado - Adoção pela mãe do regime de isolamento de acordo com a recomendação.		

Tabela 3 - Domínio: Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica – Atitudes terapêuticas [Punção Lombar]

Cliente: Sr.ª M. (mãe)		
Domínio: Procedimentos e diagnósticos e terapêutica médica - atitudes terapêuticas [Punção lombar]		
Foco de atenção/Diagnóstico: - Procedimento invasivo; -Potencial da mãe/pai para melhorar conhecimento sobre procedimento invasivo.	Objetivo: Promover papel parental especial: gestão do procedimento invasivo.	Dados: Conhecimento da mãe sobre procedimento invasivo: necessita ser melhorado para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Modelo de Proctor: Função formativa Estratégias de supervisão: Orientar; observar.	Intervenções de enfermagem: - Ensinar mãe sobre circuito; - Ensinar mãe sobre procedimento invasivo; - Ensinar mãe sobre procedimento anestésico; - Informar sobre jejum; - Ensinar sobre repouso no leito após o procedimento invasivo; - Elucidar sobre as potenciais reações adversas após o procedimento invasivo; - Fornecer folheto informativo institucional; - Avaliar evolução do conhecimento mãe sobre gestão do procedimento invasivo.	
Modelo de Proctor: Função normativa Estratégias de supervisão: Clarificar; orientar; dar <i>feedback</i> negativo.	Intervenções de enfermagem: - Verificar consentimento informado; - Informar sobre importância de cumprir o repouso no leito por 2 horas após o procedimento invasivo; - Auxiliar a mãe a encontrar estratégias para promover o repouso no leito após a realização da punção lombar (criar um ambiente promotor do sono, recorrer a estratégias distrativas passivas como a visualização de um filme ou leitura de uma história).	
Modelo de Proctor: Função restaurativa Estratégias de supervisão: Apoiar; prestar atenção.	Intervenções de enfermagem: - Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas; - Incentivar a colocação de questões/dúvidas; - Gerir ambiente físico; - Disponibilizar presença; - Oferecer escuta ativa.	
Avaliação/resultado esperado - Satisfação da mãe com a preparação para a gestão do procedimento invasivo.		

Tabela 4 - Domínio: Procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica – Sondas, drenos e cateteres [Cateter Central]

Cliente: Srª M. (mãe)		
Domínio: Procedimentos e diagnósticos e terapêutica médica - Sondas, Drenos e Cateteres [cateter central]		
Foco de atenção /Diagnóstico: - Cateter central; -Potencial da mãe para melhorar conhecimento sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central.	Objetivo: Promover papel parental especial: prevenção de complicações relacionadas com o cateter central.	Dados: Conhecimento da mãe sobre prevenção de complicações relacionadas com o cateter central: necessita ser melhorada para progredir para a mestria; é o momento próprio para intervir.
Modelo de Proctor: Função formativa Estratégias de supervisão: Orientar; observar; dar feedback positivo.	Intervenções de enfermagem: - Ensinar sobre cateter central; - Ensinar mãe sobre prevenção de complicações pela presença de cateter central; - Ensinar mãe sobre a vigilância do local de inserção do cateter central (sinais inflamatórios); - Ensinar mãe sobre cuidados à pele circundante ao local de inserção do cateter central; - Ensinar mãe sobre comportamentos a evitar (banho imersão; remoção do penso); - Fornecer folheto informativo institucional sobre os cuidados a ter com o cateter central; - Avaliar evolução do conhecimento da mãe sobre prevenção de complicações pela presença de cateter central.	
Modelo de Proctor: Função restaurativa Estratégias de supervisão: Apoiar; prestar atenção.	Intervenções de enfermagem: - Demonstrar disponibilidade para esclarecer dúvidas da mãe; - Incentivar a colocação de questões/dúvidas por parte da mãe.	
Avaliação/resultado esperado - A mãe adota comportamentos de prevenção de complicações relacionadas com o cateter central.		

ANÁLISE REFLEXIVA DO CENÁRIO

A doença oncológica na criança é uma ameaça para toda a família do ponto de vista emocional, social e económico. É uma das maiores crises que os pais têm de enfrentar no desempenho do seu papel. Implica mudanças significativas no quotidiano da família, reorganização da vida e da estrutura familiar. O diagnóstico é complexo e o processo de tratamento é longo e agressivo. O risco de vida está sempre presente, não só pela doença, mas também pelas intercorrências provocadas pelo tratamento.

Neste cenário, a mãe de uma criança de três anos é exposta a uma realidade súbita e inesperada: o internamento numa instituição de pediatria oncológica devido ao diagnóstico de LLA - B. Este evento conduziu a uma ruptura na harmonia familiar,

pessoal e profissional e originou *stress* e ansiedade. Numa fase inicial de diagnóstico, a família precisa de tempo e espaço para assimilar a transição de saúde-doença e vivenciar a primeira etapa de consciencialização para transição (Landier *et al.*, 2016). A mãe demonstra consciencialização deste processo, compreende a transição e manifesta vontade de participar no processo de cuidados do E.M. Constatou-se que tem medo do que o futuro possa reservar e teme que os tratamentos não corram bem. Tem consciência que tem de fazer o seu percurso de adaptação, com um longo caminho pela frente. Está disponível para aprender e demonstra volição para se envolver e colaborar com os enfermeiros. Compreende que muitas mudanças vão acontecer, o isolamento é inevitável, mas as novas tecnologias vão contribuir para a aproximação com a família, o grande pilar para ajudar a ultrapassar este momento difícil.

De acordo com Landier *et al.* (2016), existem três áreas-chave que devem orientar a educação da família da criança com doença oncológica, recém- diagnosticada: o diagnóstico e tratamento, as estratégias para enfrentar a doença e a prestação de cuidados. Numa fase inicial, as necessidades de informação são abrangentes e variadas. A transmissão da informação deve ser cuidadosamente estruturada por forma a priorizar os cuidados mais emergentes. O processo de comunicação deve ser gradual, claro e conciso.

Perante o exposto, e tendo em consideração a consciencialização materna, é fundamental estruturar o processo supervivivo em áreas específicas. Entre essas, destaca-se a emoção, com ênfase particular na gestão da ansiedade, os procedimentos de diagnóstico e terapêutica médica – atitudes terapêuticas [regime de isolamento e punção lombar] e os procedimentos de diagnósticos e terapêutica médica/sondas, drenos e cateteres [cateter central].

No que se refere ao domínio da emoção, com foco na ansiedade, este foi objeto de atenção com o objetivo de promover o envolvimento da mãe e capacitá-la a tornar-se uma parceira ativa na prestação de cuidados de enfermagem. Os enfermeiros desempenham um papel crucial no apoio à readaptação familiar ao novo contexto, imposto pelo diagnóstico da doença oncológica da criança. Além disso, têm a responsabilidade de auxiliar no desenvolvimento de estratégias que permitam aos pais gerir o *stress* decorrente da situação, assim como promover a autoeficácia no exercício do papel parental, especialmente em circunstâncias tão desafiadoras. A capacitação da mãe neste processo é fundamental para garantir uma abordagem integrada e eficaz no cuidado da criança (Castanheiro, 2018; Mano, 2017; Pires, 2017; Pires *et al.*, 2020). Tendo em consideração que a mãe demonstra necessidade de melhorar o conhecimento e a capacidade sobre estratégias de controlo da ansiedade, e que é o momento adequado, delinearam-se intervenções no âmbito da função formativa e restaurativa do Modelo de Proctor (tabela 1).

Estas intervenções visam apoiar o desenvolvimento das competências da mãe, para promover a sua capacitação para lidar de forma mais eficaz com a ansiedade e, consequentemente, contribuir para o bem-estar da criança e para a gestão do seu papel no cuidado familiar.

A mãe foi instruída sobre gestão da ansiedade (função formativa), com recurso às seguintes estratégias de supervisão: clarificar, orientar, observar e dar *feedback* positivo. O objetivo dessas intervenções era reforçar as práticas de enfermagem estabelecidas, ao ensinar, instruir, treinar e avaliar a evolução do conhecimento e da capacidade da mãe em aplicar os conhecimentos adquiridos. Paralelamente, foram definidas estratégias de adaptação da mãe ao seu novo papel parental (função restaurativa), para as quais se utilizaram as seguintes estratégias supervisivas: apoiar, prestar atenção, encorajar, auxiliar na resolução de problemas e dar *feedback* positivo. Estas visam sustentar a vertente emocional e o suporte oferecido pela equipa de enfermagem. De acordo com Franco (2018), os pais consideram que uma comunicação efetiva contribui significativamente para uma melhor compreensão e cooperação e que fomenta a relação de confiança, ao mesmo tempo em que reduz incertezas e diminui a ansiedade. Os cuidados centrados na família promovem o envolvimento dos pais que levam a um maior conhecimento sobre o estado de saúde da criança, percepção de maior controlo e redução da ansiedade.

Em relação aos aspetos essenciais para a aprendizagem da mãe, tendo em consideração o diagnóstico e a segurança dos cuidados prestados ao E.M., foram identificados os seguintes domínios: procedimentos diagnósticos e terapêuticos - atitudes terapêuticas (regime de isolamento e a punção lombar); procedimentos e diagnósticos e terapêutica médica/sondas, drenos e cateteres (cateter central). Em oncologia pediátrica, a informação fornecida, na fase inicial, deve ser restrita aos conceitos fundamentais necessários para preparar a família para a prestação de cuidados seguros. Entre esses cuidados estão os relacionados à “competência de sobrevivência”, que envolvem a administração de medicação, a manipulação do cateter central, o reconhecimento de emergências de saúde, entre outros (Landier *et al.*, 2016).

Relativamente ao regime de isolamento, verificou-se que a mãe necessitava adquirir e melhorar conhecimento sobre os cuidados exigidos neste contexto. Entende-se por neutropenia, e segundo a norma do serviço em questão, a diminuição na contagem absoluta de neutrófilos circulantes no sangue. Esta condição pode ser uma manifestação da doença ou uma consequência do tratamento com quimioterapia. A infeção, causa importante de morbilidade e mortalidade na criança neutropénica, exige a implementação de medidas rigorosas de prevenção de infeção além de estratégias para reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos.

No referido serviço, as unidades de isolamento têm um espaço denominado antecâmara, onde se encontra o equipamento de uso individual (bata, máscara e touca) destinado ao uso dos profissionais e dos pais, para permitir a entrada no espaço reservado à criança. Para além deste equipamento, os pais dispõem de fardamento próprio, que deve ser trocado diariamente ou sempre que necessário. O uso deste equipamento é específico à área de isolamento e não deve ser usado fora desta. As unidades de isolamento possuem pressão de ar positiva e permitem um ambiente seguro dentro da unidade (norma institucional).

Em relação aos cuidados específicos são elencados os seguintes: os objetos pessoais da criança devem ser laváveis e/ou desinfetáveis com álcool a 70°; a roupa da criança deve ser lavada a 60°. Os pais são o cuidador principal e a sua substituição é permitida desde que devidamente planeada; os cuidados de higiene dos pais, devem ser efetuados no WC destinado para esse efeito e nunca no da criança; a lavagem e desinfecção das mãos deve ser realizada de forma frequente; não estão contempladas visitas às crianças em regime de isolamento de proteção por neutropenia. Perante o descrito, foram utilizadas estratégias no âmbito da função formativa do modelo de Proctor tais como demonstrar; clarificar; orientar; observar; dar *feedback* (tabela 2).

Face à multiplicidade de informação verificou-se que a mãe não cumpria as normas do serviço relativamente às visitas e também as relacionadas com os cuidados de isolamento de proteção por neutropenia. Esta verbaliza compreender a importância de cumprir o regime de isolamento para proteger o filho e tem motivação para cumprir as normas ensinadas. Demonstra cumprir com a lavagem/desinfecção das mãos, no entanto, não o faz no momento essencial, antes da entrada do quarto. Relativamente aos brinquedos verificou-se a presença de diversos peluches, o que não está de acordo com o normalizado e com a manutenção de um ambiente seguro e protetor, pelo que foi necessário o reforço de ensinamentos. Foram utilizadas estratégias no âmbito da função normativa do modelo de Proctor tais como demonstrar; clarificar; orientar; observar; condicionar; dar *feedback*. Também se verificou a necessidade de, através da função restaurativa do modelo de Proctor, acompanhar a mãe na primeira admissão na unidade de isolamento, demonstrar disponibilidade para esclarecer/auxiliar a mãe e, incentivar a colocação de questões/dúvidas. Para que este processo fosse profícuo foram usadas as estratégias supervisivas de apoiar e prestar atenção (tabela 2).

No contexto do diagnóstico, diversos procedimentos invasivos como a punção lombar e a colocação de cateter venoso central, são realizados, sendo, portanto, fundamental fornecer informações em momentos chave e ao longo das diferentes fases do cuidar (Landier *et al.*, 2016). A punção lombar permite a administração de quimioterapia intratecal, pois muitos dos citostáticos utilizados não atravessam a barreira hematoencefálica e inviabilizam o tratamento e a profilaxia da área

cerebral (Dias *et al.*, 2019). Sendo um procedimento invasivo e potencialmente doloroso, a punção lombar exige a implementação de estratégias adequadas para o alívio da dor e do desconforto, além da adoção de intervenções que minimizem o medo, a ansiedade, o *stress* e o sofrimento. Após a realização deste procedimento, é fundamental que a criança permaneça em repouso no leito por um período de duas horas, com o objetivo de prevenir reações adversas, como cefaleias, náuseas, vômitos, parestesias e convulsões (Dias *et al.*, 2019). Observou-se que o conhecimento da mãe sobre este procedimento era insuficiente e necessitava ser melhorado. A mãe estava receptiva a adquirir novos conhecimentos. Para colmatar esta lacuna foram usadas estratégias supervisivas no âmbito da função formativa do modelo de Proctor, nomeadamente, orientar e observar (tabela 3). Dado que a mãe não estava a cumprir com o repouso recomendado e, tendo em consideração os riscos associados a este procedimento invasivo, foram reforçados ensinamentos orientados para a prevenção de complicações e/ou intercorrências. Nesse sentido foram usadas estratégias supervisivas do âmbito da função normativa do modelo de Proctor: clarificar, orientar e dar *feedback* negativo (tabela 3).

A presença do cateter venoso central (CVC) permite a administração segura de citostáticos, produtos sanguíneos e antibióticos, além de facilitar a colheita de amostras sanguíneas. No entanto, este dispositivo não está isento de riscos e complicações, sendo necessários cuidados específicos com a sua manipulação e manutenção. A equipa de enfermagem desempenha um papel crucial na prevenção de infeções associadas ao CVC, sendo fundamental o ensino às crianças e pais sobre os cuidados e os aspetos a vigiar para evitar complicações (Pires, 2017). Em relação ao CVC o conhecimento da mãe, sobre a prevenção de complicações, necessitava ser aprimorado. Esta mostrou-se receptiva a receber essas informações, transmitidas com o recurso às estratégias do âmbito formativo do modelo de Proctor, nomeadamente: orientar, observar e dar *feedback* positivo (tabela 4).

Por fim, é importante mencionar que para estes procedimentos invasivos considerou-se fundamental adotar estratégias supervisivas de suporte que facilitassem a readaptação do papel parental face à complexidade dos cuidados exigidos pelo E.M. Para isso, foram utilizadas estratégias supervisivas no contexto da função restaurativa, como apoiar e prestar atenção (tabelas 3 e 4).

Na elaboração deste plano de supervisão foram negociados os domínios de envolvimento em que a Sr.^a M. verbalizou querer e sentir-se capaz de colaborar e participar. O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey implica uma negociação constante entre a família e o enfermeiro. É uma relação dinâmica, sistemática e de parceria e as estratégias supervisivas assumem especial importância na operacionalização deste modelo de cuidados à criança.

CONCLUSÃO

A realização deste estudo permitiu alcançar os objetivos inicialmente propostos: consolidar os conhecimentos teóricos sobre SC, a sua aplicabilidade e importância para a prática de enfermagem. Especificamente, procurou-se aprofundar competências no âmbito da SC ao cuidador. Esta temática, além de ser atual é, também, área de intervenção e interesse do grupo de trabalho.

Realizou-se o enquadramento teórico do conceito de supervisão e a correlação com a supervisão dos pais, enquanto familiares cuidadores, especificou-se a essência do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey e do modelo supervisivo de Proctor e desenvolveu-se uma proposta de plano supervisivo, ao papel parental, de acordo com o cenário construído. Este trabalho permitiu clarificar a importância dos processos supervisivos para a qualidade e segurança dos cuidados. Concretamente, para a capacitação da mãe/pai enquanto cuidador (função formativa e normativa), apoio e suporte (função restaurativa).

As principais dificuldades na realização do estudo estiveram relacionadas com a seleção das estratégias supervisivas, mais indicadas para cada fase do modelo de Proctor, a priorização de áreas de intervenção e a diferenciação entre plano supervisivo e plano de cuidados. Recorreu-se à reflexão intrapessoal e interpessoal para colmatar estas dificuldades. A realização deste documento contribuiu para solidificar conhecimentos em SCE e promoveu o desenvolvimento pessoal e profissional.

A criança e a família, no seu processo de adaptação a esta nova realidade, são desafiadas a desenvolver estratégias para alcançar o equilíbrio e a homeostasia familiar (Castanheiro, 2018; Mano, 2017; Pires *et al.*, 2020). É, portanto, essencial a intervenção dos enfermeiros para apoiar o adequado desempenho do papel parental e promover o bem-estar da criança e da família.

REFERÊNCIAS

- ABREU, W. C. **Formação e aprendizagem em contexto clínico – Fundamentos, teorias e considerações didáticas.** Formasau, 2007.
- ALMEIDA, V.; LOPES, M.; DAMASCENO, M. **Teoria das relações interpessoais de Peplau: análise fundamentada em Barnaum.** Rev. esc. enferm. USP, 39(2), 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/tPtzyWHYsRzm8JwmNYrd5QK/?lang=pt>. Acesso em: 11 nov. 2024.
- CASEY, A. **Partnership nursing: influences on involvement of informal carers.** Journal of advanced nursing, 22(6), p. 1058–1062, 1995. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>. Acesso em: 11 nov. 2024.

CASEY, A. **Development and use of the partnership model of nursing care.** In: GLASPER, E. A.; TUCKER, A. *Advances in child health nursing*. Scutari Press, 1993. p. 183-193.

CASTANHEIRO, P. **Vivência parental da sobrevivência - percepções parentais sobre o impacto do cancro na relação do casal e na parentalidade.** 2018. Tese (Mestrado) – Faculdade de Psicologia de Lisboa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/37194>. Acesso em: 15 nov. 2024.

DECRETO-LEI N.º 100/2019 da Assembleia da República. Diário da República: I Série, nº 171, 2019. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/09/17100/0000300016.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2024.

DECRETO-LEI N.º 70/2000 da Presidência do Conselho de Ministros e Ministério do Trabalho e da Solidariedade. Diário da República: I Série - A, nº 103, 2000. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/70-2000-281661>. Acesso em: 15 nov. 2024.

DESPACHO N.º 13227/2023 do Gabinete da Secretaria de Estado da Promoção da Saúde. Diário da República: 2ª Série, nº 248, 2023. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2023/12/248000000/0005100080.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2024.

DESPACHON.º5613/2015 do Ministério da Saúde. Diário da República: 2ª Série, nº 102, 2015. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2024.

DIAS, T. A. et al. **Quimioterapia intratecal: percepções e significados atribuídos por pacientes com câncer hematológico.** *Revista Enfermagem UERJ*, v. 27, e44294, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.44294>. Acesso em: 20 nov. 2024.

FRANÇA, M. **Enfermeiros na experiência de supervisão clínica de novos profissionais: Adversidades e estratégias.** 2013. Tese (Mestrado) – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=xOkHEA8z>. Acesso em: 20 nov. 2024.

FRANCO, S. **Cuidados centrados na família no contexto da oncologia pediátrica: uma revisão sistemática.** 2018. Tese (Mestrado) – Faculdade de Psicologia. Disponível em: https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10451/37212/1/ulfpie053204_tm_tese.pdf. Acesso em: 20 nov. 2024.

INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA DO PORTO. **Norma do serviço 1.6.3 “Cuidados à Criança em Isolamento de Proteção por Neutropenia”.** Manual de Normas de Enfermagem, 2024. 10 nov. 2024.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP Browser, 2019**. Disponível em: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnpbrowser>. Acesso em: 20 nov. 2024.

LANDIER, W. et al. **Patient/family education for newly diagnosed pediatric oncology patients**. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, v. 33, n. 6, p. 422–431, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1043454216655983>. Acesso em: 02 dez. 2024.

LEE, P. **An analysis and evaluation of Casey's conceptual framework**. *International Journal of Nursing Studies*, v. 35, n. 4, p. 204–209, 1998. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0020-7489\(98\)00031-5](https://doi.org/10.1016/s0020-7489(98)00031-5). Acesso em: 02 dez. 2024.

LITHERLAND, G.; SCHULTHEIS, G.; COWLES, C.; EWE, E. **The Proctor model of clinical supervision: An introduction for professional counselors**. *Journal of Counselor Preparation & Supervision*, v. 17, n. 5, p. 1–29, 2023. Disponível em: <https://research.library.kutztown.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1655&context=jcps>. Acesso em: 02 dez. 2024.

MACEDO, M. et al. **Impacto psicossocial do câncer infantil: Intervenções de apoio à criança e à família**. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, v. 6, n. 10, p. 1571-1579, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n10p1571-1579>. Acesso em: 15 jul. 2025.

MANO, D. **Intervenção psicossocial em oncologia pediátrica: revisão de materiais de divulgação junto de pais com filho com diagnóstico de cancro**. 2017. Tese (Mestrado) – Universidade do Minho. Disponível em: <https://hdl.handle.net/1822/50663>. Acesso em: 10 dez. 2024.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem – enquadramento concetual, enunciados descritivos**. *Divulgar*, p. 1-24, 2001. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>. Acesso em: 02 dez. 2024.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Ordem dos Enfermeiros, 2015**. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_R EPE_29102015_VF_site.pdf. Acesso em: 02 dez. 2024.

PEREIRA, F. **Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros: estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem**. 2007. Tese (Doutorado) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/7182>. 21 dez. 2024.

PIRES, R. **Crianças com cancro submetidas a quimioterapia: necessidades dos pais após regresso a casa**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Enfermagem do Porto. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10400.26/20891>. Acesso em: 21 dez. 2024.

PIRES, R. **Supervisão clínica em enfermagem: contributos para a conceção de um programa em contexto de cuidados de saúde primários**. 2018. Tese (Doutorado) – Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/46961>. Acesso em: 14 nov. 2024.

PIRES, R.; SANTOS, M.; PINTO, C. **Perceção dos pais sobre o futuro da criança com cancro**. *Revista ROL de Enfermagem*, v. 43, n. 1, p. 458-463, 2020. Disponível em: <https://comun.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31680/1/458-463.pdf>. Acesso em: 27 dez. 2024.

PORTARIA n.º 350-A/2017 do Ministério da Educação. Diário da República: I Série, nº 219, 2017. Disponível em: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/11/21901/0000200002.pdf>. Acesso em: 15 nov. 2024.

PROCTOR, B. **Supervision: A co-operative exercise in accountability**. In: MARKEN, A.; PAYNE, M. (Eds.). *Enabling and Ensuring: Supervision in Practice*. Leicester: National Youth Bureau/Council for Education and Training in Youth and Community Work, 1986.

REGULAMENTO N.º 366/2018 da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: 2ª Série, nº 113, 2018. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/366-2018-115504842>. Acesso em: 15 jul. 2025.

SÉRGIO, M.; CARVALHO, A.; PINTO, C. **Perception of Portuguese nurses: clinical supervision and quality indicators in nursing care**. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 76, n. 3, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10405383/pdf/0034-7167-reben-76-03-e20220656.pdf>. Acesso em: 21 dez. 2024.

SILVA, R.; PIRES, R.; VILELA, C. **Supervisão de estudantes de enfermagem em ensino clínico – revisão sistemática da literatura**. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 3, n. 3, p. 113-122, 2011. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239962017.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2025.

SILVA-RODRIGUES, F. M.; BERNARDO, C. S. G.; ALVARENGA, W. de A.; JANZEN, D. C.; NASCIMENTO, L. C. **Transição de cuidados para o domicílio na perspectiva de pais de filhos com leucemia**. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, v. 40, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180238>. Acesso em: 20 nov. 2024.

SLOAN, G.; WATSON, H. **Clinical supervision models for nursing: structure, research and limitations**. *Nursing Standard*, v. 17, n. 4, p. 41-46, 2002. Disponível em: <https://doi.org/10.7748/ns2002.10.17.4.41.c3279>. Acesso em: 21 dez. 2024.

TEIXEIRA, A. **Supervisão clínica em enfermagem – contributo para a prática baseada na evidência e competência emocional**. 2021. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/136599>. Acesso em: 21 dez. 2024.

TEIXEIRA, M^a.; ABREU, W.; COSTA, N. **Prestadores de cuidados familiares a pessoas terminais no domicílio: contributos para um modelo de supervisão**. *Revista de Enfermagem Referência*, v. 8, p. 65-74, 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12707/RIV15054>. Acesso em: 21 dez. 2024.

TRIPODORO, V.; LUXARDO, N.; FUNES, M.; VELOSO, V.; NASTASI, R.; BERENGUER, C.; GARRIGUE, N. **Identifying different types of caring among caregivers of home palliative care patients**. *Journal of Palliative Care*, v. 24, n. 3, p. 195-196, 2008. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/295714010_Identifying_different_types_of_caring_among_caregivers_of_home_palliative_care_patients#fullTextFile Content. Acesso em: 16 nov. 2024.