



Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA:  
um olhar sobre a promoção do sono no lactente**

**Vanessa Gouveia Dias**

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de São José de  
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,**

**2023**





Escola Superior de Enfermagem

**S. José de Cluny**



**Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny**

**COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM  
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E  
PEDIÁTRICA:  
um olhar sobre a promoção do sono no lactente**

**Vanessa Gouveia Dias**

**Docentes: Professora Olívia Barcelos**

**Professora Doutora Nisa Souto**

**Relatório apresentado à Escola Superior de Enfermagem de São José de  
Cluny para a obtenção de grau de mestre em Enfermagem, com  
Especialização em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica**

**Funchal,**

**2023**



*Grande é poesia, a bondade e as danças...*

*Mas o melhor do mundo*

*São as crianças.*

Fernando Pessoa



## AGRADECIMENTOS

Queria expressar o meu agradecimento a todos aqueles que estiveram presentes, que me apoiaram neste percurso tão importante da minha vida e contribuíram para o meu enriquecimento profissional e pessoal.

Gostaria de agradecer e dedicar esta tese às seguintes pessoas:

À Professora Olívia Barcelos e à Professora Nisa Souto pelo incansável apoio, dedicação e tutoria prestados ao longo do presente mestrado e por todos os conselhos experientes que tornaram a elaboração deste relatório possível.

À Sofia, à Ângela e à Enfermeira Ana Matilde por tudo o que representaram neste processo e pela amizade.

Às minhas colegas da cardiologia que me apoiaram e incentivaram a continuar.

À minha prima Rafaela pela ajuda em tempos difíceis e pela sua capacidade de tranquilizar e apoiar quando eu mais precisava.

Ao Paulo pela paciência, presença, dedicação e amor.

À minha mãe pelo apoio incansável e dedicação.

Aos meus irmãos por acreditarem em mim.

À minha sogra e bisa por estarem sempre presente para tudo.

Ao meu filho Tomás pela paciência e compreensão pelas minhas ausências, mas mais tarde irá compreender que a persistência é o segredo do sucesso e que devemos lutar pelos nossos sonhos.

A minha filha Eva que me acompanhou no início do mestrado na barriga, sentiu a minha ansiedade, preocupação e ao mesmo tempo felicidade em estar a realizar um sonho de criança.

“Aqueles que passam por nós não vão sós, não nos deixam sós, deixam um pouco de si, levam um pouco de nós.” (Saint Exupéry, 2001)

## RESUMO

O presente relatório integrado no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria, tem como objetivo apresentar o percurso de aquisição e desenvolvimento de Competências de Mestre em Enfermagem, de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, nos diversos contextos de prática clínica. A metodologia adotada é a descritiva e crítico-reflexiva, sobre o processo de aprendizagem, fundamentado por evidência científica e por referenciais teóricos.

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem uma responsabilidade na equipa de saúde, no que concerne à promoção do sono seguro do lactente. A temática do sono infantil ganhou relevância, pelo impacto que tem na parentalidade e por ser alvo de preocupação por parte dos pais. Assim, promover hábitos de sono saudáveis e seguros foi uma das intervenções transversais aos diferentes contextos de assistência à criança e à família. A sua concretização requer conhecimentos, informados pela evidência científica, para promover cuidados de enfermagem de qualidade, adequados e seguros. Porém, existem múltiplas estratégias, que ao carecerem de evidência científica e de sistematização, poderão comprometer as boas práticas. Com o intuito de identificar e sintetizar a evidência científica existente sobre as estratégias de promoção do sono do lactente, no primeiro ano de vida, foi realizado um estudo de revisão integrativa da literatura. O estudo conduziu à identificação de sete estratégias que visam promover o sono saudável e seguro em lactentes. Com base nos resultados, foi delineada uma proposta de intervenção sobre a promoção do sono do lactente.

**Palavras-chave:** enfermagem, saúde infantil e pediátrica, lactente, família, sono.

## **ABSTRACT**

This report, integrated into the Master's Degree in Child and Pediatric Health Nursing, at the Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny, in partnership with the Escola Superior de Saúde de Santa Maria, aims to present the path of acquisition and development of Master's skills in Nursing, Common Competencies of the Specialist Nurse and Specific Competencies of the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, in the different contexts of clinical practice. The methodology adopted is descriptive and critical-reflective, on the learning process, based on scientific evidence and theoretical references.

The Nurse Specialist in Child and Pediatric Health Nursing has a responsibility within the healthcare team, with regard to promoting safe sleep for infants. The topic of children's sleep has gained relevance, due to the impact it has on parenting and because it is a target of concern on the part of parents. Therefore, promoting healthy and safe sleeping habits was one of the interventions that cut across different child and family care contexts. Its implementation requires knowledge, informed by scientific evidence, to promote quality, appropriate and safe nursing care. However, there are multiple strategies, which, lacking scientific evidence and systematization, could compromise good practices. In order to identify and synthesize the existing scientific evidence on strategies to promote infant sleep in the first year of life, an integrative literature review study was carried out. The study led to the identification of seven strategies that aim to promote healthy and safe sleep in infants. Based on the results, an intervention proposal was designed to promote infant sleep.

**Keywords:** nursing, child and pediatric health, infant, family, sleep.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

- AAP – American Academy of Pediatrics
- APDP – Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal
- AO - Assistentes Operacionais
- APA – American Psychological Association
- CCEE - Competências Comuns do Enfermeiro Especialista
- CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança
- CDE – Código Deontológico do Enfermeiro
- CE – Consulta de Enfermagem
- CEEEESIP - Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CME - Competências de Mestre de Enfermagem
- CNCP - Comissão Nacional de Cuidados Paliativos
- CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos
- CS – Centro de Saúde
- DET – Department of Education and Training
- DGS – Direção-Geral de Saúde
- DK – Doença de Kawasaki
- DM – Diabetes Mellitus
- DMT1 – Diabetes Mellitus Tipo 1
- DMT2 – Diabetes Mellitus Tipo 2
- EACH - European Association for Children in Hospital
- EAPC - European Association for Palliative Care
- EE – Enfermeiro Especialista
- EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- EPI – Equipamentos de Proteção Individual
- ESESJC – Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny
- ESIP – Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
- ESSSM - Escola Superior de Saúde de Santa Maria
- et al. – e outros
- ex. – exemplo

GCPPCIRA - Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IAC - Instituto de Apoio à Criança

IACS - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

IP – Intervenção Precoce

LM – Leite Materno

MCEESIP - Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica

MESIP – Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

NREM – Non-Rapid Eye Movements

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

p. – página

PBE - Prática Baseada em Evidência

PEA - Perturbação do Espectro do Autismo

PEI – Programa Educativo Individual

PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PQCEESIP – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PNV – Plano Nacional de Vacinação

RCEEEESIP – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

RCN - Royal College of Nursing

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

REM – Rapid Eye Movements

RIL- Revisão Integrativa da Literatura

RN – Recém-Nascido

SAPP - Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico

SCD/E - Sistema de Classificação de Doentes Baseados em Níveis de Dependência de Cuidados de Enfermagem

SESARAM - Serviço de Saúde da Região Autónoma da Madeira

SGIQA - Sistema de Gestão Integrado Qualidade e Ambiente

SGS II - Schedule of Growing Skills II

SIJ – Saúde Infantil e Juvenil

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SMSL - Síndrome de Morte Súbita do Lactente

SNIPI - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SPEDP - Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica

SPP – Sociedade Portuguesa de Pediatria

UC – Unidade Curricular

UCINP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos

VHB – Vírus da Hepatite B

WHO – World Health Organization

WPCA – World Palliative Care Alliance

# ÍNDICE

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>11</b>
<b>1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS .....</b>	<b>15</b>
<b>1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....</b>	<b>17</b>
1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade, profissional, ética e legal.....	17
1.1.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade .....	26
1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados .....	30
1.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	33
<b>1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.....</b>	<b>35</b>
1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde .....	35
1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade .....	46
1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem .....	51
<b>1.3. Competências de Mestre em Enfermagem.....</b>	<b>58</b>
<b>2. ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....</b>	<b>61</b>
<b>3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>84</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>87</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>91</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>i</b>
<b>APENDICE A – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE.....</b>	<b>iii</b>
<b>APENDICE B – PLANEAMENTO, REGISTO E ANÁLISE DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM PROBLEMAS NA ALIMENTAÇÃO E LINGUAGEM SEGUNDO MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN.....</b>	<b>xix</b>
<b>APENDICE C – OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À CRIANÇA SUBMETIDA A HERNIOPLASTIA E À SUA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>xxxii</b>
<b>APÊNDICE D – OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOENÇA DE KAWASAKI E SUA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO .....</b>	<b>iii</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Jogo do avião no gabinete de enfermagem do CDC.....	54
Figura 2 - Fluxograma PRISMA .....	67
Figura 3 - Sumarização dos artigos que constituem a amostra do estudo de revisão integrativa .....	69
Figura 4 - Estratégias identificadas para a promoção do sono do lactente .....	73

## **INTRODUÇÃO**

O presente relatório, com discussão pública, insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC) Módulo IV: Relatório do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP), a cargo da Escola Superior de Enfermagem de São José Cluny (ESESJC), em parceria com a Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM), sob a orientação da Professora Olívia Barcelos e coorientação da Professora Nisa Souto.

Trata-se de um instrumento crucial na avaliação do processo de aprendizagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021), por permitir comprovar o desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (CCEE), das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CEEEESIP) e das Competências de Mestre em Enfermagem (CME), nos diversos contextos de prática clínica.

Tal como definido na UC, espera-se que o estudante, como resultado da sua aprendizagem: revele competências, conhecimentos, aptidões e capacidades de atuação na prática de enfermagem (em contexto hospitalar e de saúde comunitária), como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP); preste cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem/família em situação de internamento hospitalar em Urgências Pediátricas/Cuidados Intensivos Pediátricos, na Comunidade e em Centros de Desenvolvimento e Unidades de Apoio à Criança; demonstre conhecimento e competências inerentes à metodologia do relatório final; evidencie capacidade de recolha, reflexão e de análise crítica da literatura na área do relatório final; revele rigor científico, respeito pela ética durante a execução do relatório; demonstre capacidade de comunicação escrita na descrição, análise e discussão do relatório final desenvolvido e resultados obtidos; e respeite as regras de apresentação de trabalhos académicos e científicos.

Em concordância com o descrito anteriormente, foram delineados os seguintes objetivos pessoais para este trabalho: refletir sobre o percurso de aprendizagem, tendo por base os referenciais teóricos que norteiam a prática do EEESIP e a mais recente evidência científica; sintetizar as atividades realizadas nos diferentes ensinamentos clínicos e as competências desenvolvidas, agrupando-as em CCEE, CEEESIP e CME; e identificar e sintetizar a evidência científica existente sobre as estratégias de promoção do sono do lactente no primeiro ano de vida, através de um estudo de Revisão Integrativa da Literatura (RIL).

No sentido de desenvolver conhecimentos e competências específicas e diferenciadas, fundamentais para o grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, é imprescindível dotar-se de experiências variadas em diferentes contextos da prática clínica nesta área de especialização.

Os ensinamentos clínicos são essenciais à Enfermagem, pois contribuem para o desenvolvimento de capacidades técnicas e de competências inerentes à profissão (Aviz et al., 2022). Os contextos disponibilizados para a prática clínica proporcionaram uma variedade de experiências e de oportunidades de aplicação dos conhecimentos teóricos adquiridos, fomentando, assim, o aprimoramento de competências e de habilidades específicas na assistência à criança/jovem e família.

O primeiro ensino clínico, ocorreu-se num Centro de Desenvolvimento da Criança, o segundo, em contexto de cuidados de saúde primários, o terceiro, num Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico, e os ensinamentos clínicos subsequentes num Serviço de Internamento de Pediatria e numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos, em território português.

O objetivo geral, transversal a todos os contextos, foi prestar cuidados especializados à criança saudável ou doente, cuidados centrados na família, com intuito de satisfazer as suas necessidades e promover a mais elevada condição de saúde possível da criança, em concordância com o Regulamento de Competências Específicas do EEESIP (RCEEEESIP), Regulamento n.º 422/2018. Em todos os ensinamentos clínicos, emergiu a necessidade de estabelecer objetivos específicos, os quais foram cuidadosamente alinhados com as particularidades de cada contexto.

Atualmente, é amplamente reconhecida a imperiosa necessidade de promover a permanência dos pais, o seu envolvimento e participação nos cuidados ao filho e na tomada de decisão. Conforme descrito no artigo 2.º e 3.º da Carta da Criança Hospitalizada, a criança internada numa instituição hospitalar, tem o direito a ter os pais, ou seus substitutos, em permanência contínua, como parte integrante do tratamento e como participantes ativos nos cuidados (Instituto de Apoio à Criança [IAC], 2017).

O Modelo de Parceria de Cuidados, de Anne Casey (1993), realça a importância dos pais enquanto parceiros indispensáveis da equipa de enfermagem pediátrica, outorgando-lhe o reconhecimento como os melhores cuidadores do seu filho. O cuidado centrado na família, é um conceito central na enfermagem pediátrica e permeia todos os cenários de prática clínica, pelo que foi um dos modelos teóricos de Enfermagem que sustentou e norteou toda a prática clínica. A sua importância é destacada nos documentos de

referência que guiam a atuação do EEESIP, incluindo as orientações da OE transcritos no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, referente ao Regulamento n.º 351/2015, e no RCEEEESIP, Regulamento n.º 422/2018. Ambos os documentos, relevam a colaboração e a cooperação entre os profissionais de enfermagem e as famílias, com o intuito de proporcionar cuidados holísticos e de qualidade às crianças.

No decorrer dos ensinamentos clínicos verificou-se que o sono infantil constitui uma preocupação recorrente dos pais, em especial, nos cuidados inerentes ao lactente no primeiro ano de vida. Sabemos pela prática clínica e pela evidência científica que os pais procuram estratégias eficazes para a promoção do sono, tanto entre os profissionais de saúde, quanto entre familiares, amigos, ou outros pais com experiências similares, bem como, nos recursos online e na literatura. Contudo, essas fontes informais podem fornecer recomendações contraditórias às boas práticas (Middlemiss et al., 2017) e potenciar a preocupação dos pais.

A promoção do sono infantil é de extrema importância para o bem-estar e o adequado desenvolvimento do lactente (Jiang, 2020) e constitui uma das áreas de atuação do EEESIP. A sua atuação passa pela implementação de estratégias que visem a promoção do sono saudável e seguro. Assim, é fundamental que o EEESIP detenha conhecimentos e habilidades específicas para fornecer orientações eficazes e adequadas a cada família, para a promoção de comportamentos potenciadores de saúde e sensibilização para situações de risco, conforme enunciado no Regulamento n.º 351/2015, como é exemplo o Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL).

Nesta perspetiva, com a finalidade de desenvolver competência de mestre e contribuir para o aprimoramento da qualidade dos cuidados prestados à criança e à família na promoção do sono do lactente, realizou-se um estudo de RIL. A condução do referido estudo de revisão viabilizou a síntese dos estudos disponíveis sobre o tema, visando a melhoria do desempenho do EEESIP e dos ganhos em saúde. Os seus resultados permitiram identificar estratégias que este profissional poderá adotar na promoção do sono do lactente no primeiro ano de vida.

O presente relatório segue uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva sobre as competências desenvolvidas e uma RIL, e foi organizado em três capítulos. No primeiro capítulo é realizado um relato crítico do percurso de aquisição e de desenvolvimento de competências necessárias à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Evidencia-se o crescimento profissional e pessoal ocorrido, ressaltando a sua importância e contributo para as crianças, famílias e pares.

O segundo capítulo, é dedicado ao estudo de RIL, com uma breve contextualização da problemática, apresentação e discussão dos resultados.

No terceiro capítulo, são apresentadas sugestões e recomendações relacionadas com a problemática discutida, em que se inclui a proposta de melhoria, as abordagens alternativas, as estratégias de intervenção e as possíveis áreas de investigação futura.

Por fim, são expostas as considerações finais, as referências bibliográficas, os apêndices e os anexos implícitos ao desenvolvimento do relatório.

Este documento encontra-se redigido em conformidade com o novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa e cumpre a norma empregue para tratamento de fontes, citações e referência bibliográficas preconizada pela ESESJC, baseada na sétima edição da *American Psychological Association* (APA).

## 1. ANÁLISE REFLEXIVA DAS COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS E DESENVOLVIDAS

Neste capítulo será realizada uma análise reflexiva das competências adquiridas e desenvolvidas no percurso académico, tendo como base o aprofundamento dos domínios de competências do enfermeiro de cuidados gerais, descritas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEE), Regulamento nº 140/2019. Inicia-se com uma reflexão sobre o processo de aquisição de CCEE, seguindo-se as CEEEESIP, e culminando com uma reflexão sobre as CME.

A competência em enfermagem está estreitamente relacionada à aprendizagem contínua e aos cuidados de qualidade (Brunt & Bogdan, 2023) e remete para a capacidade de mobilizar elementos para a ação eficaz, estando intrinsecamente ligada ao sujeito que a possui e ao contexto em que é aplicada. Isso significa que uma competência só pode ser compreendida quando é considerando, tanto a pessoa, quanto o ambiente em que ela se encontra, numa dimensão individual ou coletiva. A competência tem assim uma dimensão integradora, pois implica a combinação harmoniosa de elementos para realizar uma tarefa ou resolver um problema de forma eficiente. Esta perspetiva alude à compreensão do conceito de competência não apenas como uma característica individual, mas também como uma contribuição para o grupo ou para a comunidade em que se insere (Le Boterf, 2005).

Deste modo, o desenvolvimento e a aquisição de CCEE, de CEEEESIP e de CME foram sendo consolidadas com a concretização de determinadas atividades ao longo dos ensinamentos clínicos, bem como, com a diversificação de experiências vivenciadas, que são essenciais à obtenção do conhecimento. A prática clínica, nos diversos contextos, é um componente basilar para a aquisição de conhecimento e para o desenvolvimento de competências imprescindíveis à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (Benner, 2001). A autora ressalta que o desenvolvimento de competências é um processo dinâmico, que aprimora com a experiência, e apresenta cinco níveis sucessivos de competências na prática clínica de enfermagem: *iniciado*, *avançado*, *competente*, *proficiente* e *perito*, que envolvem a transição da confiança em princípios abstratos para sua aplicação prática, a mudança na percepção das situações e a passagem de observador a participante ativo no processo (Benner et al, 2009). Essa evolução nas competências é fundamental para fornecer um cuidado de enfermagem diferenciado e adaptado às necessidades de cada utente,

contribuindo para a prevenção de complicações, a melhoria na qualidade de vida, a redução de custos em saúde e para o tratamento apropriado e atempado.

O *enfermeiro iniciado*, é reconhecido como o profissional que está a iniciar uma atividade profissional nova ou se encontra no início da sua carreira. É caracterizado como inflexível e limitado nas suas ações, não possuindo experiência prévia das situações que enfrentará, pelo que pode apresentar dificuldade em diferenciar entre os aspetos relevantes e irrelevantes numa determinação situação. Por sua vez, o *avançado* é aquele profissional que já enfrentou suficientes situações complexas para identificar os componentes significativos que ocorrem em situações similares. No nível de competência *competente*, o profissional apresenta uma capacidade de visão ao longo prazo relativamente às suas metas e planos, possuindo uma experiência profissional de dois a três anos.

No nível de *proficiência*, o enfermeiro compreende as situações como um todo, usando a perceção como guia para suas ações, baseando-se em princípios e necessitando de um sólido entendimento da situação antes de agir. Este profissional aprende de forma indutiva, utilizando a sua capacidade de compreensão para obter o máximo de cada experiência. No entanto, perante situações que excedem o seu entendimento, requer a aprendizagem para adquirir novos domínios. Por fim, o último nível, o de enfermeiro *perito*, é caracterizado por uma vasta experiência e conhecimento, apresentando julgamento clínico ágil e intuitivo na identificação de problemas, proporcionando cuidados holísticos adaptados à situação, com foco na compreensão total do contexto e na qualidade. Os enfermeiros que atingem este nível são reconhecidos pelos colegas pela sua eficiência e habilidade em resolver situações complexas. Esta teórica de Enfermagem salienta que a perícia clínica é fundamental para o progresso, prática e desenvolvimento da ciência na Enfermagem (Benner et al., 2011).

Ao refletir sobre este processo de desenvolvimento de competências consigo reconhecer, através da minha experiência profissional de onze anos, na área hospitalar, direcionada ao adulto, a evolução ocorrida aos cinco níveis enunciados. Atualmente, nesta área de especialização, encontro-me no nível *avançado*, após concluir este processo de aquisição e desenvolvimento de competências especializadas inerente ao MESIP e por deter experiência de dois anos aproximadamente, a nível da saúde mental das crianças e jovens, num Centro de Reabilitação Psicopedagógico.

Os diversos contextos de prática clínica possibilitaram interagir com profissionais com experiência, desde o nível *avançado* a *perito*, que contribuiram para o enriquecimento neste processo.

Seguidamente, encontram-se descritos alguns dos contributos para o desenvolvimento de cada uma das competências.

### **1.1. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

O Enfermeiro Especialista (EE) presta cuidados de enfermagem especializados, na sua área de especialização, sustentado em competências científicas, técnicas e humanas. A obtenção desse título envolve a avaliação das competências específicas inerentes à especialidade, bem como, das competências comuns que têm aplicação em todas as esferas dos cuidados de saúde, conforme descrito no Regulamento n.º 140/2019.

Deste modo, o EE desempenha as suas funções com base num conjunto de competências comuns, que consistem em competências partilhadas por todos os EE, independente da sua área de especialização. Essas competências são evidenciadas através da capacidade destacada de conceber, gerir e supervisionar cuidados de saúde, e pelo fornecimento efetivo ao exercício profissional no âmbito da formação, da investigação e da assessoria, enunciado no Regulamento n.º 140/2019.

As CCEE encontram-se estruturadas em quatro domínios transversais a todos os cenários de cuidados. Esses domínios abrangem a Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; a Melhoria Contínua da Qualidade; a Gestão dos Cuidados, e o Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais, conforme estabelecido no Regulamento n.º 140/2019, que passaremos a explicar.

#### **1.1.1. Competências do domínio da responsabilidade, profissional, ética e legal**

No que concerne ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, nos diferentes contextos clínicos, foi aprimorada uma prática segura, profissional e ética, respeitando e promovendo os Direitos Humanos, os Direitos da Criança, o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), publicado em Diário da República como Decreto-Lei n.º 161/96 e o Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), exibido na Lei n.º 156/2015. Esta competência é baseada num sólido corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, que inclui a avaliação sistemática das melhores práticas e as preferências do utente.

A deontologia profissional permite o estudo dos deveres da profissão e pressupõe uma teoria geral da ação com a finalidade de garantir o bom exercício da mesma (Nunes,

2011). No que concerne à Enfermagem, o enfermeiro tem a obrigação de cumprir com as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, proteger e defender a pessoa humana e responsabilizar-se pelas suas decisões e atos que pratica ou delega, como expresso na Lei n.º 156/2015 do CDE. Apesar destes princípios serem comuns a todos os enfermeiros, as particularidades inerentes a esta área de especialização, exigiu um novo olhar e consequente desenvolvimento de novas competências, sendo alvo de análise apenas aquelas consideradas mais significativas.

O cuidado em pediatria incorpora múltiplas especificidades, incluindo a vulnerabilidade intrínseca da criança, tanto em termos físicos, quanto psicológicos. Segundo a Declaração dos Direitos da Criança (Assembleia Geral das Nações Unidas, [AGNU], 1959), as crianças necessitam de proteção e de cuidados especiais, nomeadamente de proteção jurídica devido à sua imaturidade física e intelectual. Nesse sentido, os direitos fundamentais da criança, conforme estipulados na Convenção dos Direitos da Criança (UNICEF, 2019) e na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017), foram rigorosamente respeitados e considerados como prioritários em todos os contextos da prática clínica.

Assim, a humanização dos cuidados, patente no artigo 110º do CDE, enunciado na Lei n.º 156/2015, e a proteção dos valores humanos, em especial a salvaguarda dos direitos da criança, expressos no artigo 102º do mesmo documento, foram pilares fundamentais, que orientaram as boas práticas. Procurei criar um ambiente humanizador, reconhecendo que a criança é um ser holístico, detentor de um representante legal, e que se encontra inserido num determinado contexto familiar, social, espiritual e cultural único, que deve ser respeitado. O foco primordial foi promover o bem-estar da criança, proteger o superior interesse da criança, estabelecer uma relação terapêutica e salvaguardar a privacidade da criança e da sua família, de acordo com defendido na Convenção sobre os Direitos da Criança (UNICEF, 2019). Neste encadeamento, houve a oportunidade de explorar a missão da Comissão de Humanização da instituição hospitalar na qual foi realizada a maioria dos ensinamentos clínicos, bem como, a iniciativa de Compromisso para a Humanização Hospitalar, do Serviço Nacional de Saúde (Serviço Nacional de Saúde, 2019).

O alcance deste desígnio está intimamente relacionado com a excelência do exercício profissional, expresso no artigo 109.º presente na Lei n.º 156/2015 do CDE. Os cuidados de excelência remetem para a análise regular do trabalho efetuado, a capacidade de reconhecer as necessidades de mudança, a formação contínua e a qualidade dos cuidados, procurando adequar as normas estabelecidas nos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem, elaborados pela OE (2001). A excelência remete para a revisão de protocolos

e de procedimentos, a análise de resultados e a discussão em equipa para identificar oportunidades de melhoria. A atualização contínua dos conhecimentos foi uma constante neste percurso. Houve a oportunidade da avaliação periódica do desempenho e dos cuidados prestados, o reconhecimento de aprimorar a prática e o aprofundamento de conhecimentos e a exploração de novos conteúdos, com intuito de prestar cuidados de enfermagem atendendo a padrões elevados de qualidade.

A preservação da intimidade nos cuidados de enfermagem, conforme delineado no artigo 107º, exposto na Lei n.º 156/2015, foi uma prioridade em todos os contextos de assistência à criança/jovem. No entanto, constatei que essa preservação pode ser desafiadora, especialmente no ambiente de internamento pediátrico, devido à estrutura, à organização das enfermarias e à proximidade entre camas. A confidencialidade das conversas entre o profissional de saúde, a criança e os pais pode ficar comprometida, bem como, o estabelecimento de uma relação de confiança. Ciente do direito à intimidade e do dever de preservar foram implementadas determinadas estratégias, nomeadamente, a adoção de um tom de voz baixo, uma maior aproximação da criança e dos pais, ajustando à situação, e a disponibilização de um espaço privado e separado da enfermaria para estabelecer o diálogo. Estas estratégias estão em concordância com o definido pelo IAC (2006), que preconiza que as unidades de saúde possuam espaços de atendimento aos pais.

A utilização de cortinas e de biombos durante procedimentos, exames ou cuidados de higiene foi outra estratégia adotada para manter a privacidade, intimidade e dignidade da criança. Na Carta da Criança Hospitalizada (IAC, 2017) está explícita a necessidade de proteção contra a exposição durante os procedimentos e atividades de higiene pessoal, porém, não especifica quais as medidas a adotar. Para além das estratégias enumeradas observei a prática de separar as crianças e jovens por sexo, dependente das suas idades. Essa medida visou preservar a privacidade e o conforto, reconhecendo as necessidades específicas de cada grupo.

As questões do sigilo profissional também foram consideradas durante o percurso de desenvolvimento de competências. No âmbito dos ensinamentos clínicos em pediatria e cirurgia, foram elaborados dois estudos de caso. Durante esse processo, o respeito ao anonimato da criança e da sua família revelou-se fundamental, em plena concordância com o artigo 106.º supramencionado na Lei n.º 156/2015. O referido artigo, estabelece a obrigação de manter o sigilo profissional, garantindo a confidencialidade das informações pessoais dos envolvidos. Para cumprir esse princípio, foram adotadas medidas para ocultar a identidade da criança e família por meio de pseudónimos. Além disso, foram

implementadas precauções rigorosas para proteção dos dados sensíveis. Os referidos documentos foram mantidos num ambiente seguro, com acesso restrito apenas aos profissionais envolvidos no projeto, incluindo a enfermeira orientadora. Essas medidas garantiram não apenas a segurança das informações, mas também um compromisso contínuo com a ética profissional e o respeito pela privacidade da criança e da família.

Outra situação, que ocorreu num serviço de hemato-oncologia pediátrica, durante um dos ensinamentos clínicos, exigiu uma análise particular da situação, com o contributo do artigo 108.º, aludido na Lei nº 156/2015. Perante uma criança em fase terminal, o foco incide na promoção da qualidade de vida, no conforto, no apoio emocional e espiritual, estando inerente o respeito pela dignidade da pessoa, das suas escolhas, desejos e autonomia. A evidência científica alerta para o facto da criança enfrentar diversos medos, tendo muitas vezes consciência da gravidade da situação, mesmo quando a verdade completa não lhe é comunicada. Uma prática informada pela evidência, alude para que o enfermeiro escute as suas perguntas, estimule a expressão de sentimentos e incentive a criança e a família a conversar (Hockenberry et al., 2019). Isso ressalta a importância da comunicação empática e do apoio emocional por parte dos enfermeiros para garantir o bem-estar integral da criança e da sua família. Em complementaridade, o cuidado espiritual poderá ser fundamental, para ajudar a criança a encontrar um propósito de vida e a promover a esperança (Alvarenga et al., 2021).

Importa salientar que os Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP), não se concentram na morte, mas sim em proporcionar apoio às crianças e às suas famílias para que possam viver da melhor forma possível, diante dos desafios inerentes ao processo de doença e representam uma abordagem abrangente e ativa que começa no momento do diagnóstico ou reconhecimento da condição da criança, estendendo-se ao longo de toda a vida da criança e após a sua morte (SPP, 2014; Together for short Lives, 2018). Esses cuidados englobam aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais, com o foco principal na melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e no apoio à sua família. Envolve deste modo, a gestão e o controlo de sintomas, a disponibilização de períodos de descanso para os cuidadores e o acompanhamento durante a fase terminal e o luto (Together for short Lives, 2018). Cuidar de uma criança em fase terminal em casa pode facilitar a adaptação dos pais à morte (SPP, 2014). No entanto, a escolha do local depende de diversos fatores, nomeadamente, culturais, espirituais, educacionais, económicos, disponibilidade de cuidados e proximidade aos serviços de saúde (Worldwide Palliative Care Alliance [WPCA], 2020).

No cenário do ensino clínico de CPP, várias estratégias foram empregues para garantir uma abordagem humanizada: comunicação sensível e adaptada à idade da criança; promoção de um ambiente confortável, acolhedor e familiar; envolvimento familiar nos cuidados e na tomada de decisão; atenção individualizada, com respeito às preferências e interesses da criança; promoção de atividades recreativas, proporcionando momentos de distração e prazerosos, com recurso a brinquedos, jogos e atividades lúdicas, e o apoio emocional à criança e à família (SPP, 2014; European Association for Palliative Care [EAPC], 2022).

Os princípios consensuais para a prestação de cuidados de qualidade estão alinhados com as diretrizes da Organização Mundial de Saúde (OMS), que foca na criança e na família, na prestação de cuidados no local preferido (ou no local onde pretende morrer), na decisão compartilhada entre a criança, família e profissionais, na formação específica para profissionais de saúde, nas equipas interdisciplinares, nas redes de serviços integradas, nos gestores de caso, no suporte ao cuidador e no apoio contínuo (SPP, 2014).

Segundo o Observatório Português de Cuidados Paliativos, apresentado no Plano Estratégico para o Desenvolvimento dos Cuidados Paliativos 2021-2022, estima-se que em Portugal, pelo menos 7.268 crianças e jovens tenham necessidades paliativas, sendo que 200 delas morrem anualmente, maioritariamente em hospitais. O mesmo documento revela que os cuidados permanecem excessivamente centrados em intervenções médicas, com falta de coordenação e de apoio domiciliário. No entanto, algumas experiências bem-sucedidas têm dado visibilidade à necessidade de reorganizar os serviços e de promover a prestação de cuidados domiciliários (SPP, 2014; Comissão Nacional de Cuidados Paliativos, [CNCP], 2021).

Na instituição hospitalar do referido ensino clínico, encontra-se a ser desenvolvido um projeto dedicada à área da hemato-oncologia pediátrica, coordenado por uma pediatra. Esse projeto consiste na criação de uma equipa específica para o apoio no domicílio, tendo sido iniciada formação em CPP a diferentes profissionais de saúde, nomeadamente, assistentes sociais, psicólogos, enfermeiros e médicos. Atualmente, é preconizado que a criança fique o máximo de tempo em casa, mantendo a articulação com o Hospital de Dia Oncológico e com o Serviço de Medicina da Dor. Apenas quando esgotada essa possibilidade, as crianças serão internadas no hospital, habitualmente para, controlo e gestão de dor /sintomas, para cuidados hospitalares e para cuidados de fim de vida. Foi vivenciada a situação de um adolescente e de uma criança, em que foram feitos os possíveis para se

mantivessem no domicílio, embora o fim de vida tenha decorrido no hospital, durante as primeiras 48 horas de internamento.

Em Portugal, encontra-se em vigor o modelo em CPP que inclui a formação de profissionais, a promoção de cuidados domiciliários, a reorganização de instalações pediátricas e uma articulação eficaz entre todos os prestadores de cuidados de saúde. Este modelo envolve a criação de equipas pediátricas especializadas em hospitais, de unidades pediátricas para internamento e da coordenação entre os cuidados primários e os cuidados hospitalares (SPP, 2014).

No mesmo ensino clínico, evidenciei a dificuldade em conciliar o tratamento semanal das crianças/jovens, no Hospital de Dia Oncológico, com as obrigações escolares. Efetivamente, a frequência dos tratamentos e a necessidade de permanência no hospital, podem afetar negativamente a participação das crianças nas aulas regulares e consequente acompanhamento da matéria lecionada pelos professores, bem como, a socialização com as outras crianças. Os relatos dos pais das crianças, do serviço em questão, sublinharam a necessidade de uma abordagem coordenada entre o sistema de saúde e o sistema educacional. Neste sentido, em termos legislativos, no âmbito nacional, a Portaria 350-A/2017, estabelece medidas de apoio educativo e psicológico a prestar às crianças e aos jovens com doença oncológica, com o objetivo de facilitar a frequência escolar, promover o sucesso educativo e a integração social.

O diagnóstico precoce possibilita o acesso a esses cuidados desde o início da doença, permitindo uma abordagem especializada, que envolve as dimensões biopsicossociais e espirituais da criança e da sua família (Dias et al., 2023). A equipa de saúde tem a oportunidade de estabelecer um relacionamento com a criança e com a família, delineando um plano de cuidados personalizado (SPP, 2014), considerando os pais como parceiros. No decurso do ensino clínico, verifiquei que os cuidados estavam alinhados com o conceito de humanização dos cuidados, compreendido no artigo 110.º da Lei nº 156/2015, em que a criança é vista como um ser único e completo, inserido num contexto familiar e social, em que é tido em conta a sua liberdade de expressão e autodeterminação, conforme o Regulamento n.º 351/2015.

A parceria entre pais e enfermeiros implica o envolvimento de ambos. Os pais precisam de desenvolver competências, conhecimentos, confiança, motivação e expressar livremente as suas opiniões. É importante que os pais conheçam a doença e o tratamento, e saibam reconhecer os sintomas nas crianças, bem como, desenvolvam confiança na equipa de saúde. Por sua vez, o enfermeiro deve estar disponível e presente, com uma atitude de

respeito para com os pais. Deverá desenvolver competências de comunicação e de estabelecimento de uma relação de confiança, apostando na formação contínua para a sua autoeficácia profissional (Yoo & Cho, 2020).

O direito ao cuidado, patente no artigo 104.º, do CDE, Lei nº156/2015, foi respeitado em todos os contextos. O dever de assegurar a continuidade dos cuidados, ocorreu pelo registo atempado de todas as informações relevantes. Foi igualmente consultado o histórico da criança (notas médicas, notas de enfermagem, análises laboratoriais, e outros exames complementares) de modo a obter a história clínica completa da criança, favorecedora de uma tomada de decisão informada, segura e eficaz. A continuidade dos cuidados (ao nível hospitalar) foi observável nos registos de enfermagem e nas passagens de turno, na atualização dos planos de cuidados, bem como, nas referências para outros profissionais.

A necessidade de referenciar, ou obter apoio de outros profissionais de saúde, é parte essencial na prestação dos cuidados de saúde, conforme artigo 112.º do CDE, Lei nº156/2015. No contexto da assistência à criança/jovem e família, pode surgir a necessidade de envolver outros profissionais (nutricionista, psicólogo e assistente social) para abordar necessidades específicas, garantindo, desta forma, à criança/jovem cuidados abrangentes.

No contexto da unidade de cuidados intensivos neonatais e pediátricos, a continuidade de cuidados foi reforçada através do contacto telefónico para o Centro de Saúde (CS) e da referência para o Centro de Desenvolvimento da Criança (nos casos que justifiquem). Neste sentido, foi respeitado o dever de sigilo, artigo 106.º, Lei nº156/2015, ao partilhar apenas a informação necessária e relevante, com os profissionais implicados no plano terapêutico.

O atendimento à criança, sempre que possível, realizou-se em tempo útil, de forma a não haver atrasos no diagnóstico e no tratamento da criança/jovem, como enunciado no artigo 104.º da Lei nº156/2015. Constatei no ensino clínico no Serviço de Atendimento Permanente Pediátrico (SAPP), a inexistência de um sistema de triagem formalmente implementado, o que dificulta a identificação da criança quando esta exige atendimento imediato ou prioritário. Nestas situações, a estratégia adotada é a verificação frequente das crianças que aguardam na sala de espera, de modo a potenciar a resposta de forma mais célere às situações urgentes. No entanto, a instituição em causa, dispõe de um protocolo para a triagem de utentes no Serviço de Atendimento Permanente e SAPP, baseada na Triagem de Manchester, a nível informático. Este serviço detém também de algoritmos/protocolos de atuação que auxiliam na avaliação objetiva da criança e no tratamento atempado. Numa

situação prática, de ensino clínico, observou-se uma criança prostrada ao colo da mãe, com dificuldade respiratória, que exigiu uma resposta rápida. O cumprimento do protocolo instituído possibilitou uma avaliação mais célere, pois estávamos perante uma situação de risco de vida e/ou instabilidade hemodinâmica.

O dever de informar é outro princípio ético essencial à prática de enfermagem, segundo o artigo 105.º, presente na Lei n.º 156/2015, tendo sido alvo de análise. Este, baseia-se nos princípios da autonomia da criança e da família, e envolve o direito de tomar decisões informadas sobre os cuidados. Em concordância, o IAC (IAC, 2017), na Carta da Criança Hospitalizada, menciona o direito da criança e dos pais receberem informação adaptada à sua idade e compreensão (artigo 4.º), bem como, todo o apoio necessário, independente do contexto em que se encontre. Observei nos ensinamentos clínicos, que os cuidados prestados à criança, e à família, decorriam após o esclarecimento e consentimento livre e informado dos pais. A opinião da criança também deve ser considerada, desde que esta tenha competência suficiente para compreender a informação (European Association for Children in Hospital [EACH], 2016). Assim, a informação transmitida deve basear-se na idade e na compreensão da criança, tendo em consideração o seu nível de desenvolvimento, aquilo que ela já sabe ou imagina, fornecendo explicações simples e verdadeiras, e explicando tudo o que vai acontecer (OE, 2011a). Por exemplo, perante a administração de uma terapêutica endovenosa e de uma punção venosa, foi explicada à criança, o procedimento em causa e quais os recursos disponíveis, permitindo, por exemplo, a escolha de uma posição confortável para si. Neste sentido, foi relevante o envolvimento da criança e da família nos cuidados, bem como, a compreensão das suas preferências e gostos.

A integração e a participação ativa na equipa multidisciplinar foi uma competência desenvolvida no decurso dos ensinamentos clínicos, assim como, a habilidade de coordenar recursos dentro da instituição, como os serviços de imagiologia, o laboratório, o Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC) e o CS. Essa capacidade de articulação demonstrou uma compreensão abrangente das necessidades da criança e permitiu uma resposta eficiente aos desafios de cuidados.

O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) representa o instrumento político para a concretização do direito à participação social das crianças/jovens, com princípio da universalidade do acesso aos serviços de Intervenção Precoce (IP), implicando uma interação entre famílias e instituições, na responsabilidade dos profissionais e dos organismos públicos e na correspondente capacidade de resposta, apresentado no Decreto-Lei n.º 281/2009. O SNIPI reconhece a responsabilidade dos profissionais de saúde,

educadores e outros envolvidos no cuidado e educação da criança, em identificar precocemente sinais de atraso no desenvolvimento e em encaminhar para os serviços de IP, que apoiam o potencial máximo de desenvolvimento da criança com necessidades especiais, conforme enquadrado pelo Decreto-Lei n.º 281/2009. Uma das situações que contribuíram para o desenvolvimento das competências especializadas foi a deteção e referenciação de uma criança com atraso no desenvolvimento motor, para o CDC, com possibilidade de intervenção precoce.

Outra situação que mereceu reflexão foram as questões relacionadas com a recusa de tratamento, dado que, quando aplicados às crianças, a sua complexidade aumenta. Apesar das crianças serem reconhecidas como sujeitos de direitos e liberdades fundamentais, conforme descritos na Convenção sobre os Direitos da Criança em 1989, como o direito de exercer a sua autonomia, ao direito de informação, de participação, autodeterminação e proteção contra todas as formas de violência (UNICEF, 2019), não possuem capacidade legal para tomar decisões, segundo o código penal, artigo 38.º, até discernimento necessário para avaliar o seu sentido e completar os 16 anos de idade, conforme Decreto-Lei n.º 59/07. É defendido a importância da participação da criança, considerando a sua individualidade, mas exige uma análise profunda dos limites da autoridade parental em relação à autonomia da criança. A tomada de decisão pelos pais deve ter em consideração, o dever de cuidado inerente à autoridade parental e a autonomia limitada do menor (Sillmann & Sá, 2015). Alguns exemplos observados relacionaram-se com a realização de procedimentos, por exemplo, aerossolterapia, colheita de sangue, medicação endovenosa, entre outros. Nestes casos a decisão pode ser atribuída ao tutor legal, tendo sempre em conta o superior interesse da criança. Como tal, foi possível, em determinadas circunstâncias, alterar a via de administração, e até mesmo a suspensão de determinados procedimentos. Segundo o Carta da Criança Hospitalizada, deve evitar-se qualquer tratamento ou procedimento que não seja indispensável (IAC, 2017).

Na mesma linha de raciocínio, as agressões físicas ou emocionais e a dor, devem ser reduzidas ao mínimo (IAC, 2017), especialmente durante procedimentos invasivos. Numa determinada situação, no ensino clínico realizado no SAPP, ocorreu a recusa de colheita de sangue por parte de uma criança, com 11 anos. Os pais sugeriram a contenção física durante o procedimento. Analisando os princípios éticos que servem de fio condutor para preservar a dignidade humana, a beneficência, a não maleficência, a justiça, liberdade e a autonomia, neste caso específico, considera-se que a liberdade de decisão da criança foi limitada em detrimento do seu bem-estar imediato. Neste contexto, o benefício para a saúde

da criança superou os efeitos adversos tolerados, associados à punção venosa. Importa clarificar aos pais/família, que a contenção física deve ser considerada em último recurso, sendo aceitável somente após análise cuidadosa, quando todas as outras estratégias tenham sido esgotadas (situação debatida em equipa).

O sucesso na aquisição de competências, nesta área específica, resultou de decisões bem fundamentadas, sempre alinhadas com os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem. O respeito pelos direitos e valores da criança e de sua família esteve sempre no centro de todas as ações, de modo a poder garantir cuidados de qualidade e promovendo o bem-estar das crianças atendidas.

### 1.1.2. Competências do domínio da melhoria continua da qualidade

O acesso a cuidados (de saúde) de qualidade é um direito de todos os cidadãos e remete para uma constante atualização de conhecimentos, para uma prática reflexiva e para o desenvolvimento de uma cultura de humanização nas intuições de saúde (Magalhães, 2017). A qualidade dos cuidados de saúde, de acordo com a OMS (2020b), é definida como a medida em que os serviços de saúde oferecidos às pessoas, e às populações, aumentam a probabilidade de alcançar os resultados desejados na saúde e estão em conformidade com os conhecimentos profissionais atuais. A mesma organização estabelece que os cuidados de saúde de qualidade devem ser eficazes, seguros, centrados na pessoa, oportunos, equitativos, integrados e eficientes. Isso significa que os cuidados de saúde devem ser baseados em evidência científica, não causar danos, atender às preferências e necessidades dos utentes, reduzir os tempos de espera prejudiciais, ser igualmente acessíveis a todos, coordenados em todos os níveis e capazes de maximizar o uso eficiente dos recursos disponíveis (OMS, 2020b).

No contexto português, segundo o Despacho 5739/2015, emitido pelo Ministério da Saúde, a qualidade em saúde relaciona-se com a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um alto nível profissional, levando em consideração os recursos disponíveis e obtendo a aprovação e satisfação dos indivíduos. Melhorar continuamente a qualidade na área da saúde implica cuidados eficazes e seguros, contribuindo para a efetividade e eficiência do sistema de saúde. Portanto, a qualidade na área da saúde é fundamental para proporcionar cuidados eficazes e seguros, que atendam às necessidades dos utentes, que sejam acessíveis a todos e que utilizem eficientemente os recursos disponíveis. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, apresentado no despacho n.º 9390/2021, descreve como cinco pilares de ação: a cultura de segurança, a liderança e a governança, a

comunicação, a prevenção e gestão de incidentes de segurança e as práticas seguras em ambientes seguros.

A competência do domínio da melhoria contínua da qualidade, tem como finalidade conceber, colaborar em estratégias institucionais, desenvolver uma prática de qualidade e gerir/colaborar em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico e seguro (OE, 2019). A criação da OE representou um marco significativo na profissão e implicou a elaboração dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). O Conselho de Enfermagem da OE, em 2001, enquadrou seus esforços na estratégia de melhoria contínua da qualidade da prática dos enfermeiros para orientar os profissionais na prática e melhorar os resultados para os utentes (OE, 2001). Os conceitos fundamentais relacionados com a qualidade do exercício profissional são a Saúde, a Pessoa, Ambiente e os Cuidados de enfermagem. Neste documento, temos acesso aos enunciados descritivos relacionados com a qualidade, incluído a satisfação do utente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado dos utentes, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem.

Do ponto de vista da OE (2001), os padrões de qualidade implicam uma tomada de decisão com base na evidência científica. Os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem constituem, para o EE, um referencial para a prática, na medida em que estimula a reflexão contínua sobre a qualidade do exercício profissional e sustenta os processos de melhoria contínua da qualidade, pelo que constituíram um guia de orientação nos ensinamentos clínicos.

Pretende-se que as crianças/jovens, e as suas famílias, tenham acesso equitativo a cuidados de enfermagem especializadas, nos diferentes níveis (promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento), estando intrínsecos os princípios de proximidade, parceira, capacitação, direitos humanos, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível, conforme o Regulamento n.º 351/2015.

A OE tem vindo a disponibilizar guias orientadores de boa prática de cuidados baseados em evidência, que representam uma base sólida na melhoria contínua do exercício profissional. Estes guias permitem uniformizar os cuidados, garantir uma prática segura, aumentar a probabilidade da prestação adequada e produzir equidade de conhecimento entre os profissionais (Magalhães, 2017).

No que concerne à ESIP, os guias orientadores de boa prática abordam questões cruciais como a promoção da esperança, a preparação do regresso a casa da criança com

doença crónica, a promoção do desenvolvimento infantil, a hospitalização/cirurgia e os cuidados à criança e família com diabetes.

Em todos os contextos de prática clínica foi imprescindível conhecer e participar nos programas de melhoria da qualidade (por exemplo: avaliação do risco global, Grupo de Coordenação do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCPPCIRA), avaliação da dor, risco de queda e úlceras por pressão), bem como, conhecer os protocolos existentes para desenvolver uma prática segura e de qualidade, tendo em conta a evidência científica mais recente.

As instituições de saúde apresentam um conjunto de normas, de procedimentos e de recomendações com vista a uma boa prática clínica, baseados na melhor evidência científica. O seu intuito é o de melhorar a uniformização e diminuir as intervenções ineficazes, os eventos adversos e os riscos associados às mesmas. Neste sentido, a existência de um Gabinete da Qualidade, formado por enfermeiros e médicos da instituição, desempenha um importante papel de suporte operacional dos processos de acreditação dos serviços, baseada no Modelo Agencia de Calidad Sanitaria da Andalucia (ACSA). Este modelo, aprovado pelo Ministério da Saúde e adotado pela DGS no Departamento da Qualidade na Saúde, consiste na implementação do Programa Nacional de Acreditação em Saúde em que promove o empenho dos profissionais de saúde na melhoria contínua dos cuidados que são prestados ao cidadão e a consolidação de uma cultura de qualidade integral nos serviços (DGS, 2023).

O Decreto Regulamentar n.º 14/2012, de 26 de janeiro, estabeleceu medidas para assegurar a segurança do utente e a qualidade na prestação de cuidados de saúde em Portugal. Esse decreto definiu a DGS como a entidade responsável por planear e programar a política nacional de qualidade no sistema de saúde.

Entre as atribuições da DGS estão a promoção de atividades e de programas relacionados à segurança do utente e à melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde. Para cumprir essas atribuições foi criado o Departamento da Qualidade na Saúde (DQS), por meio da Portaria n.º 159/2012, de 22 de maio. O DQS foi estabelecido para facilitar o planeamento de modelos de prestação de cuidados de saúde adequados e integrados, além de consolidar a segurança na prestação desses cuidados.

Posteriormente, o Despacho n.º 1250/2020, de 28 de janeiro, determinou a criação de estruturas que visam melhorar a qualidade dos cuidados de saúde, integrando os diferentes aspetos da prestação de serviços de saúde. Este despacho, também, definiu a implementação

de um sistema de monitorização e de avaliação, com o objetivo de alicerçar as decisões e estabelecer ligações de causa e efeito entre as medidas estratégicas de qualidade na saúde e os indicadores gerais de saúde. A Comissão de Gestão de Risco está integrada no Serviço de Saúde e tem como missão tornar a instituição cada vez mais segura e confiável tanto para os profissionais, como para os utentes, por meio da gestão do risco clínico, não clínico, laboral ou ambiental.

A prevenção e controlo da infeção é transversal a qualquer prática de Enfermagem. Como tal, enquanto profissionais de saúde, somos responsáveis diretos pela prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, estando cientes que podemos representar potenciais veículos de transmissão das mesmas. O EEESIP assume a responsabilidade de implementar e integrar na sua prática medidas rigorosas para evitar a disseminação de agentes infecciosos, nomeadamente, enquanto conselheiros e supervisores de outros profissionais de saúde, de que são exemplo os Assistentes Operacionais (AO).

O EE pode delegar tarefas específicas aos AO. Segundo REPE, enunciado no Decreto-Lei n.º 161/96, pode delegar tarefas ao profissional com capacidades para executar com segurança e eficácia, sendo compatível com o nível de dependência do utente em cuidados de enfermagem. No entanto, é essencial garantir que essas atividades sejam realizadas com responsabilidade, supervisão e em conformidade com os padrões de cuidados. Por exemplo, a higienização dos espaços e dos materiais/equipamentos, nomeadamente, a balança, a marquesa e os brinquedos utilizados pela criança, após a consulta de ESIP.

Foi assumida a responsabilidade, ao longo dos ensinamentos clínicos, de adoção de estratégias com vista à gestão do risco em saúde, prevenindo ou reduzindo o risco de eventos adversos ou circunstâncias com potencial para causar dano à criança. Um exemplo prático foi a prevenção de quedas (ex. elevação das grades dos berços/camas) e administração segura de terapêutica, segundo a regra dos cinco “certos” na administração de medicamentos (doente certo, medicamento certo, dose certa, hora certa e via certa) estão intrínsecos aquando preparação e administração de terapêutica (DGS, 2011). Acrescenta-se, a necessidade do registo da administração e monitorização e vigilância dos efeitos e resultados.

As auditorias de qualidade têm cada vez mais destaque na área da saúde, designadamente na gestão das organizações e no sector financeiro (Serra et al., 2022). Em todos os contextos de ensino clínico verifiquei a realização de auditorias internas e externas aos serviços, com base em sistemas de gestão da qualidade. As auditorias em enfermagem

promovem a qualidade dos cuidados de saúde e são fundamentais para aprimorar a prática de enfermagem, através de uma avaliação sistemática e periódica dos processos internos (Bitencourt et al., 2020).

O EEESIP segundo o Regulamento n. °140/2019, mobiliza conhecimentos e promove a incorporação dos mesmos, garantindo a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados. Para o efeito é imprescindível manter-se atualizado através da procura constante de evidência científica e a participação em cursos e workshops. A título de exemplo, no ensino clínico de cuidados de saúde primários, com o objetivo de sensibilizar as crianças do 3º ano de escolaridade sobre a diabetes e a importância da alimentação equilibrada desenvolvi uma ação de formação sobre a relação entre alimentação saudável e a diabetes, no âmbito da saúde escolar. Para avaliar a apresentação foi utilizado um questionário, que poderá ser consultado apêndice A, bem como, o plano da sessão e a análise dos resultados.

### 1.1.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

A Gestão de cuidados de enfermagem envolve o planeamento, a organização e o controlo dos cuidados prestados de forma oportuna, segura e abrangente, garantindo a continuidade, e encontra-se alinhada com as políticas da instituição de saúde.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na promoção de uma cultura organizacional que apoia a prática do cuidado, ao gerir os recursos humanos adequados as necessidades do serviço. Deste modo, a gestão de cuidados em enfermagem abrange diversas dimensões e competências, incluindo a liderança, o trabalho em equipa, a comunicação e as habilidades técnicas, com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade e atender às necessidades dos utentes (Mororó et al., 2017). O EE tem uma responsabilidade acrescida, neste domínio, expressa no Regulamento n.º 140/2019. Este contempla duas competências, a inerente aos cuidados de enfermagem (otimizar a resposta da equipa, garantir a articulação na equipa de saúde e a sua adaptação à liderança) e a inerente à gestão dos recursos, visando garantir a qualidade dos cuidados.

Em todos os ensinos clínicos foi possível o desenvolvimento de competências relacionadas com a gestão dos cuidados. Verifiquei que o enfermeiro chefe elabora o plano de trabalho e a distribuição dos enfermeiros pelos diferentes sectores, solicita o material clínico necessário ao adequado funcionamento do serviço, procede a todos os pedidos de reparações de equipamentos, realiza o horário mensal e participa em reuniões intersectoriais e interprofissionais. O EEESIP colabora diretamente com o enfermeiro chefe, e

habitualmente desempenha a função de enfermeiro responsável por turno, cooperando no planeamento do serviço e da equipa, com o objetivo da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O capital humano é considerado o recurso mais importante de uma organização, pelo que gestão de recursos humanos é considerada uma prioridade (Delgado, 2015). Os recursos humanos são fundamentais para a qualidade dos cuidados prestados e os rácios são conseqüentemente primordiais para as práticas seguras, sendo, um determinante da saúde (OE, 2014). Por exemplo, os cuidados intensivos neonatais são uma área de cuidados com elevada complexidade que exige um rácio enfermeiro-utente de 1/1, diferindo dos restantes serviços hospitalares que em média, no turno da manhã seria de 1/3. Esta particularidade justifica-se pela gravidade do utente, aliada à sua instabilidade hemodinâmica, conforme apresentado no Parecer nº19/2019, elaborado pela OE. Nas diversas áreas de atuação na pediatria, destacou-se a unidade de neonatologia pela vulnerabilidade e complexidade da população-alvo. As características específicas da população-alvo, a gravidade da doença, o número de admissões/transferências/altas, o espaço físico da unidade (e hospital) e as competências/experiências do enfermeiro são fatores em ter em conta aquando do cálculo do número de enfermeiros adequados para uma unidade neonatologia (Pereira, 2019). Nos ensinamentos clínicos constatei o cumprimento das dotações recomendadas.

De facto, a população pediátrica detém uma maior vulnerabilidade no que respeita à ocorrência de eventos adversos. Esta incidência parece estar relacionada não só com as suas características específicas, que a tornam suscetível, mas também à complexidade dos cuidados prestados (Cordeiro & Carvalho, 2020). Segundo os mesmos autores, a carência de recursos humanos e a sobrecarga horária são considerados fatores que facilitam a ocorrência de eventos adversos. A inadequada dotação repercute-se em resultados inferiores ao esperado, maior ocorrência de mortes/infeções hospitalares e maior insatisfação dos utentes. Deste modo, existe assim uma relação direta entre os níveis de dotações de enfermeiros e os resultados em saúde (Conselho Internacional de Enfermeiros [ICN] 2022).

O EEESIP distingue-se na prestação de cuidados de nível avançado por ser detentor de competências diferenciadas na área em questão. O desenvolvimento de competências específicas está intimamente associado à qualidade e à segurança nos cuidados, com conseqüentes melhores resultados para os utentes (ICN, 2022). A dotação segura de enfermeiros emerge como central para a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem, com a combinação adequada de formação, competência e experiência (ICN, 2022).

Em 2019 é emitido pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica (MCEESIP), o parecer sobre o Cálculo das Dotações Seguras de ESIP baseado na Norma existente para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, no regulamento dos padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e no regulamento das CEEEESIP.

No que concerne à metodologia de trabalho adotada nos ensinos clínicos em contexto hospitalar, a mais prevalente foi o método de trabalho em equipa e o de enfermeiro de referência, considerados imprescindíveis para os cuidados de complexidade (Moura et al., 2019). Os enfermeiros são divididos por equipas e coordenados por chefes de equipa, o objetivo é aproveitar as habilidades e as qualificações de cada membro da equipa, visando a prestação de cuidados integrais aos utentes sob sua responsabilidade. O método de enfermeiro responsável envolve a prestação de cuidados aos utentes internados por um enfermeiro de referência, que é responsável pelas tomadas de decisões sobre os cuidados diários e contínuos (Ventura et al., 2021).

A adoção de métodos de trabalho pelos enfermeiros desempenha um papel crucial na conceção, organização e execução dos cuidados de enfermagem em contextos específicos. Os métodos são direcionados atualmente para o utente e não para a tarefa, como comprovado nos diferentes ensinos clínicos, a exceção do SAPP. Neste caso, quando surge uma prescrição médica no sistema informático, o primeiro enfermeiro a constatar assume a responsabilidade pela execução e fica responsável pela criança, o que se coaduna com o método funcional. Este método é caracterizado pela distribuição de tarefas padronizadas aos enfermeiros, que adquirem proficiência por meio da repetição sistemática de técnicas. Portanto, neste método, a ênfase está na realização eficiente das tarefas de enfermagem, com menos consideração pelas necessidades individuais dos utentes. Poderá ser um método eficaz para garantir a consistência e a padronização dos cuidados, porém descarta a centralidade dos cuidados na pessoa (Ventura et al., 2021).

No que concerne à gestão de recursos materiais, verifiquei que, quando detetada uma falta ou necessidade de um produto (material ou medicação), cabe ao Enfermeiro Chefe ou ao Enfermeiro responsável, efetuar um pedido on-line. Houve a oportunidade de participar na gestão do material clínico, nomeadamente na receção e arrumação, com compreensão da dinâmica da gestão de stocks. Na área da saúde, é essencial implementar medidas que permitam reduzir os custos sem comprometer a qualidade dos serviços prestados. Neste sentido, a gestão de stocks representa um indicador de desempenho e tem

como objetivo garantir o equilíbrio entre os custos associados e os serviços de saúde (Balkhi et al., 2022).

Nos diferentes ensinamentos clínicos, houve a possibilidade de colaborar na manutenção e no funcionamento dos equipamentos existentes (ex: carro de emergência, desfibrilhador), na sua verificação no início do turno, bem como, na reposição de todo o material em falta. Esta tarefa é essencial para a segurança dos cuidados, podendo comprometer a salvaguarda da Vida.

O Processo de Enfermagem, compreende a avaliação, o diagnóstico, o planeamento, a implementação e a avaliação (Hockenberry et al., 2019). A aplicação desse processo na prática clínica, aliada a um pensamento sistemático e raciocínio clínico, é imprescindível na prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família. Sendo assim, após cada passagem de turno recorria a múltiplas fontes de informação (ex: sistema informático, criança e família) para obter o máximo de dados necessários à caracterização da situação e elaboração de diagnósticos de enfermagem. Uma vez, delineadas metas específicas, centradas na criança e família, desenvolvia um plano de cuidados personalizado, em colaboração com a enfermeira orientadora, família e a própria criança, estando ciente da priorização dos cuidados e gestão do tempo. A linguagem adotada na formulação de diagnósticos e intervenções de enfermagem foi conforme as diretrizes da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

#### 1.1.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O EEESIP distingue-se pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, com intuito de cuidar da criança/jovem em situação de doença ou saudável, quando a família não tem capacidades para um resultado eficaz, como apresentado no Regulamento n.º 351/2015. Os processos de saúde-doença, experienciados pelas crianças e pelas suas famílias, estão frequentemente ligados a emoções intensas, o que posiciona o enfermeiro num grande desafio emocional. Estes processos exigem um trabalho emocional de tripla centralidade: na criança/família, no enfermeiro e na relação enfermeiro-criança/família (Diogo, 2019). O enfermeiro gere as suas emoções com base nos seus recursos pessoais e na aprendizagem adquirida por meio de experiências do cuidado (Smith, 2012). O autoconhecimento e a autorregulação emocional na prática de enfermagem, é fundamental, especialmente em cenários desafiadores (Diogo, 2019), como por exemplo, no

serviço de oncologia pediátrica. Em situações tão delicadas, onde o sofrimento da criança é intenso e os pais estão emocionalmente abalados, é fundamental que o enfermeiro e os restantes membros envolvidos mantenham a calma e a compostura para fornecer apoio eficaz. O afastamento momentâneo, pode ser uma estratégia a utilizar, para recuperar emocional e mentalmente, e assim poder retomar o cuidado, com a capacidade de prestar apoio adequado e empático à família.

Uma pesquisa sobre a temática, permitiu identificar o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (Diogo, 2019). Este emerge com o objetivo de orientar o enfermeiro na sua prática e guiar a sua intervenção na gestão emocional associada a situações de cuidados, que potenciam o sofrimento da criança, da família e do enfermeiro, contribuindo para um cuidado centrado na família, não traumático, humanizado e holístico na prática de enfermagem (Diogo, 2019).

O desenvolvimento das aprendizagens profissionais num contexto de cuidados de saúde exige uma abordagem rigorosa, ativa e contínua. Ao longo deste processo, a procura de evidência científica relevante é imprescindível para a compreensão aprofundada dos casos complexos/diversificados e a formulação de planos de cuidados personalizados. No entanto, é importante reconhecer os limites que podem surgir durante a aprendizagem. A complexidade dos casos, como exemplificado pelo desafio enfrentado no diagnóstico tardio de Doença de Kawasaki (DK) numa criança de 7 anos, pode apresentar barreiras significativas. Apresenta-se no apêndice D, o estudo de caso realizado sobre os cuidados de enfermagem especializados à criança com esta doença e à sua família. Este estudo de caso foi apresentado numa sessão de formação, com o objetivo de sensibilizar os colegas para a importância do reconhecimento precoce desta doença na forma incompleta/atípica e dar visibilidade ao desempenho do EEESIP na fase aguda da doença.

Por outro lado, existem potenciais promissores que podem impulsionar o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. A habilidade de comunicar de maneira eficaz com as crianças e as suas famílias é essencial para estabelecer vínculos terapêuticos sólidos e garantir a compreensão mútua. Além disso, o trabalho em equipa, através da colaboração com outros profissionais de saúde, torna-se uma ferramenta valiosa. A autorreflexão diária permite uma análise crítica das práticas, incentivando a melhoria contínua. Por fim, a advocacia pela criança é uma responsabilidade ética que pode levar a uma atuação mais abrangente em prol do bem-estar da criança (UNICEF, 2019).

Em suma, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (em cenários complexos de cuidados de saúde) requer a busca ativa de evidência científica relevante, a

participação ativa na equipa e a colaboração interdisciplinar. Durante a elaboração dos relatórios dos ensinamentos clínicos e dos estudos de casos, a reflexão sobre as competências desenvolvidas e a aquisição de conhecimentos baseou-se na evidência científica, o que, por sua vez, contribuiu para uma avaliação crítica do desempenho e do processo do aprendiz.

Perante o exposto, considera-se que a aquisição e desenvolvimento das CCEE é um processo contínuo e progressivo, a decorrer no decurso da vida pessoal e profissional, num processo de melhoria contínua, visando proporcionar cuidados de saúde de qualidade e de excelência.

## **1.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**

O EEESIP presta cuidados avançados, seguros e competentes, à criança/jovem, saudável ou doente, nos diferentes contextos onde está inserida, com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde possível da criança/jovem, em parceria, sempre que possível, com a família. A sua intervenção ocorre, habitualmente, entre o nascimento e os 18 anos de idade, porém, em casos específicos, poderá estender-se até aos 21 ou 25 anos de idade, segundo o RCEEEESIP, Regulamento n.º 422/2018.

Para o EEESIP, uma abordagem holística e centrada na família, torna-se um pilar fundamental nos cuidados de enfermagem especializados. O Modelo de Parceria de Cuidados, impulsionou a reestruturação da assistência à criança hospitalizada, ampliando o foco de atenção para a família (Casey, 1993). O percurso de desenvolvimento de competências materializado neste relatório sustentou-se neste modelo teórico de Enfermagem. Seguidamente, serão abordadas cada uma das competências específicas do EEESIP.

### **1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde**

A primeira infância é uma fase desafiante para a família. Para além do rápido desenvolvimento e crescimento que a família tem de acompanhar, é um momento crucial na vinculação e transição para a parentalidade. Como tal, o enfermeiro “implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (OE, 2018). Nesta perspetiva, a promoção da

parentalidade positiva é essencial para o desenvolvimento saudável das crianças, cabendo ao enfermeiro fornecer suporte e orientação aos pais nesse percurso (Reticena et al., 2022).

A transição para a parentalidade está relacionada com a necessidade de adaptação aos diferentes estádios de desenvolvimento da criança, ou com a necessidade de enfrentar eventos e situações críticos que requerem uma mudança nos papéis (Meleis, 2010). A adaptação à parentalidade é um momento único na vida dos pais. O aparecimento de perturbações do desenvolvimento tem impacto na vida de toda a família, sendo fundamental capacitar os pais com conhecimentos, que os permita exercer a sua função de forma eficiente. O EEESIP desempenha um papel preponderante na adaptação ao processo de parentalidade.

Em todos os ensinamentos clínicos desenvolvi esta competência. A participação da criança/jovem e família nos cuidados foi priorizada, com intuito de envolvê-los e potenciá-los para adquirir conhecimentos, habilidades e competências necessárias rumo à independência, bem-estar e gestão de processos específicos de saúde/doença. Conforme critério de avaliação E1.1.1. o EEESIP *negoceia a participação da criança e família no processo de cuidar*.

A comunicação terapêutica é essencial aos cuidados de enfermagem, interferindo diretamente, no sucesso do tratamento, na melhoria da prática de enfermagem e na obtenção de ganhos terapêuticos (Coelho & Sequeira, 2014). Dada a sua importância, torna-se imprescindível adequar a comunicação, ao nível de desenvolvimento e compreensão da criança/jovem, e da sua família. Em harmonização com a competência específica do EEESIP, E.1.1.2. *comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis*.

Entre as técnicas apropriadas, foi possível desenvolver, nos ensinamentos clínicos, a capacidade de adotar um discurso seguro, perceptível e eficiente, acompanhado por uma adequação da linguagem não verbal e paralinguística, como o toque, as posições físicas, a escuta e o silêncio. Essas estratégias utilizadas estão associadas a resultados positivos de saúde e a maior satisfação do utente (Lorié et al., 2017).

Na comunicação, também, é primado o respeito pelos direitos fundamentais da pessoa (criança/família), bem como, valorizado o seu contexto familiar, social e cultural. Segundo Norouzinia et al., (2016), a comunicação é um processo complexo, dinâmico e multidimensional, intimamente relacionado com o ambiente em que as experiências são compartilhadas, e assim sendo, a cultura vai influenciar a comunicação.

De acordo com o RCEEEESIP, o enfermeiro deve demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação e habilidades de adaptação da comunicação no

relacionamento com a criança/jovem e sua família, como expresso na nomenclatura E.3.3.1. referente à competência *presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem*. No Modelo de Parceria de Anne Casey (1993), a comunicação torna-se imprescindível nos cuidados de enfermagem, centrados na família e criança pois permite que efetivamente ocorra envolvimento, capacitação, negociação, participação e parceira de cuidados. Para esta teórica é da responsabilidade do enfermeiro o ensino, a orientação e o apoio específico à família, bem como, o encaminhamento para outros profissionais diferenciados (Casey, 1993). A capacitação e o empoderamento das famílias promovem condições facilitadoras do desenvolvimento infantil (Hockenberry & Wilson, 2019).

Dado que a primeira abordagem à criança é fundamental para o sucesso da intervenção, utilizei como estratégias o posicionar ao nível da criança, a linguagem afetuosa, com tom de voz apropriado, o recurso à brincadeira, o desenho e o jogo como formas de estabelecer uma relação de confiança e de proximidade (Hockenberry et al., 2019), bem como, o uso do humor para proporcionar um ambiente leve e feliz (Martin & Ford, 2018).

A adoção destas estratégias colide com os princípios para a promoção do desenvolvimento da criança descrito no Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Volume I), o “reconhecer o brincar como atividade basilar do desenvolvimento infantil”, promovendo “o desenvolvimento psicomotor, moral, ético, estético e espiritual” (OE, 2010). É através da brincadeira que a criança aprende e explora o seu mundo e conseqüentemente adapta-se ao mundo real (Hockenberry et al., 2019), sendo uma forma de expressão de sentimentos e de comunicação.

No decurso dos ensinamentos clínicos, a brincadeira facilitou a comunicação com a criança. Por exemplo, a utilização do brinquedo terapêutico, antes e durante a realização da punção venosa, permitiu demonstrar o procedimento e minimizar a insegurança e o medo/ansiedade das crianças. Verifiquei que as crianças se tornaram mais colaborantes durante o procedimento e os próprios pais mais confiantes.

Outra vertente da comunicação, é a transmissão de más notícias, que foi desenvolvida no ensino clínico de cuidados paliativos pediátricos. Quando a quimioterapia, a cirurgia ou a radioterapia são ou passam a ser inviáveis, a comunicação de más notícias em pediatria emerge. Comunicar este tipo de notícias, implica o envolvimento da equipa de saúde, porém, é reconhecido que a sua eficácia depende do vínculo entre os envolvidos, a sensibilidade do profissional, bem como, do contexto cultural, social, educacional e familiar (Zanon et al., 2019). Segundo estes autores, a comunicação deve ser honesta, empática e

objetiva. Houve a oportunidade de acompanhar uma criança de 4 anos e os seus pais durante o seu tratamento oncológico, no dia em que foram comunicadas as más notícias e durante o seu internamento em cuidados paliativos.

A relação de confiança entre as crianças, os pais e a equipa de saúde exige, sempre que possível, a manutenção dos mesmos profissionais de saúde nas diferentes fases do processo, desde o diagnóstico, tratamento e fase terminal. Esta presença consistente de caras familiares ao processo, a disponibilidade, a escuta ativa e a empatia são fundamentais durante todo o processo de tratamento.

A comunicação de notícias difíceis é uma tarefa complexa e desafiadora, como presenciado no hospital dia oncológico e no serviço de internamento de pediatria. Algumas das estratégias utilizadas pelos enfermeiros e pediatras, foram o diálogo empático, a escuta ativa, a presença física, a sinceridade, a adequação do local e dos momentos certos, o respeito e o apoio. Estas estratégias estão em consonância com a melhor evidência disponível, sendo um exemplo de boas práticas. Foi possível constatar que, através destas estratégias, os enfermeiros fortalecem a relação estabelecida com a criança e a família, tornando-se o elo principal entre a equipa multidisciplinar e a criança/família (Rodrigues et al., 2021).

Outro exemplo de potenciação e de maximização da saúde da criança ocorreu no serviço de pediatria, perante uma criança hospitalizada com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 (DMT1). O foco dos cuidados foi a capacitação dos pais e da criança sobre a gestão da doença (sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, administração de insulina e alimentação equilibrada) e a articulação com *elo de ligação* da Diabetes do serviço, que posteriormente articula com a equipa específica, que estabelece a ponte com a comunidade escolar, com a restante família e profissionais.

A Diabetes Mellitus (DM) é a doença crónica mais frequente na idade adulta, no entanto, pode surgir na infância e na adolescência. Estima-se que 1,2 milhões de crianças e adolescentes no mundo tenham DMT1, e em alguns países tem-se verificado um aumento de casos de DMT2 em crianças mais velhas associadas à obesidade e ao sedentarismo (International Diabetes Federation, [IDF] 2021). O diagnóstico tardio, ou o inadequado controlo da doença, podem resultar em complicações debilitantes, irreversíveis e até à morte precoce (OMS, 2021). Deste modo, a deteção precoce da DM e o início do tratamento são momentos cruciais para a gestão da doença e para a prevenção de complicações. A determinação da glicemia permite ajustar a insulina, prevenir as complicações da hipoglicemia e hiperglicemia e minimizar os seus efeitos (OE, 2011a). Consequentemente, um adequado controlo dos valores glicémicos previne as complicações macro e

microvasculares (Graves & Donaghue, 2019). Sendo a DM uma doença crónica requer monitorização contínua ao longo da vida, tornando-se fulcral o apoio e a articulação com diferentes profissionais, nomeadamente com o nutricionista, com o psicólogo e com o médico (Hamilton et al., 2017).

O EEESIP desempenha um papel ativo no diagnóstico precoce, no tratamento e na manutenção, sendo o profissional de saúde com maior proximidade à criança e às suas famílias, exercendo cuidados de enfermagem holísticos, centrados na família, considerando os seus estilos de vida e contextos em que estão inseridos (Hamilton et al., 2017). Como tal, tornou-se fulcral a educação para a autogestão, o apoio emocional, o ensino sobre a importância do controlo da glicemia, da dieta, da atividade física (Tang et al., 2022), o fornecimento de estratégias de *coping* e motivacionais às crianças e a promoção da capacitação familiar (Hamilton et al., 2017).

Como defende o RCEEEESIP de 2018 o enfermeiro “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (p. 19193), bem como, “demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas” (p. 19193). Neste sentido, aprofundei o conhecimento sobre a DM na infância por meio de pesquisa bibliográfica, consultei o procedimento disponível no serviço, o guia orientador de boas práticas da OE volume 2 intitulado “Assistir a criança com diabetes mellitus I”, consultei o Manual de formação para os profissionais de saúde e de educação de 2019, solicitei o apoio à colega do *elo de ligação* da Diabetes, das colegas peritas na área e explorei o site da Associação Protectora dos Diabéticos de Portugal (APDP) e da Sociedade Portuguesa de Endocrinologia e Diabetologia Pediátrica (SPEDP).

No primeiro contato com a criança e família, demonstrei o procedimento de avaliação da glicémia e negocieei com os mesmos quem seria o responsável pela próxima avaliação. Esta abordagem de parceria com a família e criança, por meio da negociação, teve como intuito delinear, em conjunto, as melhores estratégias potenciadoras da assunção de papéis em saúde. No plano de cuidados foram incluídas as preferências e as rotinas da criança, bem como, o nível de participação dos pais. Para promover a autonomia dos pais e da criança no cuidado, foi definido como foco especial a educação para a saúde, que se irá repercutir na promoção da Literacia em Saúde (LS) parental.

As intervenções de enfermagem incidiram no ensino sobre a gestão do regime terapêutico (doses de insulinas, locais de administração); os estilos de vida saudáveis; a prevenção de complicações; o controlo glicémico e a sua interpretação; a supervisão na

aprendizagem sobre a gestão do regime medicamentoso; o incentivo à adesão terapêutica; bem como o elogio perante a aprendizagem de habilidades (OE, 2011a). Além disso, foi considerada a importância da colaboração com o enfermeiro responsável pela saúde escolar, a fim de fornecer informações e capacitar o pessoal docente e não docente dos estabelecimentos de ensino, e de fomentar a participação integral das crianças e jovens com DM de forma segura e plena no ambiente escolar. Neste âmbito, foi responsabilidade do *elo de ligação* da Diabetes estabelecer contato com o serviço responsável pelos ensinamentos à criança/família e a escola onde está inserida.

Outra oportunidade de desenvolvimento desta competência específica ocorreu na unidade de neonatologia. Foi identificada a necessidade dos pais adquirirem conhecimentos específicos sobre as competências sensoriais e comportamentais do recém-nascido (RN) e os cuidados ao mesmo. Alguns das orientações aos pais incidiram sobre os cuidados de higiene, mais especificamente na limpeza correta da região genital. Noutros contextos da prática clínica, foi observada a inadequada higienização no momento da troca de fralda e/ou durante a limpeza para colocação de saco coletor para colheita de urina.

O período neonatal é uma fase considerada vulnerável, dada a imaturidade, fragilidade e dependência do RN, e dada a necessidade de adaptação dos pais à parentalidade. Essa transição pode ser desafiadora. A falta de apoio familiar, educacional ou sociocultural, associada aos medos, receios e preocupações dos pais, leva-os a procurar atendimento na urgência pediátrica, durante o primeiro mês de vida. É importante, observar que essas idas, na maioria das vezes, não envolvem situações de urgência médica (Garcia et al., 2016).

No SAPP, ocorreu uma situação com uma família que procurava ajuda por causa do choro noturno do RN. Foi constatado que os pais se encontravam nervosos e com sinais de privação do sono. Os mesmos relataram dificuldades em descodificar o choro do RN. Após observação médica, avaliou-se o padrão alimentar, de eliminação e de sono do RN e as práticas e conhecimentos dos pais, conforme orientação do RCEEEESIP, mais especificamente da alínea E.1.2.7. *avalia conhecimentos e comportamentos da família relativos à saúde*. Após essa abordagem, concluiu-se que esses episódios estariam relacionados com a cólica infantil.

De facto, a cólica infantil é uma das principais razões da ida às consultas, nos primeiros meses de vida. Trata-se de um fenómeno benigno e autolimitado que ocorre na maioria das crianças durante os primeiros meses de vida. Pode ser caracterizada como episódios de choro incontrollável e constante, habitualmente, durante a noite, frequentemente

acompanhados de irritabilidade, agitação, contração das pernas, distensão abdominal e punhos serrados (Saraiva et al., 2021).

A etiologia da cólica infantil é desconhecida, pelo que o seu tratamento é multifatorial (Girão, 2016). É reconhecida a importância do aconselhamento parental para melhorar a qualidade de vida do RN e dos pais (Saraiva et al., 2021). Como tratamento não farmacológico, temos a modificação da dieta da mãe e/ou RN, a prática de eructar após amamentação e/ou alimentação por biberão, a massagem infantil, os passeios de carro, o segurar e embalar, o recurso a música e a utilização da chupeta (Cohen-Silver & Ratnapalan, 2009; Mendes, 2014; Girão, 2016). Nesta situação específica, foi explicado aos pais o eructar e a importância da sua realização após as mamadas, foram discutidos os alimentos que a mãe consome que podem contribuir para as cólicas e ensinada a técnica de massagem infantil (Saraiva et al., 2021).

Uma outra situação particular que levou os pais a recorrer ao SAPP foi a regurgitação após a alimentação por aleitamento materno de um RN. Foi explicado aos pais que o refluxo gastroesofágico se encontra associado à imaturidade do sistema digestivo, não havendo motivo de alarme, visto que o RN não apresentava outra sintomatologia/manifestação. Foram igualmente fornecidas orientações para diminuir a ocorrência de regurgitação (Sherman et al., 2009; Drew et al., 2015).

A maximização da saúde da criança está intrinsecamente relacionada com as questões da LS. O nível de LS dos pais afeta a saúde e o desenvolvimento infantil, nomeadamente, a promoção da saúde, a prevenção da doença e os cuidados durante a doença (Goes, 2019). Em Portugal, metade da população apresenta nível de LS inadequados/reduzidos, o que se tem refletido no aumento significativo de hospitalizações, no aumento do número de visitas à urgência, na dificuldade em aderir ou manter tratamentos e participar na tomada de decisão (Goes, 2019). De modo a reverter este panorama, a DGS apresentou o Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021, em que identificou os pais e cuidadores como alvos prioritários, no início do ciclo de vida (DGS, 2019).

Imensas foram as oportunidades de constatar a necessidade de promover a LS dos pais, durante este percurso académico. No ensino clínico realizado no CS, uma mãe revelou dificuldade em identificar os sinais de boa pega e de saciedade. Segundo Kaufman et al. (2001), citado por Goes (2019), mães com nível de LS mais baixos revelaram menor probabilidade de manter a amamentação por mais de dois meses, o que salienta a importância de investir na promoção da LS parental.

Atualmente, na *era digital*, a maioria do pais têm fácil acesso à informação sobre determinado tema pela internet e deparam-se com informações contraditórias e pouco credíveis (Smith & Magnani, 2019). Esta realidade, exige que o EEESIP valide a qualidade e pertinência da informação encontrada para que os pais adotem comportamentos potenciadores de saúde, em harmonização com o critério de avaliação E.1.1.5. *procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.*

Curiosamente, através de alguns relatos de pais sobre os fatores inibidores à adaptação parental, foi reconhecida a inexistência de contato com crianças menores e a sua relação com o nível de conhecimento dos pais. Os pais com experiências anteriores com crianças, apresentam um nível de conhecimento superior e autoeficácia parental (Cardoso, 2011).

No estágio de CS foram aprofundados conhecimentos sobre o Plano Nacional de Vacinação (PNV) promovendo o seu cumprimento e aproveitando o momento para realizar consultas de vigilância, reduzindo o número de deslocações ao CS. Foi detetado um incumprimento do PNV. Encontrava-se em atraso a vacina recomendada contra a hepatite B (VHB), que é administrada na maternidade. Esta deveria ser administrada o mais brevemente possível no período neonatal. Os pais foram informados e esclarecidos sobre esta situação, porém recusaram a sua administração. Enquanto profissional de saúde, compete ao EEESIP “divulgar o programa, motivar as famílias e aproveitar todas as oportunidades para vacinar” (PNV, 2020). Neste sentido, os pais foram informados, e alertados para a importância da vacinação na proteção da saúde do seu filho e das outras crianças/comunidade, mas mantiveram a sua decisão. Essa decisão informada, foi respeitada, tendo sido fornecido o consentimento de recusa da administração da vacina. O consentimento é transversal aos cuidados de enfermagem, salvaguarda o respeito pela autonomia da pessoa e sua autodeterminação e a promoção do seu bem, no exercício da liberdade responsável. Significa que reconheço a pessoa como capaz de decidir e agir, considerando a mesma como autónomo e independente, com crenças e valores próprios que devo respeitar. Como tal, qualquer intervenção de enfermagem é realizada se a pessoa permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido. O consentimento decorre do respeito pela dignidade humana, consagrado no artigo 1º e incluído no exercício da liberdade individual, sendo um direito fundamental, expresso no artigo 27º da Constituição da República Portuguesa (2005).

Foi reforçada a informação de que, em qualquer momento, os pais poderiam recorrer ao CS para vacinar o seu filho. Entretanto, aceitaram a realização do rastreio de

doenças metabólicas, tendo sido esclarecidos sobre quais as doenças rastreadas, o site a consultar e fornecido o folheto explicativo.

Os cuidados primários de saúde representam o primeiro nível de contato da criança, família e comunidade com o sistema nacional de saúde. São considerados os cuidados essenciais de vida segundo a Declaração de Alma-Ata (1978). No âmbito da comunidade, o EEESIP surge como elemento diferenciado que trabalha em parceria com a criança e família com o intuito de promover o mais elevado estado de saúde, prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança saudável ou doente e à sua família, identificar e mobilizar recursos e proporcionar educação para a saúde (OE, 2010; OE 2011a; OE, 2011b).

O EEESIP é parte integrante dos projetos de Educação para a Saúde no âmbito de Saúde Escolar, atuando de forma distinta com o objetivo de capacitar as crianças e jovens para decisões informadas e conscientes em termos de saúde. Neste sentido, mostrei interesse à Enfermeira Orientadora para participação em programas no âmbito da saúde escolar, em harmonização com o critério E.1.1.8 *intervêm em programas no âmbito da saúde escolar*. Deste modo, foi proposto pela Enfermeira Chefe uma formação sobre alimentação saudável e DMT1 aos alunos de uma escola primária. Este tema foi proposto pela diretora de turma, visto que recentemente foi diagnosticado a uma aluna DMT1. O Programa Nacional de Saúde Escolar baseia-se nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população infantil e juvenil, tendo como finalidade promover a saúde e os estilos de vida saudável e contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar, segundo a Norma nº 015/2015 da DGS. O objetivo da sessão foi de sensibilizar os colegas de turma para essa doença e para a importância de manter uma alimentação saudável. No apêndice A encontra-se o projeto da sessão de educação para a saúde intitulada: “Comer bem, crescer saudável”. Durante o processo foram selecionadas estratégias visuais, visto ser uma turma com características específicas, com crianças surdas e bilingues. O conteúdo incluiu a relação entre a alimentação equilibrada e a Diabetes, de forma simples e lúdica, com recurso a um vídeo da DGS, a jogos e a banda desenhada.

No ensino clínico de CS foram demonstrados conhecimentos sobre as doenças mais comuns na infância espetável no critério E.1.2.1. *demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementado respostas de enfermagem apropriadas*, transmitido informação pertinente aos pais/família de como prevenir, identificar as doenças e dos cuidados a ter, alertando para os sinais de alerta que justifique a necessidade de recorrer ao

serviço de urgência ou observação médica. Durante o período de ensino clínico foi comprovada a ocorrência da síndrome mão-pé-boca, da varicela e da pediculose.

Cada criança é única, pelo que é importante conhecer o contexto em que está inserida e sua família. O conceito de família alterou-se ao longo das épocas e resultou em diferenças significativas transculturais na forma como os membros da família se identificam como parte dela, bem como, nas expectativas em relação aos papéis e funções de cada membro e da família como um todo (Nozes, 2018). Como tal, é de extrema importância a avaliação cuidadosa da estrutura e do contexto familiar para adequar a prestação de cuidados àquela criança e família. Na consulta de enfermagem do desenvolvimento é possível avaliar a estrutura familiar e reconhecer redes de apoio à criança e família, como suporta o PNSJ.

Durante uma primeira consulta de saúde infantil foi identificado um RN e família em situação de risco. O RN estava inserido numa família nuclear, sem rede de apoio, a viver há pouco tempo na região, provenientes do Nepal, em situação de exclusão social, desemprego e pobreza. Aquando da avaliação física do RN, com 5 dias de vida, foi observado que estava icterício e com baixo peso ponderal. Foram questionados os pais relativamente à alimentação do RN, ao que referiram que era amamentado exclusivamente em livre demanda. Perguntado ainda sobre a média de horas entre cada mamada e o próprio comportamento do RN. Questionado à mãe se podia observá-la a amamentar a RN. Foi observada uma boa pega, adequada transferência de leite e lactogénese. Foi realizado o rastreio precoce de doença metabólicas recorrendo à amamentação como medida não farmacológica de alívio da dor. Foram fornecidas estratégias de estimulação para o RN permanecer com uma adequada transferência de leite, visto ser um comportamento recorrente. Avaliado a glicémia capilar (normoglicemia) por se encontrar pouco reativo e sonolento. Contatado médica para observar o RN, que deu indicação para encaminhamento para o serviço de urgência devido a icterícia neonatal e a baixo peso ponderal.

Durante a consulta de enfermagem, após visualizar o histórico clínico, nomeadamente a nota de alta médica e de enfermagem hospitalar, apercebeu-se que mencionavam a orientação para suplemento com leite artificial no domicílio por causa da perda de peso do RN e descreveram situação social e económica “favorável”. Constatado naquele momento que não adquiriram o biberão e o leite artificial. Foram questionados sobre a possibilidade de estarem com dificuldades económicas. A resposta foi afirmativa, num tom baixo e envergonhado. Identificada esta situação, foi solicitado o apoio da assistente social e feita a articulação com as colegas especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica do CS para solicitar acompanhamento da recém-mamã, por causa do método

contracetivo que não consegue obter. Foram validados os conhecimentos dos pais sobre os cuidados ao RN. Perante a barreira linguística, recorreu-se à língua inglesa para facilitar a compreensão, o que foi eficaz.

De acordo com o princípio 4.º da Declaração dos Direitos da Criança (AGNU, 1959), a criança tem direito a uma adequada alimentação, habitação e cuidados médicos. Deste modo, foi solicitada a autorização para atribuição de médico de família, fornecido biberões, leite artificial e banheira para o RN, tendo sido agendada uma visita domiciliar. Foi igualmente, calendarizada uma próxima consulta de enfermagem para controlo do ganho ponderal e avaliação das competências parentais (respeitando a sua cultura nepalesa), bem como, uma consulta de enfermagem no domicílio. Nesse mesmo dia o RN ficou internado no serviço de obstetria para realização de fototerapia, vigilância do peso e apoio social.

Durante a consulta foi observado que a mãe não prestava cuidados ao RN, sendo estes assegurados pelo pai. Posteriormente, foi clarificado pelo pai que, culturalmente os cuidados ao RN por parte da mãe restringem-se à alimentação. Posteriormente, a colega explicou que, na cultura em questão, a mãe é considerada um elemento sagrado após o parto, precisando o seu corpo de recuperar energias. Esta situação é um exemplo de choque cultural, descrito por Leininger (Leininger, 1991).

Para lidar com essa situação, necessitei de desenvolver competências de cuidados culturalmente sensíveis, seguindo o Modelo Transcultural de Leininger. Esse modelo enfatiza a importância de compreender e incorporar as crenças, os valores e as práticas culturais da família na prestação de cuidados. No contexto da cultura em questão, isso envolveu o reconhecimento da diversidade cultural e a adaptação dos cuidados ao RN para respeitar e honrar as tradições culturais da família. Em síntese, este modelo oferece uma estrutura útil para considerar e integrar as dimensões culturais ao cuidar de RN na cultura nepalense, ajudando os profissionais de enfermagem a prestar cuidados culturalmente sensíveis e respeitosos (Leininger, 1991).

De acordo com o critério de avaliação E.1.1.1., *negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar* e ao E.1.1.9. *apoia a inclusão de criança e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais*. Numa das consultas de enfermagem no CDC a uma criança com trissomia 21, a mãe apresentou-se preocupada dado que seria o último ano da filha numa determinada instituição devido à idade. Segundo a mesma estava a ponderar rescindir o contrato laboral para poder ficar em casa a cuidar da sua filha. Neste caso específico, foram apresentados à mãe outros recursos disponíveis na comunidade, dando-lhes a oportunidade de escolha e

promovendo assim a inclusão da criança na comunidade. Estimular a inclusão destas crianças com necessidades especiais na comunidade/instituições de ensino é fundamental para o seu desenvolvimento. O enfermeiro tem um papel ativo na educação da comunidade para a não discriminação e preconceito.

### 1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade

Esta competência do EEESIP contempla as seguintes cinco unidades de competência, expressas no Regulamento n.º422/2018: “reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, e presta cuidados de enfermagem apropriados”; “faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”; “responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados”; “providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência”; e “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (p. 19193).

O desenvolvimento da competência de reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, ocorreu particularmente no ensino clínico desenvolvido no SAPP. A bronquiolite aguda tende a ocorrer em crianças com idade inferior a 23 meses durante a época epidémica e tem como fatores de risco: idade inferior a 6-12 semanas, história de prematuridade, exposição ao fumo do tabaco e diagnóstico de doença cardíaca congénita, doença pulmonar crónica do lactente, doença neuromuscular ou neurológica grave, imunodeficiência e síndrome de Down, segundo a Norma nº 016/2015.

A mesma norma esclarece que o recurso ao serviço de urgência deve ocorrer quando se verifica um dos seguintes critérios: dificuldade alimentar, letargia, apneia, polipneia, adejo nasal e saturações de oxigénio inferior ou igual a 94%. No SAPP, a observação física e monitorização dos sinais vitais de uma criança, permitiu identificar rapidamente estes critérios. Neste âmbito foram reconhecidas e prevenidas situações de instabilidade hemodinâmica e atuado pronta e adequadamente, através da mobilização de conhecimentos para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória, como transcrito no *critério de avaliação E 2.1.1.*

Foi preparada a aerossolterapia, de acordo com a prescrição médica, esclarecidas dúvidas dos pais e explicada, através de uma linguagem clara e simples, a importância da

realização da terapêutica, bem como, ensinada e demonstrada a lavagem nasal com soro fisiológico e validado conhecimentos. Foi estabelecido com os pais/familiar uma parceira de cuidados, na administração da terapêutica, através do seu envolvimento e a participação.

Nos diferentes contextos de ensino clínico houve a oportunidade de prestar cuidados à criança em situação de doença aguda, promovendo o seu bem-estar e o alívio da dor. A dor na criança é uma experiência subjetiva que poder ser mensurada por meio de instrumentos de avaliação da dor, adequados à idade. A avaliação da dor é reconhecida como o primeiro passo para se alcançar o tratamento eficaz, seja farmacológico ou não farmacológico ou associado (Candido & Tacla, 2015). As intervenções não farmacológicas representam um recurso importante no alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as medidas farmacológicas (OE, 2013). São exemplo de intervenções não farmacológicas a amamentação, a presença dos pais, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose, o colo/embralar, a distração com brinquedos, música, vídeos, o reforço positivo, com recurso aos certificados e aos autocolantes, bem como, a preparação da criança, explicando o procedimento de acordo com a idade.

O Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor, salienta a importância da formação contínua e atualizada do profissional de saúde e da sensibilização da população para uma adequada gestão da dor e promoção da LS (DGS, 2017). Neste âmbito, tive a oportunidade de operacionalizar o protocolo existente no CS, “Vacinas sem dói-dói”, que incluía a recomendação aos pais da aplicação do EMLA® uma hora antes do momento da vacinação e na avaliação da dor, através das escalas da dor (adequadas à idade), antes, durante e após o procedimento.

Foram igualmente realizados ensinamentos aos pais/crianças sobre medidas não farmacológicas e farmacológicas de alívio da dor de acordo com a idade e o peso. Muitas dessas medidas eram escolhidas/decididas pela criança e pela família/pais. É possível afirmar que através da aplicação de conhecimentos sobre a saúde e o bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança foi garantida a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor e mobilizados conhecimentos em medidas não farmacológicas. Deste modo, foi assegurada a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança.

Em contexto hospitalar, foram prestados cuidados à criança e às famílias com doenças crónicas, estabelecendo uma relação de parceria e empática com as mesmas, através da escuta ativa, expressão de sentimentos e desenvolvimento de estratégias promotoras de esperança (OE, 2010). Foi presenciado no internamento situações de grande vulnerabilidade enfrentadas por familiares de crianças hospitalizadas com doenças crónicas, especialmente

duas crianças com paralisia cerebral com quadro de infeção respiratória. Constatei o cansaço e a sobrecarga das mães que ali se encontravam. Estudos revelam que as famílias experienciam sobrecarga física e emocional agravada pela falta de apoio para partilhar responsabilidades diárias e, muitas vezes, associadas a condições precárias para o seu descanso e higiene no ambiente hospitalar (Vaz et al., 2022). As mães destas crianças demonstraram um compromisso inabalável em cuidar dos seus filhos, mesmo quando estão em situação de exaustão, reconhecendo-se como vitais na recuperação. Foi importante este contato no ensino clínico, pois possibilitou a compreensão e a importância do desenvolvimento de estratégias de cuidado mais inclusivas e eficazes, sendo fundamental incentivar a participação da família e a criação de redes de apoio, reconhecendo que o cuidado de uma criança com doença crónica é uma jornada que afeta não apenas a criança, mas toda a família e a sua dinâmica.

Foi enfatizado, neste caso particular, a importância da disponibilidade e a necessidade de identificar as necessidades das mães e das suas vontades e preferências. Prevalece a necessidade de uma formação mais qualificada para os profissionais de enfermagem, visando abordar de maneira holística o cuidado à saúde da família e da criança com condições crónicas. É fundamental adotar estratégias de suporte que minimizem as dificuldades enfrentadas pelas famílias e promovam o seu empoderamento (Vaz et al., 2022).

A esperança é uma vivência subjetiva, imersa de crenças culturais e religiosas. A sua promoção implica o respeito pelas metas e planos delineados pelos pais e o estabelecimento de uma escuta ativa. Um dos princípios da intervenção em esperança consiste na formação aos pais sobre como lidar com a doença/perturbação do filho, em prol do desenvolvimento da respetiva autonomia e qualidade de vida. Nos cuidados à criança/jovem e família foi privilegiada a expressão de sentimentos, o suporte emocional, bem como, o reforço positivo e a valorização do papel dos pais (OE, 2011b). Foi observada uma relação de confiança, de escuta ativa e de instilação de esperança entre a enfermeira especialista do CDC e as famílias. Foi notória a estreita ligação estabelecida, justificada por acompanhar todas as crianças desde a primeira consulta e por ser a única enfermeira na equipa.

A família vivencia sentimentos de negação, com gradual aceitação e adaptação (OE, 2011b). Ser cuidador de uma criança com perturbações do desenvolvimento é um desafio acrescido, pois surge a rutura com o seu projeto parental, podendo ocorrer sentimentos de fracasso, de culpa e de frustração (Antunes, 2018). As reações emocionais que os pais experienciam são semelhantes às emoções observadas pela morte de alguém querido, sendo

assim possível se considerar um processo de luto. Este processo está dividido em etapas distintas, nomeadamente o choque, a negação, a tristeza, a raiva e a ansiedade, o equilíbrio e, por fim, a reorganização (Tamez, 2017). Uma das principais preocupações da família após adaptação à nova realidade relaciona-se com os apoios governamentais, de saúde e sociais (Galvão et al, 2018). Estes pais apresentam um conjunto de necessidades específicas.

Habitualmente as crianças usufruem de terapias no CDC, duas a três vezes por semana, o que exige uma adaptação de toda a família. Segundo o discurso de alguns pais, a existência de mais filhos, as exigências de cuidados especiais diários, exige um maior esforço na gestão familiar e na conciliação com a vida profissional. Esta perceção parental é corroborada por Galvão et al. (2018) ao referirem que a necessidade de cuidados especiais e contínuos tem impacto a nível da dinâmica familiar, a nível financeiro, na qualidade de vida física e psíquica de todos os membros da família e, também impacto na relação mãe-filho.

Recorrendo ao modelo de Bronfenbrenner (2011), a família é o sistema que mais influencia o desenvolvimento da criança. É onde se desenvolvem as aprendizagens mais significativas e onde começa o processo de socialização, não descurando os restantes níveis que influenciam a criança, o seu ambiente ecológico, como exemplo a escola, os recursos da comunidade e o trabalho dos pais. Assim, o EEESIP deve ter sempre presente as interações da criança com os restantes níveis e as interações entre níveis.

A família é definida como um sistema relacional formado pela união de pessoas de diferentes idades e géneros que partilham um projeto de vida comum, existindo um compromisso pessoal, reciprocidade e dependência. A diversidade de formas familiares tem sido amplamente reconhecida. A família é uma unidade fundamental da sociedade, com enorme significado tanto para o indivíduo, como para a economia (UN Women, 2019).

Outra situação que permitiu o desenvolvimento da competência em análise envolve uma mãe jovem, solteira, que cuida dos seus dois filhos com perturbação do espectro do autismo, com o apoio da avó materna, quando esta está impossibilitada devido ao trabalho. Esta dinâmica familiar ilustra vários desafios comuns enfrentados por famílias com crianças com este tipo de perturbações. A avó materna desempenha um papel crucial de apoio na vida dos netos, o que reflete a natureza dos laços familiares e a necessidade de apoio mútuo. No entanto, a avó expressou cansaço e frustração devido à responsabilidade constante de cuidar dos netos, quando não estão na creche, bem como, de lidar com comportamentos desafiadores, como birras e agressividade física. Este testemunho destaca a sobrecarga física e emocional, que muitas famílias enfrentam, devido às demandas especiais e ao stress adicional associado ao comportamento desafiador (Guedes, 2020). A avó demonstra

enfrentar desafios em relação à sua própria identidade e competência ao lidar com as demandas dos netos. Além disso, o stress conjugal e o conflito parental, observados em famílias com estes desafios, pode afetar negativamente o bem-estar emocional de todos os membros da família. Estas famílias necessitam de apoio emocional e afetivo.

Em suma, a situação apresentada reflete os desafios emocionais e práticos enfrentados por famílias com crianças com autismo e ressalta a importância de oferecer apoio tanto em termos de identidade pessoal quanto de apoio afetivo emocional. É fundamental reconhecer a complexidade dessas dinâmicas familiares e oferecer recursos e orientações adequadas para ajudar a família a enfrentar esses desafios (Guedes, 2020).

Estima-se que, em cada ano, nascem cerca de 15 milhões de prematuros no mundo, número que tem vindo a aumentar nos últimos tempos (Nações Unidas, 2022). O nascimento de um RN pré-termo é um acontecimento inesperado para os pais, em particular para as mães que, durante o decorrer da gravidez, idealizavam uma criança menos vulnerável. O período imediato após o nascimento é caracterizado como crítico em termos de desenvolvimento do apego (Tamez, 2017). Quando ocorre um parto prematuro, há uma interrupção nesse processo. A separação entre a mãe e o prematuro decorrente do internamento pode dificultar a construção do vínculo (Cruz et al., 2016; Palomares et al., 2021).

Como salientado por Palomares et al. (2021), a prematuridade pode afetar negativamente a transição para a parentalidade. Portanto, é essencial que o EEESIP promova a transição para a parentalidade e compreenda as suas particularidades, recorrendo para tal à teoria das Transições (Meleis, 2010). No primeiro contato com seu filho na unidade de neonatologia, os pais podem apresentar uma distância emocional e uma percepção não realística. As reações emocionais que os pais experimentam são semelhantes às emoções observadas num processo de luto (Tamez, 2017). O EEESIP “utiliza estratégias promotoras de esperança realista” bem como, “facilita a comunicação expressiva de emoções”, citado no Regulamento n.º 422/2018. É importante conhecer as preocupações e dificuldades sentidas pelos pais, para atuar eficazmente junto dos mesmos. A presença dos pais nas unidades é imprescindível aos cuidados ao filho, devendo ser fomentada a parceria (Tamez, 2017). Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica aludem que da intervenção do EEESIP resulte a promoção da autonomia dos pais através do incentivo (e encorajamento) à participação dos mesmos nos cuidados a desenvolver junto dos seus filhos, mediante avaliação e apoio regular no desenvolvimento da parentalidade, como salientado no Regulamento n.º 351/2015.

Quando uma mãe é privada de visitar a seu filho na unidade, por exemplo, por se encontrar com pneumonia, há um claro desafio na promoção da parentalidade entre esta mãe e o seu filho. Pode ser sugerido ao pai tirar uma fotografia ao RN para mostrar à mãe, criar condições para que a mãe extraia leite materno (LM), se for da sua vontade, explicando os seus benefícios para o filho e para a própria. A realização de uma videochamada, a solicitação à mãe de uma peça de roupa com o seu cheiro para o filho são outras das possíveis estratégias a serem adotadas.

Constatee nos diversos contextos de prática clínica que habitualmente os pais estão presentes e querem participar. No entanto, deparei-me com a recusa de um pai em estar presente aquando da colheita de sangue, apesar de reconhecer os benefícios do seu envolvimento. A presença dos pais durante os procedimentos pode reduzir a ansiedade e dor da criança (González et al., 2023), porém, a sua decisão deve ser respeitada. Nesta circunstância, utilizamos estratégias de distração para minimizar a ausência do pai, organizamo-nos no sentido de uma colega confortar a criança e explicamos de forma simples o procedimento e sugerimos cantarmos todos juntos uma música. A adoção destas estratégias demonstram-se eficazes, pois a criança durante o procedimento permaneceu recetiva e colaborante.

A maioria das crianças tem medo do desconhecido, sendo a principal causa de insegurança e ansiedade (Diogo et al., 2016). Como tal, é fundamental, de acordo com a sua faixa etária e nível de compreensão, explicar o que está a acontecer ao seu redor. Constatei o medo relacionado com a dor associado a agulha (colheita de sangue), bem como, o desconhecimento perante o ambiente e as pessoas. O EEESIP desempenha um papel fundamental na gestão dos medos, intervindo não só com estratégias de lazer (ex.: distração, jogo, música) mas também através do carinho, simpatia, sorriso, afeto, positividade, empatia e humor (Diogo et al., 2016). Sendo privilegiado o envolvimento dos pais de forma a minimizar o sofrimento físico e emocional, e valorizadas estratégias de humanização e de cuidados não traumáticos. Segundo os mesmos autores os cuidados de enfermagem são humanizados e afetivos onde há espaço para o diálogo e compreensão das emoções.

### 1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem

A competência “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem” contempla quatro unidades de

competência: “promove o crescimento e o desenvolvimento infantil”; “promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais”; “comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura”; “promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”, como enunciado no Regulamento n.º 422/2018.

No que concerne à promoção do crescimento e do desenvolvimento infantil, no contexto dos cuidados de saúde primários, foram planeadas e realizadas consultas de enfermagem com o objetivo de vigiar, manter e promover a saúde infantil e juvenil de acordo com preconizado pela DGS, segundo a Norma n.º 010/2013. Ao longo do ensino clínico foram promovidos o crescimento e o desenvolvimento infantil, a imunização contra doenças transmissíveis (conforme o PNV), promovido a vinculação, a amamentação, a saúde oral, a prevenção dos acidentes e intoxicações, bem como, a prevenção dos maus-tratos e das perturbações emocionais e do comportamento.

Cada consulta foi única, sendo um momento singular de cada criança e família. Houve a possibilidade de avaliar as necessidades parentais e apoiar através dos ensinamentos. O enfermeiro tem um papel fundamental enquanto facilitador de informação, de catalisador de mudanças e de desenvolvimento de estratégias internas. Foi avaliado o conhecimento da família relativamente ao desenvolvimento do seu filho e procuradas oportunidades de intervir em parceria com a família, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores do desenvolvimento infantil com estratégias distintas.

Avaliei o crescimento e o desenvolvimento, e registei os dados obtidos nos suportes próprios, informático e no boletim de saúde infantil e juvenil. O desenvolvimento infantil é um dos focos de atenção do EEESIP. A sua avaliação encontra-se inserida na consulta de vigilância de Saúde Infantil por idades-chaves, correspondendo a acontecimentos importantes na vida da criança, incluindo as etapas do desenvolvimento físico, psicomotor, cognitivo e emocional, a socialização, a alimentação e a escolaridade, de acordo com a Norma n.º 010/2013. O desenvolvimento infantil é multidimensional, é um processo dinâmico que varia de criança para criança, porém, a sequência de aquisições é conhecida e comum a todas as crianças (OE, 2010). Assim, a promoção do desenvolvimento infantil consiste em ajudar a criança a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo, em parceria com a família (OE, 2010).

A avaliação do desenvolvimento pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação. Uma das pioneiras na vigilância e deteção precoce de problemas no

desenvolvimento foi Mary Sheridan, sendo o seu instrumento de avaliação utilizado em diversos contextos. As escalas e testes de rastreio constituem instrumentos que servem como “padrão de referência da normalidade” na consulta de saúde infantil, conforme apresentado na Norma 010/2013 da DGS. O instrumento de avaliação utilizado no CS e no CDC é a escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil, dos 0 aos 5 anos de idade, a Schedule of Growing Skills II (SGS II).

Tive a oportunidade de desenvolver competências na aplicação desta escala e constatei que para uma avaliação adequada do desenvolvimento da criança é fundamental a observação crítica, desde o momento em que a criança entra no gabinete de enfermagem, até que saí, nomeadamente, a observação da criança quando se encontra junto do pais, como brinca, interage e como se movimenta.

A referida escala divide-se em 9 áreas de competência, contemplando 179 itens de avaliação na sua globalidade. É aplicável em idades-chaves sincronizadas com pontos de viragem marcantes no desenvolvimento infantil. A sua aplicação pressupõe o uso de recursos materiais próprios e a preparação prévia do profissional que a aplica. A aplicação da escala de avaliação SGS II é de fácil e rápida utilização. A visualização através de uma síntese gráfica do desenvolvimento facilita a compreensão dos pais sobre o desenvolvimento do seu filho, em que “nível se encontra” e os seus progressos.

Constatei que há a tendência dos pais se focarem apenas nas limitações dos seus filhos, com pouca perceção das suas potencialidades. Ao observar o resultado dessa síntese gráfica do desenvolvimento (comparando com avaliações anteriores) os pais ficam sensibilizados e despertados para as áreas potenciais e não se limitam apenas às limitações e dificuldades dos seus filhos. É importante ajudar as famílias a adquirir uma postura proativa perante a situação de perturbações do desenvolvimento e potenciar as mesmas para melhorar os conhecimentos sobre as estratégias promotoras de desenvolvimento, pelo que o reforço positivo das competências e qualidades da criança é uma estratégia a adotar.

Em conversa informal com a enfermeira especialista do CDC e com uma colega de curso do MESIP surgiu a ideia de criar o jogo do avião no gabinete de enfermagem de forma a agilizar a avaliação da competência locomotora e de tornar a avaliação num momento divertido e de fácil colaboração da criança. A ideia foi rapidamente executada com a ajuda da colega de curso e foi um sucesso junto das crianças (Figura 1).

**Figura 1 - Jogo do avião no gabinete de enfermagem do CDC**



É fundamental que haja espaço e tempo para que a criança e a família formulem questões e esclareçam dúvidas. A enfermeira especialista centra a sua ação na criança e na família, identifica necessidades e avalia os seus conhecimentos sobre a perturbação. Segundo Galvão et al. (2018) as dificuldades dos enfermeiros centram-se na falta de conhecimento sobre a perturbação e abordagem à família, necessitando de formação nesta área. Os autores Neto et al. (2020) salientam ainda a necessidade de formação sobre a avaliação, a implementação e a promoção do desenvolvimento infantil, pois referem que o profissional de saúde possui um papel importante na orientação para a estimulação do desenvolvimento da criança em casa e para os cuidados básicos.

No apêndice B apresenta-se o planeamento e o registo de uma consulta de enfermagem, apoiados no modelo teórico de Betty Neuman (Neuman, 1995). Embora alguns parâmetros não tenham sido aplicados devido à natureza da vigilância da saúde infantil no CS, a aplicação desse modelo permitiu identificar tanto os stressores negativos que poderiam comprometer o bem-estar do sistema (a criança), relativamente ao desenvolvimento infantil, quanto os stressores positivos que protegem e promovem o desenvolvimento. Durante a consulta, a escala SGS II foi aplicada, com uma atenção especial aos sinais de alarme ou alerta, de forma a identificar e intervir nas situações necessárias, e a identificar necessidades adicionais de educação para a saúde da família.

Na consulta de enfermagem foi utilizado como instrumento de avaliação do desenvolvimento a escala de SGS II; mobilizados conhecimentos sobre a teoria de desenvolvimento pela idade chave da criança; competências esperadas pela idade; preocupação com as estratégias de estimulação do desenvolvimento e preparação para diversas temáticas e para os cuidados antecipatórios de acordo com PNCJ (ex: alimentação, saúde oral, infantário/escola, desenvolvimento, relação emocional/comportamento, segurança e prevenção de acidentes, atividades desportivas e culturais, hábitos de sono, higiene e conforto, eliminação vesical e intestinal, sinais/sintomas comuns, brincadeiras ou atividades que estimulem o desenvolvimento infantil).

A infância é um período de grandes mudanças, a nível do crescimento e do desenvolvimento, influenciadas pelo contexto familiar, social, ambiental e biológico, que terão implicações na vida futura. Dada essa complexidade e vulnerabilidade é exigido aos enfermeiros uma atenção redobrada, na identificação precoce de possíveis alterações no desenvolvimento que possam comprometer o desenvolvimento infantil e a independência da criança/jovem (Neto et al., 2020).

Um dos objetivos da consulta de enfermagem é o rastreio precoce das perturbações do desenvolvimento, de modo a instituir uma rápida intervenção e a maximizar as potencialidades da criança. Os avanços científicos e tecnológicos conduziram a um aumento do número de crianças com deficiência/perturbações e com risco de atraso no desenvolvimento, exigindo implementação de programas de IP e de centros de desenvolvimento para fornecer suporte adequado às crianças e às suas famílias, ajudando-as a alcançar o seu potencial máximo e a melhorar a qualidade de vida, conforme o Regulamento n.º 351/2015. Os enfermeiros, os terapeutas ocupacionais, os fisioterapeutas, os psicólogos, entre outros profissionais, trabalham em conjunto para atender às necessidades específicas da criança e da família.

Segundo a Norma nº 010/2013 a deteção e apoio às crianças com comorbilidades, com doença crónica, com alterações no desenvolvimento infantil deve ser prioritário de modo a reduzir as desigualdades no acesso aos serviços de saúde.

Segundo o Decreto-Lei n.º 281/2009, cada criança em risco ou com necessidades especiais deve possuir um programa único e individualizado de vigilância e de promoção de saúde com objetivo de capacitar e potenciar. É da responsabilidade da equipa multidisciplinar identificar as necessidades especiais de cada criança e proporcionar um apoio adequado e contínuo.

A consulta de enfermagem implica, para além da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil, a avaliação da estrutura familiar, a avaliação do padrão de alimentação, a higiene e o conforto, o sono e a eliminação vesical e intestinal, conforme apresentado na Norma nº 010/2013. O enfermeiro possui um papel preponderante na educação e no aconselhamento. É imprescindível avaliar as necessidades dos pais e crianças de forma a adequar a sua atuação e reconhecer redes de apoio (OE, 2010). É importante questionar os pais se houve alguma intercorrência ou mudança desde a consulta anterior, como sugerido pela Norma nº 010/2013.

O ambiente da consulta, assim como as atitudes dos profissionais, podem influenciar o comportamento das crianças e dos pais. Deste modo, foi proporcionado aos pais um ambiente acolhedor para a expressão de sentimentos, expectativas, questões, preocupações, e foram utilizadas estratégias facilitadoras à aproximação da criança valorizando que cada criança tem o seu tempo e a sua forma de expressar/adaptar/lidar.

Realizei ensinamentos aos pais sobre o desenvolvimento infantil, forneci estratégias de estimulação/promoção do desenvolvimento infantil através da brincadeira e incentivei os pais/família na participação dos cuidados aos filhos e nas suas brincadeiras. Forneci informação sobre as brincadeiras e brinquedos adequados à idade para estimular o desenvolvimento infantil. Neste sentido, foram detetadas situações de alterações no desenvolvimento e fornecida informação importante para a estimulação das aptidões/competências e, em casos mais complexos, encaminhado para observação médica e esclarecido a possibilidade de ser necessário o apoio de outros profissionais relacionados com a área (ex: terapeutas da fala, fisioterapeutas, CDC).

A evidência científica atual enfatiza a importância da promoção de hábitos de sono saudáveis das crianças e adolescentes, como tal, foi valorizado essa temática nas consultas de enfermagem, em harmonização com o PNSIJ, segundo a Norma nº 010/2013.

Os cuidados antecipatórios abrangem a promoção de um ambiente de sono seguro, visando a prevenção da SMSL, que é a principal causa de morte nos países desenvolvidos (Azevedo et al., 2015). A importância da promoção de hábitos de sono saudáveis também é destacada no Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), que enfatiza a colaboração com a comunidade escolar para melhorar a literacia sobre hábitos de sono, conforme a Norma nº 015/2015 da DGS.

A identificação e a abordagem de problemas de sono são muitas vezes subvalorizadas, como percecionadas nos diferentes contextos de assistência à criança/jovem e família. Embora a consulta de saúde infantil seja indicada para a promoção do sono seguro

e saudável, estudos revelaram que os pais não recebem os esclarecimentos suficientes e recorrem a outras fontes e recursos para colmatar esse deficit. Constatei que pais que recorreram ao SAPP manifestavam dúvidas sobre o padrão de sono do RN. Deste modo, é importante que o EEESIP esteja sensibilizado para esta problemática, aborde essa questão durante as consultas de saúde infantil, disponibilize folheto informativo e desenvolva programas de saúde escolar para promover a consciencialização e a prática de hábitos de sono saudáveis.

No SAPP prestei cuidados de enfermagem a uma adolescente ucraniana e a sua mãe, residentes na ilha há 3 anos, mais especificamente, ajuste da tala gessada do membro inferior. Enquanto, as ligaduras eram removidas, a adolescente foi questionada sobre a sua adaptação ao gesso e às canadianas. Verbalizou estar tudo bem, contudo referiu que sofreu de *bullying* na escola. Perante a referência ao *bullying*, a mãe da adolescente pediu (em português) para que esta se calasse e distanciou-se da filha. Nesse momento, reforcei que não existia qualquer problema em abordar essa temática e que era importante a jovem poder exprimir os seus sentimentos. A mãe permaneceu fisicamente afastada da filha. Esta situação fez-nos refletir sobre que estratégias poderiam ser implementadas para responder eficazmente junto da adolescente e da mãe.

O *bullying* é reconhecido como um dos problemas mais significativos na adolescência em ambiente escolar. Deste modo, a escola representa um cenário relevante para a promoção de habilidades sociais e melhoria da saúde (Haraldstad et al., 2019). Neste sentido, reconheço a importância do EEESIP em intervir ativamente na comunidade escolar de forma a promover um ambiente seguro, com uma avaliação periódica, acompanhamento da criança vítima e de realização de sessões de sensibilização e de educação para a saúde.

Entretanto foi observado que o gesso estava danificado, e explicada a situação à criança e à mãe. No sentido de solucionar esta situação, foi contactado telefonicamente a colega da consulta externa e articulado com a administrativa para reativar seguro escolar, visto necessitar de observação pelo ortopedista. Providenciamos o reencaminhamento da criança e da mãe, com a assistente operacional, para a consulta externa para observação médica. Nesta situação específica, foram adequados os recursos existentes de acordo com a necessidade de cuidados.

A hospitalização e a necessidade de cirurgia são eventos perturbadores para a família, envolve a separação do ambiente familiar e entrada num ambiente estranho com pessoas desconhecidas (Ferreira, 2017). A hospitalização e a cirurgia podem representar uma experiência traumática, geradora de medos, de ansiedade e de ideias pré-concebidas. O

EEESIP desempenha uma função crucial na preparação da criança e família para a intervenção cirúrgica e para a hospitalização, com intuito de minimizar o medo e a ansiedade, promover a aquisição de competências para lidar com a situação de stress e contribuir para a autoconfiança da criança e da família (OE, 2011a). Quando a família sabe o que espera, a ansiedade associada à transição diminui (Meleis, 2010). A apresentação da equipa, do serviço, a demonstração dos equipamentos e dos materiais habituais no bloco operatório e no serviço, contribui para uma maior confiança e reduz a ansiedade e o medo do desconhecido (OE, 2011a). Na preparação da criança e da família é importante delinear estratégias de acordo com a idade/desenvolvimento da criança e nível cognitivo, estilo de confronto, experiências hospitalares vivenciadas e tipo de cirurgia (OE, 2011a). O EEESIP estimula a expressão de sentimentos pelos pais, a sua participação no cuidado, encorajando a sua presença junto da criança. É compreendido que o procedimento cirúrgico pode gerar medo e ansiedade pré-operatória nos pais e nas crianças, e várias causas específicas foram identificadas nos pais, como: separação da criança, preocupação com a anestesia; preocupação com a cirurgia; dor; idade inferior a um ano; primeira cirurgia; pais que trabalham na área de saúde (OE, 2011a).

A ansiedade dos pais é um fator que influencia e determina a ansiedade da criança. De forma a minimizar a ansiedade e medo dos pais é importante envolvê-los ativamente na preparação da criança (Ferreira, 2017). Nesse sentido, é essencial que os pais se mantenham calmos e procurem esclarecer as suas dúvidas e expressem suas preocupações junto do EEESIP. Além disso, permitir que a criança esteja acompanhada do seu brinquedo favorito pode ajudar a proporcionar um ambiente familiar, seguro e acolhedor (OE, 2011a). A evidência científica tem demonstrado consistentemente que a preparação da criança e da família para a cirurgia reduz significativamente a ansiedade, facilita a gestão da dor da criança e o controlo das emoções (Ferreira, 2017). A escolha do caso clínico apresentado no segundo estudo de caso (em apêndice C), resultou do acompanhamento desde a reunião pré-operatória ao momento da alta que permitiu estabelecer uma relação de confiança com a família e delinear um plano de cuidados adequado e individualizado.

### **1.3. Competências de Mestre em Enfermagem**

A atribuição do grau académico de mestre, na área especializada de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, está inerente ao MESIP. De acordo com o Decreto-Lei n.º 65/2018, a sua concretização implica o desenvolvimento e aprofundamento dos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo de estudos, o desenvolvimento de competências

em situações de maior complexidade, com uma responsabilidade acrescida em termos de investigação.

O programa de estudos proporciona o desenvolvimento de saber aplicar os conhecimentos a situações novas, em contextos alargados e multidisciplinares, uma maior capacidade para integrar novos conhecimentos, gerir questões complexas, desenvolver soluções, sem descuidar de uma responsabilidade ética e social. Assim, torna-se imprescindível o desenvolvimento e consolidação de competências de investigação, que concorram para uma Prática Baseada em Evidência (PBE). A PBE é definida como uma abordagem sistemática e consciente para a tomada de decisões clínicas, onde os profissionais de saúde integram as melhores evidências disponíveis com a experiência clínica e as preferências dos utentes para oferecer o melhor atendimento possível. A PBE visa garantir que as decisões e intervenções de saúde sejam informadas por evidências sólidas e confiáveis, que implica a consciencialização se determinada intervenção representa a melhor abordagem e traduz em resultados positivos para os utentes (Hockenberry et al., 2019).

Um estudo de RIL é uma ferramenta importante no processo de comunicação dos resultados de pesquisas, uma vez que nos proporciona a identificação e síntese do conhecimento produzido em diferentes estudos para uma questão específica.

A elaboração do estudo de RIL foi um marco significativo neste percurso de desenvolvimento de competências, pois despertou um genuíno interesse pela área da investigação, permitiu compreender as implicações da mesma na prática informada pela evidência e desenvolver competências para promover a investigação, com rigor científico e metodológico, no contexto da prática, bem como, a disseminação e a translação do conhecimento. A este respeito o estudo de RIL foi redigido em formato de artigo, de modo a ser submetido para a publicação numa revista com fator de impacto. Esse percurso formativo não apenas enriqueceu o repertório de conhecimentos teóricos e práticos, mas também impulsionou em direção a um compromisso duradouro com a investigação e o desenvolvimento contínuo de compreensão nas áreas de saúde infantil e pediatria.

Na mesma linha de raciocínio, os ensinamentos clínicos representaram uma etapa fundamental para consolidar e aplicar os conhecimentos adquiridos, bem como, proporcionar o contato com uma nova realidade que não estava familiarizada e estimulou a operacionalização dos conhecimentos, resultando em um enriquecimento significativo na formação. Os diferentes locais de ensinamentos clínicos possibilitaram um vasto leque de experiências que se revelaram essenciais para a compreensão da complexidade e dos desafios

inerentes à ESIP. Essa diversidade de situações clínicas permitiu adquirir competências práticas como futura EEESIP.

Adicionalmente, a oportunidade de aprender com profissionais peritos na área, foi fundamental para desenvolver melhores práticas. Aprimorei as minhas competências relativas à adequação dos princípios éticos e científicos em situações reais de cuidados de enfermagem, o que fortaleceu a capacidade de prestar cuidados especializados com responsabilidade e integridade.

Em resumo, as experiências nos diferentes contextos foram um componente essencial no percurso formativo, proporcionando a oportunidade de operacionalizar os conhecimentos teóricos, adaptar a novos contextos e adquirir competências práticas importantes para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/jovem e família.

A elaboração de dois estudos de caso e a sua posterior apresentação a um grupo de colegas do MESIP destacou a capacidade de comunicar de forma clara as conclusões, conhecimentos e o raciocínio subjacentes ao papel do EEESIP junto da criança e da família. Essa experiência permitiu transmitir de maneira eficaz o papel vital do EEESIP na prestação de cuidados de saúde pediátricos, promovendo uma compreensão abrangente desse campo de atuação.

A elaboração do presente relatório final, representa o ápice deste processo formativo, tendo desempenhado um papel crucial na análise e reflexão crítica das oportunidades de aprendizagem advindas dos ensinamentos clínicos, bem como, da aquisição e demonstração das novas competências desenvolvidas ao longo do percurso. Além disso, proporcionou ferramentas essenciais que serão fundamentais para sustentar um processo de aprendizagem contínuo ao longo do percurso profissional, fortalecendo assim o nosso compromisso com a melhoria contínua e a excelência da Enfermagem no domínio da saúde infantil e pediatria.

## **2. ESTUDO DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**

O sono constitui uma preocupação frequente dos pais. O EEESIP, requer conhecimentos, informados pela evidência científica, para promover um sono saudável e seguro. Porém, depara-se com múltiplas estratégias, que ao carecerem de evidência científica e de sistematização, poderão comprometer as boas práticas. O objetivo deste estudo de revisão integrativa da literatura é identificar estratégias, informadas pela evidência científica, que o EEESIP poderá adotar para promover o sono do lactente no primeiro ano de vida. Este capítulo é apresentado em formato de artigo científico, conforme orientações requeridas pela revista científica à qual foi submetido, que inclui: resumo, introdução, metodologia, resultados e interpretação, conclusão e referências bibliográficas. Com o título: “Promoção do sono do lactente no primeiro ano de vida: revisão integrativa da literatura”.

### **RESUMO**

**Enquadramento:** O sono constitui uma preocupação frequente dos pais. O Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, requer conhecimentos, informados pela evidência científica, para promover um sono saudável e seguro. Porém, depara-se com múltiplas estratégias, que ao carecerem de evidência científica e de sistematização, poderão comprometer as boas práticas.

**Objetivo:** Identificar estratégias, informadas pela evidência científica, que o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica poderá adotar para promover o sono do lactente no primeiro ano de vida.

**Metodologia:** Revisão integrativa da literatura, realizada em junho de 2023, em seis bases de dados eletrónicas, através da plataforma EBSCOhost.

**Resultados:** Da análise dos nove artigos, identificou-se sete estratégias: recomendações sobre o sono seguro; sensibilização sobre o uso de dispositivos digitais; necessidade de formação dos profissionais, e dos pais; adequação da educação em saúde ao estilo parental; apoio emocional parental e realização de consultas de enfermagem ao domicílio.

**Conclusão:** As estratégias identificadas fornecem uma base sólida para orientar e apoiar os pais na promoção de um sono seguro e saudável do lactente.

**Palavras-chave:** sleep; nurse; infant; newborn.

## **ABSTRACT**

**Background:** Sleep is a frequent concern of parents. In order to promote healthy and safe infant sleep, the Nurse Specialist in Child and Paediatric Health must have knowledge that is informed by scientific evidence. In the profession, however, multiple strategies are found that lack scientific evidence and systematization and may compromise good practices.

**Objective:** To identify strategies informed by scientific evidence that the Nurse Specialist in Child and Paediatric Health can adopt to promote infant sleep in the first year of life.

**Methodology:** Integrative literature review, carried out in June 2023, in six electronic databases, through the EBSCOhost platform.

**Results:** From the analysis of the nine articles, seven strategies were identified: recommendations for safe sleep; raising awareness of the use of digital devices; the need for training of professionals and parents; the suitability of health education to the parenting style; parental emotional support; and in-home nursing consultations.

**Conclusion:** The strategies identified provide a solid foundation to guide and support parents in promoting safe and healthy infant sleep.

**Keywords:** sleep; nurse; infant; newborn.

## **INTRODUÇÃO**

O primeiro ano de vida representa um período crítico de crescimento e de desenvolvimento para o lactente e, em simultâneo, um período desafiador para os pais (Bulut & Celik, 2021). Durante este período os pais deparam-se com sucessivas necessidades de adaptação e de aprendizagem que se repercutem na aquisição de novas capacidades e no desenvolvimento da sua identidade enquanto pais (Fong et al., 2018).

O sono é um processo fisiológico essencial ao crescimento, ao desenvolvimento e à qualidade de vida diária do lactente (Jiang, 2020). O sono saudável emerge como um conceito complexo e multidimensional, influenciado por uma variedade de fatores genéticos, individuais, comportamentais, sociais, familiares, económicos, ambientais e culturais (Landsem & Cheetham, 2022). Este é caracterizado por diversos componentes, incluindo a satisfação e a qualidade percebida do sono; a duração adequada; a eficiência em adormecer

e manter o sono; os horários apropriados para dormir e acordar, e o estado de alerta sustentado durante as horas de vigília (Buysse, 2014).

Durante a primeira infância, ocorrem alterações significativas no padrão e na estrutura do sono. Nos primeiros meses de vida, o ciclo circadiano não está completamente estabelecido (Jiang, 2020). À medida que o lactente cresce, o tempo total de sono diminui, com a consolidação do sono noturno e a diminuição do sono diurno (Sadeh et al., 2009). O recém-nascido (RN) dorme em média 16 a 18 horas por dia, exibindo um padrão de sono diferente dos lactentes e dos adultos, com transições frequentes entre estágios e com predomínio do sono REM (Rapid Eye Movements) (Tarulho et al., 2011), que desempenha um papel crítico na maturação e na neuroplasticidade (Chen et al., 2022). O sono NREM (Non-Rapid Eye Movements) é considerado o sono leve, e alterna com o REM, com um período de 50 a 60 minutos (Chen et al., 2022). Após cada ciclo, é normal ocorrer um breve despertar, no entanto, é esperado que o lactente consiga voltar a adormecer de forma espontânea (Jiang, 2020).

Os hábitos de sono são adquiridos e modificados ao longo do crescimento e do desenvolvimento da criança (Jiang, 2020). Para promover uma adequada higiene do sono, é importante conhecer as particularidades do sono nesta etapa e saber identificar e promover os fatores que influenciam o sono, nomeadamente, as sextas, o ambiente, a atividade e a alimentação. O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, realça o sono como um dos cuidados antecipatórios desde o primeiro ano de vida até a adolescência, segundo a Norma nº 010/2013 da DGS. Fornecer um ambiente seguro aos lactentes durante o sono é uma prioridade global de saúde pública (Cunningham et al., 2018).

Porém, as preocupações e perceções dos pais sobre o sono infantil são variáveis e influenciadas pelas suas preferências e contexto cultural (Paavonen et al., 2020), podendo a sua disrupção ter um impacto significativo no lactente e na família, mais especificamente, no comportamento do lactente, na dinâmica familiar, na qualidade de vida dos pais, afetando o seu bem-estar e desempenho pessoal (Hall et al., 2017).

Nas consultas de saúde infantil, é comum surgirem questões relacionadas com o padrão de sono, nomeadamente, dificuldade em adormecer, despertares noturnos, a necessidade da intervenção dos pais para adormecer (Middlemiss et al., 2017), bem como episódios frequentes de choro. Essas questões são influenciadas pela qualidade da relação pais-filho, sensibilidade materna, disponibilidade emocional e práticas parentais relacionadas com às rotinas de dormir e comportamento noturno (Landsem & Cheetham, 2022). Esta temática tende a ser abordada pelos profissionais de saúde com informações

gerais e genéricas, e por vezes contraditórias e inflexíveis, que carecem de individualização e que podem refletir-se na não adesão às recomendações de sono seguro. Nesse contexto, é enfatizado a importância de conhecimentos atualizados e práticas consistentes entre os profissionais de saúde (Landsem & Cheetham, 2022).

Paralelamente, verifica-se uma tendência dos pais em aceder a informação em saúde por via digital, numa multiplicidade de fontes, nem sempre credíveis (Smith & Magnani, 2019). Este é um aspeto fundamental, pois podem deparar-se com informações desalinhas das boas práticas, de difícil compreensão que poderá dificultar ou comprometer a sua capacidade de tomar decisões informadas para eles e para os filhos (Connell-Carrick, 2006).

A promoção de um sono saudável e seguro constitui uma das áreas de atuação do EEESIP. Deste modo, é fundamental consolidar conhecimentos, sobre as principais alterações no sono nesta fase e quais as estratégias a desenvolver para promover um sono seguro e saudável, e assegurar que os pais compreendem as necessidades do lactente e que recorrem a estratégias saudáveis e eficazes, baseadas na melhor evidência científica disponível. O EEESIP tem o dever de desenvolver competências nesta área e a responsabilidade de implementar estratégias, informadas pela evidência, que visem promover o sono adequado e de qualidade ao lactente e à família. Pelas suas competências específicas, tem desempenhado um papel crucial neste domínio, porém, depara-se com uma multiplicidade de estratégias, que ao carecerem de evidência científica e de sistematização, poderão comprometer as boas práticas.

Estes pressupostos reforçam a relevância do presente estudo, norteado pela seguinte questão: Quais as estratégias promotoras do sono do lactente, no primeiro ano de vida, que o EEESIP poderá adotar, em contexto de cuidados de saúde primários? Tendo em consideração a questão enunciada, com a realização deste estudo, estabeleceu-se como objetivo identificar as estratégias, informadas pela evidência científica, que o EEESIP poderá adotar para promover o sono do lactente no primeiro ano de vida.

## METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de revisão integrativa da literatura (RIL), que permite identificar e sintetizar os resultados de estudos sobre uma determinada temática, em resposta a uma pergunta de pesquisa específica (Souza et al., 2010). O estudo seguiu as orientações de Souza et al. (2010) e decorreu em seis etapas: 1) elaboração da questão orientadora; 2) busca ou amostragem na literatura; 3) colheita de dados; 4) análise crítica dos estudos incluídos; 5) discussão dos resultados; 6) apresentação da revisão/ síntese do conhecimento. A questão orientadora foi: Qual a produção científica sobre estratégias promotoras do sono do lactente, no primeiro ano de vida, que o EESIP poderá adotar, em contexto de cuidados de saúde primários?

Na estruturação desta questão, recorreu-se à estratégia PICO: População (lactentes até 12 meses de vida); I (estratégias promotoras do sono); C (cuidados de saúde primários).

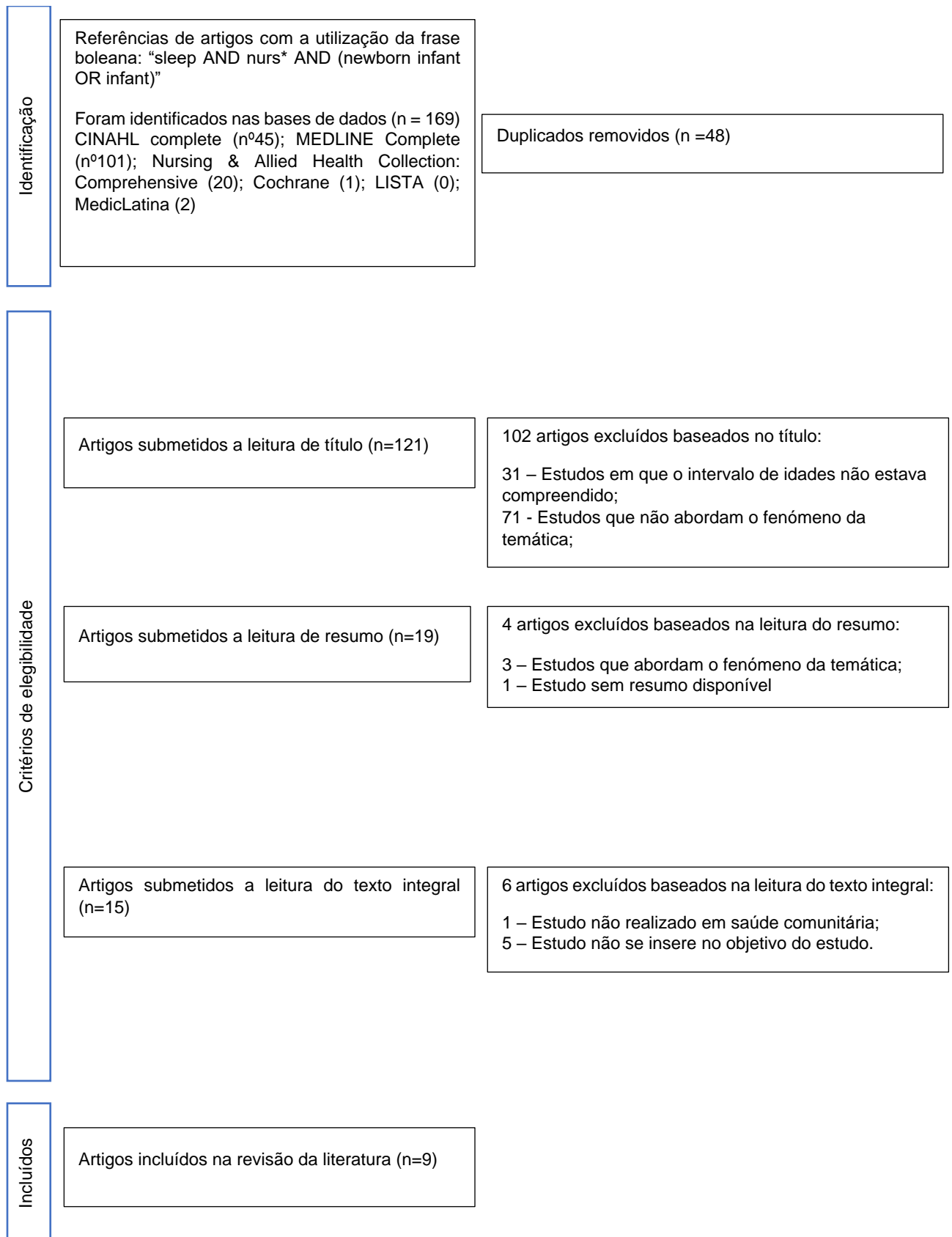
A colheita de dados ocorreu durante o mês de junho de 2023 nas bases de dados eletrónicas: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL) Complete*; *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) with Full Text*; *Nursing & Allied Health Collection Comprehensive*; *Cochrane Database*; *Library, Information Science & Technology Abstracts (LISTA)* e *MedicLatina*, a partir da plataforma EBSCOhost. Para a pesquisa utilizou-se os descritores MeSH: *sleep*, *nurse*, *newborn* e *infant*, articulados na frase booleana: “*sleep AND nurs\* AND (newborn infant OR infant)*”.

Estabeleceu-se como critérios de inclusão: estudos publicados entre 2018 e 2023, em inglês, português e espanhol, apresentados em texto integral, que expliquem as estratégias promotoras do sono em lactentes até aos 12 meses de idade, sem patologias associadas, e que ocorram em contexto de cuidados de saúde primários. Foram excluídos todos os estudos sobre recém-nascidos pré-termo e crianças com faixa etária superior aos 12 meses, com patologias associadas, incluindo as perturbações do sono, em contexto hospitalar e que não visem a Enfermagem.

Da pesquisa efetuada, resultou a identificação de 169 artigos, que foram geridos com recurso a um programa informático. Após a remoção dos duplicados, os artigos que não preenchiam os critérios de inclusão, foram excluídos com base na leitura do título e, de seguida, do resumo, por dois revisores independentes. Não houve necessidade de recorrer a um terceiro revisor para obter consenso. O texto integral dos artigos selecionados foi igualmente analisado por dois revisores independentes, tendo as divergências sido resolvidas

por consenso. No final do processo de seleção, nove estudos foram considerados elegíveis e incluídos na revisão. O fluxograma que descreve este processo encontra-se ilustrado na figura 2.

Figura 2 - Fluxograma PRISMA



Os dados extraídos dos estudos foram compilados de forma descritiva numa tabela previamente elaborada, de modo a sistematizar a informação dos artigos e facilitar a identificação e reformulação das categorizações temáticas (tabela 1). Estes estudos foram codificados como Estudo (E) pela ordem de publicação (E1 a E9).

## **RESULTADOS E INTERPRETAÇÃO**

O presente estudo identificou nove artigos, que abordam as estratégias promotoras do sono seguro e saudável do lactente, que o EEESIP poderá adotar, como demonstrado na tabela 1. Dos respetivos artigos analisados, dois (22,2%) foram publicados nos Estados Unidos da América (EUA), dois (22,2%) no Reino Unido e os restantes artigos correspondem a um artigo da Irlanda (11,1%), um de Portugal (11,1%), um da Islândia (11,1%), um da Austrália (11,1%) e um outro da Índia (11,1%). Relativamente ao ano de publicação, três artigos (33,3%) foram publicados em 2020, três artigos (33,3%) em 2022, e os restantes três (33,3%) em 2018, 2019 e 2021, respetivamente.

Verificou-se uma multiplicidade de metodologias para avaliar a promoção do sono do lactente. Foram identificados três estudos de revisão (narrativa, RIL e scoping) e seis estudos primários (estudo longitudinal, um qualitativo, um quantitativo, um estudo transversal e quantitativo, outro quantitativo e qualitativo, e um estudo quasi-experimental).

**Figura 3 - Sumarização dos artigos que constituem a amostra do estudo de revisão integrativa**

<b>Autor/Ano/País</b>	<b>ID/Título</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Metodologia</b>	<b>Resultados/Conclusão</b>
Hanafin (2018) Irlanda	E1: “Sleep patterns and problems in infants and young children in Ireland”	Descrever a prevalência de comportamentos e padrões de sono nos primeiros anos de vida pelo cuidador principal	Estudo longitudinal sobre os padrões de sono numa população de crianças irlandesas de 9 meses, 3 anos e 5 anos.	Aos 9 meses de idade, a maioria dos lactentes (¾), dormem no mínimo 10 horas noturnas. Porém, mais de 80% das mães acordam ocasionalmente à noite, e 13,5% acordam todas as noites. É salientado o apoio contínuo dos enfermeiros às famílias através de programas de saúde infantil e na deteção precoce de problemas de sono na primeira infância. É imperativo investir no treino e capacitação destes profissionais para fornecer informações e aconselhamento aos pais sobre comportamentos relacionados ao sono.
Pretorius & Rew (2019) Estados Unidos da America	E2: “Sudden Infant Death Syndrome: A Global Public Health Issue and Nursing’s Response”	Rever o Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL), descrever a abordagem de enfermagem sobre a problemática e explorar como os princípios inerentes à justiça social que podem contribuir para uma tomada de decisão informada	Revisão narrativa	O enfermeiro, em parceria com os pais, promove intervenções abrangentes e integradas, com uma abordagem holística e culturalmente sensível. Valoriza a relação pais-filho, reconhecendo-os como uma unidade inseparável e que as suas escolhas são moldadas pelo contexto onde estão inseridos. Desempenha um papel ativo na investigação, na divulgação de informações relevantes nos meios de comunicação e no desenvolvimento de políticas e campanhas educacionais, em cooperação com outros profissionais.
Cook, Appleton & Wiggs (2020) Reino Unido	E3: “Parentally reported barriers to seeking help and advice for child sleep from healthcare professionals”	Compreender as barreiras relatadas pelos pais para consultar os profissionais de saúde sobre o sono infantil	Estudo qualitativo, realizado a 266 pais de crianças com idades compreendidas entre os 6 e 36 meses, residentes no Reino Unido. Responderam a um questionário online entre outubro de 2015 e outubro de 2016.	Foram identificadas cinco barreiras: défice de conhecimento ou de prática dos profissionais; receio dos pais quanto à inutilidade do conselho ou à perceção de desinteresse por parte do profissional; preocupação dos pais sobre as repercussões negativas para a família; atitudes paternalistas ou de desdenho, desvalorização das questões do sono, falta de continuidade ou informações contraditórias pelos profissionais. É necessário formar os profissionais de saúde e adequar o conteúdo e o método de aconselhamento aos pais.

<p>Mersky, Lee, Gilbert &amp; Goyal (2020) Estados Unidos da América</p>	<p>E4: “Prevalence and Correlates of Maternal and Infant Sleep Problems in a Low-Income US Sample”</p>	<p>Analisar a prevalência e correlacionar o sono da mãe e o da criança com os problemas de sono das crianças de famílias de baixo rendimento que recebem visitas domiciliárias</p>	<p>Estudo quantitativo, com 1142 mães de lactentes com 2 semanas de vida até um ano de idade, realizado através do PROMIS (<i>Patient-Reported Outcomes Measurement Information System</i>) e ao questionário <i>Brief Infant Sleep Questionnaire</i>.</p>	<p>O estudo revelou que 70% das mães relataram pelo menos um problema de sono na última semana, com 25% indicando qualidade de sono insatisfatória e 13% mais de três despertares noturnos. O padrão de sono tende a se estabilizar ao longo da infância, com a diminuição dos despertares. O sono materno/saúde mental e os problemas de sono infantil indicam uma relação bidirecional. O apoio social mostrou uma associação positiva na melhoria da qualidade do sono. O <i>bed-sharing</i> ocorreu devido aos despertares noturnos, choro ou dificuldade de acomodação. O tabagismo foi associado a uma diminuição nos despertares noturnos. Perante a opção por <i>bed-sharing</i> é importante discutir os padrões de segurança e comunicar estratégias individualizadas e culturalmente adaptadas para reduzir riscos. Intervenções relevantes incluem fortalecer relações sociais e reduzir a exposição à violência. A consulta no domicílio é uma intervenção promissora para melhorar o sono da diade.</p>
<p>Trindade &amp; Ramos (2020) Portugal</p>	<p>E5: “Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa”</p>	<p>Identificar a influência de programas educativos de sono, no sono dos lactentes, crianças e adolescentes</p>	<p>Revisão integrativa</p>	<p>Dos oitos estudos abrangidos, os resultados evidenciaram que programas educativos (sessões informativas, seminários, programas de sono ministrados em sala de aula e no ambiente familiar) exercem uma influência positiva sobre o sono em todas as faixas etárias. Em relação ao estudo direcionado aos lactentes, um programa de intervenção implementado, incluiu sessões de ensino sobre padrões de sono infantil, associações negativas de sono; expectativas irreais sobre o sono; impacto da privação de sono nos lactentes e pais; estratégias para reduzir o tempo de vigília noturno. Adicionalmente, houve interações telefónicas para reforçar os conceitos abordados e fornecer apoio adicional. Esses achados sublinham a relevância de capacitar os enfermeiros para adquirir conhecimentos abrangentes sobre o sono, a fim de que possam desempenhar um papel efetivo na promoção da saúde escolar e nas consultas de enfermagem destinadas à vigilância da saúde infantil.</p>
<p>Skuladottir, Sigurdardottir e Svavarsdottir (2021) Islândia</p>	<p>E6: “The better sleep better well-being programme : Educating and training</p>	<p>Avaliar o benefício do programa de intervenção educacional e de treinamento <i>Better Sleep Better Well-</i></p>	<p>Estudo piloto (26 enfermeiras no grupo de controlo e 6 enfermeiras participaram no programa BSWB). O programa, baseado no modelo de Calgary, consistia em 4 sessões de 8 horas de</p>	<p>O grupo submetido à intervenção, quando comparado ao grupo de controlo, relatou uma melhoria nas suas práticas e expressou uma sensação de melhor preparação para interagir, assistir e apoiar as famílias que lidam com questões de sono infantil.</p>

	community healthcare nurses in developing interventions for families of infants with moderate sleep problems: a pilot study	<i>being</i> (BSWB) nos enfermeiros de saúde comunitária, suas percepções sobre as competências de prática de enfermagem familiar	palestras com discussões em grupo e casos clínicos 20 sessões de casos clínicos, simulações, discussões e reflexões.	
Cole, Young, Kearney & Thompson (2022) Austrália	E7: “Infant Care Practices, Caregiver Awareness of Safe Sleep Advice and Barriers to Implementation: A Scoping Review”	Mapear na literatura o envolvimento da família após intervenção sobre o sono seguro relacionado com o Síndrome de Morte Súbita do Lactente.	Revisão <i>scoping</i>	Foram analisados 137 artigos que abordaram o envolvimento e as estratégias de sono infantil seguro. Entre as práticas modificáveis, a posição de dormir foi a mais destacada, seguida da exposição ao fumo. As famílias expostas ao tabaco demonstraram propensão a adotar práticas que podem aumentar o risco de SMSL, como menor utilização da posição recomendada e maior tendência ao <i>bed-sharing</i> . A presença de itens no espaço de dormir apresentou variações nos estudos, sendo influenciada pela etnia dos cuidadores. Quanto ao tipo de cama, a cama do adulto foi a segunda opção mais comum, com o berço ocupando o primeiro lugar. As práticas de <i>bed-sharing</i> tendem a ocorrer de forma não planeada, influenciadas pela exaustão parental, amamentação, necessidade de descanso e agitação noturna do lactente. Os resultados revelaram discrepâncias entre as principais diretrizes para um sono seguro e as práticas efetivas dos cuidadores, especialmente em diferentes grupos populacionais. As influências culturais e étnicas desempenham um papel importante nas escolhas de sono seguro.
Joseph, Sandhiya & Shetty (2022) India	E8: “Touch Screen Device Usage and its Effect on Sleep among Young Children: Do Parents Delude Younger Generation Deliberately? Time to Ruminare and Impede this	Determinar a relação entre o uso de dispositivos digitais com sono infantil	Estudo transversal e quantitativo, com 76 pais com filhos (0-3 anos) que frequentam um hospital terciário. Foi aplicado o <i>Brief infant sleep questionnaire scale</i> .	Num grupo de 76 participantes, 57 proporcionaram dispositivos digitais para crianças, começando em média aos 15,6 meses, com uma variação de 5,8 meses. A utilização desses dispositivos influencia a duração do sono noturno infantil. É recomendável restringir tanto a utilização quanto a exposição precoce aos dispositivos digitais.

	Technological Harm”			
Cook, Appleton & Wiggs (2022) Reino Unido	E9: “UK parents’ help-seeking for child sleep: A qualitative investigation into parental preferences and reservations about resources”	Identificar os recursos que os pais utilizam para procurar informação e ajuda sobre o sono infantil. Explorar quais os fatores que os pais preferem sobre determinadas fontes e as suas reservas em usar outros recursos.	Estudo quantitativo Foram aplicados: <i>Brief Infant Sleep Questionnaire</i> (BISQ) para avaliar o sono e o <i>Sleep Practices and Attitudes Questionnaire</i> (SPAQ-K) para avaliar o conhecimento sobre o sono infantil.	As preferências dos pais na procura de informações sobre sono infantil, relacionam-se com: experiência pessoal, conselhos alinhados com o seu estilo parental, apoio emocional e segurança. Contudo, desejam uma variedade de informações confiáveis e personalizadas, com acesso rápido e fácil a esses recursos. Por outro lado, também foram identificadas renitências por parte dos pais, como julgamentos, preocupações relativas a perda de tempo, experiências negativas prévias, excesso de informações contraditórias e limitações no acesso às informações. As consultas no domicílio foram o recurso formal de saúde mais utilizado pelos pais para obtenção de informações sobre o sono infantil.

Através de um processo de análise indutiva e descritiva, as estratégias promotoras do sono seguro e saudável do lactente, no primeiro ano de vida, foram categorizadas em sete estratégias: recomendações sobre um sono seguro infantil; sensibilização sobre os dispositivos digitais; formação dos profissionais sobre o sono infantil, adequação ao estilo parental; consulta de enfermagem no domicílio; formação aos pais sobre o sono infantil e apoio emocional parental (tabela 2).

Figura 4 - Estratégias identificadas para a promoção do sono do lactente

ID	Estratégias do EEESIP para a promoção do sono do lactente						
	Recomendações Sobre o sono infantil seguro	Sensibilização sobre os dispositivos digitais	Formação dos profissionais	Adequação do estilo parental	Consulta de enfermagem no domicílio	Formação dos pais	Apoio emocional
E1			•		•		
E2			•			•	
E3			•				
E4					•		
E5						•	
E6			•				
E7	•						
E8		•					
E9				•	•		•

## Resultados das estratégias identificadas para a promoção do sono do lactente

### a) Recomendações sobre o sono infantil seguro

Esta estratégia, foi identificada apenas num, dos nove artigos seleccionados. Trata-se de um estudo de revisão *scoping* (Cole et al., 2022), realizado com o intuito de compreender o envolvimento do cuidador infantil com as recomendações internacionais sobre o sono seguro do lactente. Este estudo mostrou a diversidade de práticas adotadas pelas famílias e sugere a importância de um acompanhamento regular das práticas de sono e o envolvimento da família para aconselhamento sobre o sono seguro, visando reduzir os riscos e o SMSL.

Apesar das recomendações para um espaço livre de itens, os resultados revelaram que muitas famílias ainda utilizam objetos no espaço de dormir do lactente, variando de acordo com os países. Por sua vez, verificou-se um incumprimento de colocar o lactente em posição dorsal, como medida de prevenção do SMSL, que poderá estar relacionada com a maior preocupação dos pais em prevenir a plagiocefalia. A sugestão da Associação Americana de Pediatria (AAP) para facilitar o desenvolvimento e minimizar o risco de plagiocefalia é colocar o lactente em decúbito ventral, quando acordado e com supervisão,

por curtos períodos, aumentando gradualmente, associada à adoção da posição dorsal para dormir como medida preventiva do SMSL (Moon et al., 2022).

Os assuntos identificados como mais controversos e mais desafiadores para os profissionais de saúde foram o *bed-sharing* e o *co-sleeping*, por suscitarem confusão e a sua aplicação traduzir-se em mensagens inconsistentes. O termo *co-sleeping* pode ser usado para referir diferentes práticas de sono relacionadas com dormir perto do lactente, como compartilhar cama e/ou compartilhar quarto (Moon et al., 2022), sendo uma prática recomendada em algumas culturas (Doering et al., 2019). Por sua vez, o *bed-sharing* implica compartilhar a mesma superfície para dormir (cama, colchão, cadeira) e tem uma relação estreita com a prática do aleitamento materno (Cunningham et al., 2018). Em determinados países, enfatiza-se a necessidade de o lactente regressar ao seu berço, após a amamentação concluída, seguindo uma abordagem de eliminação do risco (Cunningham et al., 2018).

A grande maioria dos episódios de *bed-sharing* ocorre na cama do adulto durante à noite, resultante da mãe adormecer acidentalmente com o lactente, a busca de descanso ou tentativa de confortar e acalmar o lactente, sendo descrito essas situações não serem planeadas. É crucial compreender esse fenómeno a fim de adaptar as orientações oferecidas aos pais, para garantir a segurança e o bem-estar do lactente durante o sono (Cunningham et al., 2018).

A AAP não recomenda compartilhar a cama com o lactente em nenhuma circunstância (Moon et al., 2022). Por sua vez, as recomendações da *Red Nose* australiana (2023) e da UNICEF (2019) são mais flexíveis, pois fornecem estratégias para minimizar o risco associado ao *bed-sharing*. Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP) recomenda que os lactentes durmam no quarto dos pais, perto da cama deles, mas numa superfície separada, projetada para o lactente, idealmente até aos 6 meses de vida, em conformidade com a recomendação da AAP. No seu site oficial apresenta um documento elaborado em 2009 sobre a prevenção da SMSL e um folheto em 2021 com seis recomendações para diminuir o risco de SMSL na infância, novamente em sintonia com as recomendações da AAP (Sociedade Portuguesa de Pediatria [SPP], 2023).

A discrepância entre as práticas de sono dos pais e as recomendações para um sono seguro pode ser analisada à luz da teoria do comportamento humano, em que os pais são menos propensos a adotar determinado comportamento, se considerarem que a recomendação para o comportamento não faz sentido. Essa abordagem sugere que a adesão a práticas divergentes não é exclusivamente atribuída à falta de conhecimento/informação (Raines, 2018).

### **b) Sensibilização sobre os dispositivos digitais**

Esta estratégia foi, igualmente, identificada somente num estudo transversal quantitativo, conduzido na Índia (Joseph et al., 2022). Os resultados sugerem que a utilização de dispositivos digitais por lactentes e crianças, influencia negativamente a duração e a qualidade do seu sono. O principal motivo ou circunstância conducentes ao uso de dispositivos digitais pelos pais, relaciona-se com o momento da refeição (51%), no qual recorrem, habitualmente a músicas e a vídeos no *YouTube* (35%). No contexto indiano, as causas mais frequentemente identificadas foram: o menor tempo de envolvimento e interação com o filho, o trabalho laboral parental, o sistema de família nuclear e a menor exposição a outros recursos lúdicos ou jogos atrativos. Neste sentido, os autores sugerem limitar o uso e a exposição precoce a dispositivos digitais.

Esta sugestão está em concordância com as recomendações da AAP (Moon et al., 2022) e da Organização Mundial de Saúde (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2020). Estas organizações desencorajam a exposição a dispositivos digitais em crianças com idade inferior a 2 anos. Neste sentido, os pais desempenham um papel fulcral no equilíbrio e na gestão entre o tempo do uso de dispositivos e outras atividades (Chassiakos et al., 2016), o que requer orientação e apoio pelos profissionais de saúde.

No âmbito nacional, a SPS e a SPP incluíram nas recomendações sobre a higiene do sono, a proibição de utilizar ecrãs (televisão, telemóvel, tablet ou consola de jogos) antes de adormecer até aos dois anos de idade (Vasconcelos et al., 2020).

Esta recomendação é reforçada no estudo italiano de Bellagamba et al. (2021), que relacionou a exposição a dispositivos digitais, de lactentes entre os oito meses e os 36 meses, com os seus padrões de sono. Os resultados revelaram que quanto maior o acesso a dispositivos digitais no quarto do lactente, maior é o tempo de exposição aos mesmos e menor o número de horas de sono noturno, comparativamente ao recurso à leitura. A rotina na hora de dormir, como a leitura de livros, pode impactar positivamente os padrões de sono nos primeiros dois anos de vida (Fiese et al., 2021).

### **c) Formação dos profissionais sobre o sono infantil**

Esta estratégia foi a mais prevalente, tendo sido identificada em quatro dos nove estudos selecionados. A falta de conhecimento e de formação dos profissionais de saúde, bem como, a falta de continuidade ou a transmissão de informações contraditórias, foram identificadas como barreiras percecionadas pelos pais ao consultar os profissionais de saúde sobre as questões do sono do filho. Esta constatação remete para a necessidade de formação

dos profissionais de saúde (Cook et al., 2020). Neste sentido, a revisão narrativa (Pretorius & Rew, 2019) destaca a abordagem holística e o cuidado culturalmente sensível nos programas de formação. De igual modo, a disponibilização de programas educativos e de treino sobre o sono infantil, específicos para profissionais de saúde, são considerados determinantes para a promoção do sono na primeira infância (Hanafin, 2018). Um estudo piloto, realizado na Islândia (Skuladottir et al., 2020) revelou que os enfermeiros, em contexto de cuidados de saúde primários, que participaram no programa de intervenção educacional e de formação, *Better Sleep Better Well-being*, desenvolveram mais habilidades na assistência e no apoio às famílias.

Todos os estudos supramencionados enfatizaram a importância da formação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, relativamente ao sono infantil. Na mesma linha, a AAP salienta a necessidade de formação de todos os profissionais de saúde, sobre o sono infantil, e que a sua atuação deve ter início no período pré-natal e ser extensível até ao primeiro ano de vida do lactente (Moon et al., 2022).

#### **d) Adequação ao estilo parental**

Apenas um estudo fez referência à importância de o enfermeiro adequar os ensinamentos sobre o sono seguro ao estilo parental (Cook et al., 2022). Os resultados revelaram que os pais tendem a selecionar informações de fontes que estão alinhadas com seu estilo parental ou abordagem parental desejada. Habitualmente, recorrem a outros pais, especialmente aqueles que têm experiência prática e que compartilham valores parentais semelhantes. Os pais tendem a procurar pessoas com experiência e com vivências positivas em relação ao sono infantil, e desejam receber uma variedade de informações credíveis e confiáveis. De igual modo, preocupam-se com o evitar o julgamento de familiares, amigos e/ou profissionais de saúde em relação às suas escolhas parentais.

Este aspeto é enfatizado pela AAP ao referir a importância de estabelecer uma comunicação baseada no respeito, na cultura e sem julgamento (Moon et al., 2022). Ao adotar uma abordagem livre de julgamento, é construída uma relação de confiança com as famílias, que é fundamental para fornecer apoio efetivo e adequado às suas necessidades.

#### **e) Consulta de enfermagem no domicílio**

Esta estratégia, constitui a segunda mais mencionada, tendo sido identificada em três dos nove estudos selecionados. O estudo de Hanafin (2018) destaca a importância de ser realizada uma consulta de enfermagem no domicílio direcionada para a promoção de um

sono saudável na primeira infância. De igual modo, o estudo de Mersky et al. (2020), reconhece esta estratégia como eficaz na melhoria do sono do lactente e do sono materno.

Por sua vez, o estudo de Cook et al. (2022) identifica-a como uma das estratégias, disponibilizadas pelos profissionais de saúde, que os pais preferem no apoio à promoção do sono. Este resultado ressalta a relevância e a aceitação dessa abordagem pelos pais, sendo uma estratégia importante para fornecer orientações personalizadas e suporte às famílias em relação ao sono infantil.

Em contraste como preconizado no contexto português, na Norma nº 010/2013, no contexto australiano, a consulta de enfermagem no domicílio é direcionada para as questões do sono e é realizada a todos os RN e lactentes e às suas famílias. Nesta consulta é implementado uma *checklist* sobre o sono seguro, baseada nas recomendações da AAP, contudo, com uma abordagem de minimização do risco relacionada com o *bed-sharing* (Cunningham et al., 2018; Department of Education and Training [DET], 2017).

#### **f) Formação aos pais sobre o sono infantil**

A formação aos pais, enquanto estratégia, foi identificada em dois artigos. O estudo de revisão narrativa (Pretorius & Rew, 2019), reconhece a importância de o enfermeiro trabalhar em parceria com outros profissionais na implementação de políticas de saúde que apoiem as famílias na adesão a práticas seguras de sono. Essa abordagem visa melhorar os cuidados e a educação aos pais no pós-parto. O enfermeiro pode ainda desempenhar um papel pioneiro no uso dos meios de comunicação social como forma de disseminar conhecimento credível sobre o tema, tornando este recurso um instrumento de formação aos pais sobre o sono infantil.

Por sua vez, o estudo de RIL (Trindade & Ramos, 2020), demonstrou que os enfermeiros ao implementarem programas educativos destinados aos pais, constituídos por um conjunto de sessões (individuais e coletivas), com metodologias variadas exerceram uma influência positiva nos hábitos de sono do lactente.

Outras estratégias educativas utilizadas para a formação dos pais, foram identificadas noutros estudos, nomeadamente, as reuniões de grupo ou individuais, o visionamento de vídeos e o material escrito (Landsem & Cheetham, 2022).

Esta estratégia relaciona-se com a promoção da LS e da autoeficácia parental (Fong et al., 2018), essenciais à obtenção de ganhos em saúde nesta faixa etária.

**g) Apoio emocional parental**

A necessidade de conferir apoio emocional aos pais, enquanto estratégia promotora do sono saudável do lactente, foi identificada apenas num artigo. O estudo, realizado no Reino Unido (Cook et al., 2022), divulgou que os participantes demonstraram interesse em adquirir conselhos realistas e apoio emocional mais amplo e especializado, pelos profissionais de saúde. Os pais tendem a recorrer a fontes que oferecem apoio e segurança, como sites e grupos online de pais que compartilham experiências semelhantes. Nesse âmbito, o apoio emocional do enfermeiro, com ênfase nas competências parentais, pode ser considerado um fator importante que aumenta a autoconfiança dos pais na interação com o RN (Ghadery-Sefat et al., 2016).

Em suma, a necessidade de formação dos profissionais sobre esta temática foi a estratégia mais prevalente. É considerado primordial capacitar os enfermeiros com conhecimentos e orientações sobre práticas de sono seguro e saudável. A implementação de consultas no domicílio (Hanafin, 2018; Mersky et al., 2020; Cook et al., 2022) foi a segunda estratégia mais identificada, que a ser realizada, permitirá um acompanhamento mais personalizado e direcionado às necessidades específicas das famílias em relação aos cuidados com o sono infantil. Paralelamente à formação dos profissionais, é essencial apostar na formação dos pais sobre os cuidados com o sono seguro do lactente. As recomendações relacionadas com o sono são fundamentais para orientar os pais sobre práticas saudáveis de sono infantil e devem ser enfatizadas, porém, é necessário apostar na validação da sua aplicação. Neste sentido, é fundamental adequar ao estilo parental de cada família, considerando as suas necessidades e preferências individuais e familiares, e proporcionar apoio emocional aos pais, uma vez que, lidar com questões do sono pode ser desafiador e impactante. Considera-se que, sendo o sono um fenómeno complexo, requer a combinação destas estratégias para potenciar o sono de qualidade do lactente e dos pais.

Constitui uma limitação metodológica do estudo, apenas serem incluídos artigos com texto completo disponível. Outra limitação prende-se com a ausência de estudos que abordem a realidade portuguesa, o que compromete a compreensão deste fenómeno neste contexto específico. Deste modo, sugere-se a realização de estudos no contexto nacional que relacionem a aplicação das recomendações internacionais sobre o sono do lactente, com as políticas de saúde e todos os determinantes sociais.

## CONCLUSÃO

Este estudo conduziu à identificação de sete estratégias que visam promover um sono saudável e seguro em lactentes, atendendo ao objetivo estabelecido. Considera-se que fornece uma sistematização dos cuidados de Enfermagem específicos para a promoção do sono do lactente, no primeiro ano de vida, sendo um contributo para orientar a prática informada pela evidência do EEESIP, nesta área de atuação, em cuidados de saúde primários. Permitiu também ressaltar a necessidade de uma maior sensibilização e formação dos pais e dos profissionais de saúde sobre esta temática, bem como, a realização de estudos de investigação, em particular, no contexto português.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bellagamba, F., Presaghi, F., Marco, M., D'Abundo, E., Blanchfield, O. & Barr, R. (2021). How infant and toddlers' media use is related to sleeping habits in everyday life in Italy. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8020901/pdf/fpsyg-12-589664.pdf>
- Bulut, A. & Celik, G. (2021). Knowledge, attitude and behaviors of mothers with 0-1 year olds about infant and personal care. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 401-409. [https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/43\\_bulut\\_original\\_14\\_1.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/43_bulut_original_14_1.pdf)
- Buysse, D. (2014). Sleep Health: Can We Define It? Does It Matter? *Sleep*, 37(1), 9-17. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3902880/>
- Chassiakos, Y., Radesky, J., Christakis, D., Moreno, M. & Cross, C. (2016). Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics*, 138(5), e1-e18. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/138/5/e20162593/60349/Children-and-Adolescents-and-Digital-Media?autologincheck=redirected>
- Chen, H., Gao, J., Chen, Y., Xie, J., Xie, Y., Spruyt, K., Lin, J., Shao, Y. & Hou, Y. (2022). Rapid Eye Movement Sleep during Early Life: A Comprehensive Narrative Review. *International Journal of Environment Research and Public Health*. 19 (20). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9602694/>

- Cole, R., Young, J., Kearney, L. & Thompson, J. (2022). Infant care practices, caregiver awareness of safe sleep advice and barriers to implementation: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-26. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35805369/>
- Cook, G., Appleton, J. & Wiggs, L. (2020). Parentally reported barriers to seeking help and advice for child sleep from healthcare professionals. *Child: Care, Health and Development*, 46, 513-521. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31925800/>
- Cook, G., Appleton, J. & Wiggs, L. (2022). UK parents' help-seeking for child sleep: A qualitative investigation into parental preferences and reservations about resources. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), 5378-5390. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35942805/>
- Connell-Carrick, K. (2006). Trends in popular parenting books and the need for parental critical thinking. *Child Welfare*, 85, 819-836. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17168456/>
- Cunningham, H., Vally, H. & Bugeja, L. (2018). Bed-Sharing in the First 8 weeks of life: An Australian Study. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4), 556-564. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29299793/>
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 010/2013: Programa nacional de saúde infantil e juvenil**. 2013. Acessível na DGS
- Department of Education and Training (2017). *Maternal and Child Health Service: Safe Sleeping Checklist*. <https://www.education.vic.gov.au/Documents/childhood/parents/mch/safesleepchecklist.pdf>
- Doering, J., Ward, T., Strook, S. & Campbell, J. (2019) A Comparison of Infant Sleep Safety Guidelines in Nine Industrialized. *Journal of Community Health*, 44(1), 81-87. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30019197/>
- Fong, H., Rothman, E., Garner, A., Ghazarian, S., Morley, D., Singerman, A. & Bari-Merritt, M. (2018). Association between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of newborn children. *The Journal of Pediatrics*, 202, 265-271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30029856/>
- Ghadery-Sefat, A. Abdeyazdan, Z., Badiee, Z. & Zargham-Boroujeni. A. (2016). Relationship between parente-infant attachment and parental satisfaction with supportive nursing care. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 21(1), 71-76. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26985225/>

- Hall, W., Moynihan, M., Bhagat, R. & Wooldridge, J. (2017). Relationships between parental sleep quality, fatigue, cognitions about infant sleep, and parental depression pre and post-intervention for infant behavioral sleep problems. *BMC Pregnancy Childbirth*, 17(104), 1-10. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28376726/>
- Hanafin, S. (2018). Sleep patterns and problems in infants and young children in Ireland. *Child: Care, Health and Development*, 44(3), 470-475. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29230867/>
- Jiang, F. (2020). Sleep and Early Brain Development. *Annals of Nutrition and Metabolism*, 75(1), 44-53. <https://karger.com/anm/article-pdf/75/Suppl.%201/44/2231699/000508055.pdf>
- Joseph, H. & Shetty. (2022). Touch Screen Device Usage and its Effect on Sleep among Young Children: Do Parents Delude Younger Generation Deliberately? Time to Ruminant and Impede this Technological Harm. *Indian Journal of Community Medicine*, 360-363. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36438519/>
- Landsem, I. & Cheetham, N. (2022). Infant Sleep as a topic in healthcare guidance of parents, prenatally and the first 6 months after birth: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 22, 1-22. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-022-08484-3>
- Mersky, J., Lee, C., Gilbert, R. & Goyal, D. (2020). Prevalence and Correlates of Maternal and Infant Sleep Problems in a Low-Income US Sample. *Maternal and Child Health Journal*, 24, 196–203. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31834605/>
- Middlemiss, W., Stevens, H., Ridgway, L., McDonald, S. & Koussa, M. (2017). Response-based sleep intervention: Helping infants sleep without making them cry. *Early Human Development* 108, 49-57. <https://www.1001kritiekedagen.nl/wp-content/uploads/2021/06/Response-based-sleep-intervention.pdf>
- Moon, R., Carlin, R. & Hand, I. (2022). Sleep-Related Infant Deaths: Updated 2022 Recommendations for Reducing Infant Deaths in the Sleep Environment. *Pediatrics*, 150(1), 1-22. <https://publications.aap.org/pediatrics/article/150/1/e2022057990/188304/Sleep-Related-Infant-Deaths-Updated-2022?autologincheck=redirected>
- Organização Mundial de Saúde (2020). *Diretrizes sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos de idade*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9786500208764-por.pdf?sequence=61&isAllowed=y>

- Paavonen, E., Saarenpaa-Heikkila, O., Morales-Munoz, I., Vrita, M., Hakala, N., Polkki, P., Kyllianen, A., Karlsson, H., Paunio, T. & Karlsson, L. (2020). Normal sleep development in infants: findings from two large birth cohorts. *Sleep Medicine*, 69, 145-154. <https://sci-hub.ru/10.1016/j.sleep.2020.01.009>
- Pretorius, K. & Rew, L. (2019). Sudden Infant Death Syndrome: A Global Public Health Issue and Nursing's Response. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 42(2), 151-160. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29617167/>
- Raines, D. (2018). Factores That Influence Parents' Adherence to Safe Sleep Guidelines. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 47(3), 316-323. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29474806/>
- Red Nose (2023). *Information Statement: Sharing a Sleep Surface with a baby*. Melbourne. <https://rednose.org.au/article/sharing-a-sleep-surface-with-a-baby>
- Sadeh, A., Mindell, J., Luedtke, K. & Wiegand. (2009). Sleep and sleep ecology in the first 3 years: a web-based study. *Journal of Sleep Research*, 18(1), 60-73. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2869.2008.00699.x>
- Skuladottir A., Sigurdardottir, A. & Svavarsdottir. (2021). The better sleep better well-being programme: Educating and training community healthcare nurses in developing interventions for families of infants with moderate sleep problems: a pilot study. *Nordic Journal of Nursing Research*, 42(2), 85-92. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/20571585211044503>
- Smith, B., & Magnani, J. (2019). New technologies, new disparities: The intersection of electronic health and digital health literacy. *International Journal of Cardiology*, 292, 280–282. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31171391/>
- Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa. O que é e como fazer. *Einstein*, 8(2), 102-106. [scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt)
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2023). *Síndrome de Morte Súbita Do Lactente*. <http://criancaefamilia.spp.pt/gravidez-e-primeiro-ano-de-vida/prevencao-da-morte-subita.aspx>
- Tarullo, A., Balsam, P. & Fifer, W. (2011). Sleep and Infant Learning. *Infant and Child Development*, 20, 35-46. <https://sci-hub.ru/10.1002/icd.685>
- Trindade, C. & Ramos, A. (2020). Influência dos programas de educação sobre o sono de crianças e adolescentes: revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, 1-9. <https://www.scielo.br/j/ape/a/WwNQdXZ6nFdTDLpJLGZAzgv/abstract/?lang=pt>

- UNICEF (2019). *Co-sleeping and SIDS: A guide for health professionals*.  
<https://www.unicef.org.uk/babyfriendly/wp-content/uploads/sites/2/2016/07/Co-sleeping-and-SIDS-A-Guide-for-Health-Professionals.pdf>
- Vasconcelos, A., Ezequiel, M., Prior, C., Estêvão, H., Loureiro, H., Ferreira, R. & Paiva, T. (2020). SPS-SPP Recommendations: The Practice of Naps for Nursery and Preschool Children. *Portuguese Journal of Pediatrics*, 51, 150-156.  
<https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/18613/15147>

### 3. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

A promoção de um sono saudável e seguro constitui uma das áreas de atuação do EEESIP, definida no PNSIJ da DGS, segundo a Norma nº 010/2013. O EEESIP tem o dever de implementar estratégias, informadas pela evidência, sobre este domínio.

Um estudo de revisão *scoping* (Cole et al., 2022) analisou a diversidade de práticas adotadas pelas famílias e concluiu que é necessário compreender as preocupações, barreiras e/ou desafios que as famílias enfrentam ao implementar conselhos sobre sono seguro, juntamente com facilitadores que apoiam a adoção das diretrizes atuais. Os autores salientam que os pais precisam de informações claras e confiáveis sobre o sono seguro do lactente de modo a serem capazes de as aplicar. As dúvidas e questões que colocam recorrentemente sobre a prevenção do SMSL, podem ser atribuídas à: divulgação ineficaz de informações sobre o tema, ao grande volume de informações fornecido no período pré-natal, a mensagens culturalmente inadequadas, ou dificuldades práticas na implementação de uma ou outra estratégia (Cole et al., 2022).

Os pais recorrem, frequentemente, a familiares, a amigos, à internet, às redes sociais e aos livros em busca de apoio, de informação e de estratégias. Contudo, essas fontes de informação podem apresentar recomendações contraditórias das boas práticas (Middlemiss et al., 2017). Além disso, considerar o estilo parental, é relevante, conforme destacado, atendendo a que outro aspeto a considerar é o facto dos pais tenderem a buscar informações que estejam alinhadas com seu estilo parental, sendo essa adaptação importante para aumentar a adesão às práticas de sono seguro (Cook et al., 2022).

O EEESIP atua na capacitação dos pais, na promoção da saúde da criança e na promoção da LS (Trindade & Ramos, 2020). A sua atuação é importante na educação e na formação dos pais em relação ao sono do lactente, visto que a relação pais-filho e o desenvolvimento infantil influenciam diretamente na qualidade do sono (Gomes, 2009). A autoeficácia parental está diretamente associada ao nível de LS. De modo a maximizar os comportamentos parentais positivos, as intervenções devem considerar estratégias promotoras da LS (Fong et al., 2018). Os folhetos e vídeos são estratégias educativas viáveis e aceitáveis na educação aos pais (Logsdon et al., 2015), permitindo ganhos em saúde, assim como as consultas de enfermagem no domicílio (Gilmer et al., 2016), que se tem demonstrado eficaz no sono do lactente e no sono materno. Esta abordagem personalizada, oferece suporte direcionado às famílias, como sugerido nos estudos de Hanafin (2018),

Mersky et al. (2020) e Cook et al. (2022). No contexto australiano, a consulta de enfermagem no domicílio direcionada para as questões do sono, realiza-se a todos os RN e lactentes e às suas famílias. Nesta consulta é implementada uma *checklist* sobre o sono seguro, com base nas recomendações da AAP, contudo, com uma abordagem de minimização do risco relacionada com o *bed-sharing* (Cunningham et al., 2018; Department of Education and Training [DET], 2017).

A disponibilização de programas educativos e de treino sobre o sono infantil, específicos para profissionais de saúde, são considerados determinantes para a promoção do sono na primeira infância (Hanafin, 2018; Skuladottir et al., 2020). Este programas têm como intuito consolidar conhecimentos e uniformizar recomendações, fornecendo informações consistentes e confiáveis aos pais, como sugerido por Cook et al. (2020). Neste sentido, Pretorius & Rew (2019) destacam a necessidade de adotar uma abordagem holística e um cuidado culturalmente sensível nestes programas. Outra estratégia importante e valorizada pelos pais é o apoio emocional e a empatia conferidos pelos profissionais de saúde (Cook et al., 2022), pois ajuda a construir uma relação de confiança e aumenta a autoconfiança parental.

Considerando os resultados dos estudos analisados no estudo de RIL, descrito no capítulo 2, torna-se claro que uma abordagem multifacetada que combina a educação dos pais, a formação dos profissionais de saúde e o suporte emocional é essencial para promover o sono seguro e saudável em lactentes. Adaptar as recomendações ao estilo parental e utilizar ferramentas como folhetos ilustrativos e *checklists* poderá facilitar a compreensão e adesão das famílias a práticas de sono seguro. A consulta de enfermagem no domicílio emerge como uma estratégia eficaz para fornecer suporte personalizado às famílias. No entanto, é importante considerar as diretrizes específicas do contexto local, nomeadamente as recomendações da SPP.

Deste modo, tendo como base as estratégias identificadas no estudo RIL, delineei como proposta de intervenção, a conceção de um projeto de melhoria contínua da qualidade que verse a promoção do sono no primeiro ano de vida do lactente, com o intuito de contribuir para cuidados de excelência neste domínio.

Daria início com a apresentação do projeto à Direção de Enfermagem da instituição de saúde, no sentido de obter o seu parecer e consentimento. A sua implementação seria, numa primeira fase, no contexto dos cuidados de saúde primários, nomeadamente, nas consultas de SIP realizadas pelo EESIP e incluiria a estruturação de uma consulta de ESIP específica para esta área de intervenção, a formação aos EESIP e profissionais de saúde da

área da SIP, da RAM sobre o projeto revisão de protocolos e das práticas institucionais na promoção do sono no lactente.

Seria igualmente elaborado um folheto ilustrativo, ou um guia, alinhado com as recomendações da AAP, sobre o sono seguro do lactente, dirigido a pais e a cuidadores, composto por informações e estratégias acessíveis e práticas de apoio a um sono infantil seguro. Este folheto ou guia estaria igualmente alinhado com as estratégias promotoras de LS e constituiria uma informação complementar aos ensinamentos realizados pelo EESIP.

Proponho igualmente a elaboração de uma *checklist* sobre o sono seguro a ser implementada nas consultas de saúde infantil, de modo a sistematizar e a assegurar a transmissão de informação pertinente e adequada. Por fim, uma proposta mais alargada seria a implementação de consultas de enfermagem no domicílio, que versassem esta temática, durante o primeiro ano de vida do lactente.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O meu percurso académico no MESIP culmina com a elaboração do presente relatório intitulado “Competências Específicas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica: Um olhar sobre a promoção do sono no lactente”. Este documento teve como principal propósito evidenciar o meu crescimento profissional, através da descrição da aquisição de novos conhecimentos específicos da área de especialização e da reflexão sobre as competências desenvolvidas ao longo dos ensinamentos clínicos.

Neste âmbito, um dos objetivos delineado e alcançado, foi a reflexão crítica sobre o percurso de aprendizagem, tendo implícito os referenciais teóricos que nortearam a prática profissional e a maior evidência científica. A análise crítica contribuiu para o autoconhecimento e para a consciencialização do caminho percorrido e por percorrer, sendo o auge ambicionado a excelência do exercício profissional. A procura pela excelência, foi basilar na minha formação, reconhecendo a importância do desenvolvimento de um raciocínio crítico, ferramenta essa fundamental para a concretização do julgamento clínico, de forma a avaliar a informação pertinente e responder de modo concreto às situações de cuidado à criança e à família. Durante o percurso académico teórico-prático, foram desenvolvidas as CCEE, CEEEESIP e CME, refletindo um compromisso notável e esforço consistente em alinhar a prática profissional com a evidência científica atual, na melhoria contínua e na procura pela excelência nos cuidados.

Ao longo da elaboração do presente relatório, procurei elucidar as experiências significativas, bem como, as atividades realizadas nos diversos contextos de prática clínica. Os ensinamentos clínicos representaram campos de aprendizagem extremamente relevantes devido à diversidade de oportunidades e especificidades que proporcionaram, para o desenvolvimento e consolidação das competências inerentes ao EEESIP, nomeadamente, CCEE, CEEEESIP e CME, que permitiram consequentemente prestar cuidados de enfermagem diferenciados e de qualidade à criança e família.

Esse processo de aquisição e desenvolvimento das competências foi progressivo e dinâmico, resultante das necessidades sentidas nos diversos contextos. O sucesso na aquisição de competências, resultou de decisões fundamentadas, alinhadas aos princípios éticos e deontológicos da profissão de Enfermagem.

As práticas clínicas proporcionaram-me uma visão mais realista e a consciencialização dos desafios diários dos enfermeiros nesta área de especialização, ao

serem confrontados com problemas de resolução complexa, decisões difíceis, adaptação constante a novas situações e atualização permanente.

Enquanto futura EEESIP, reconheço a influência e a importância do EE nos papéis de liderança, como chefe de equipa, isso inclui coordenação da equipa de enfermagem, supervisão e apoio para garantir a eficácia da mesma, na gestão de recursos materiais e humanos, na investigação de práticas clínicas avançadas baseadas na evidência científica, na deliberação de decisões complexas e na colaboração com os restantes profissionais de saúde para garantir uma prestação de cuidados coordenada e eficaz.

O estudo de RIL conduzido, resultou na identificação de sete estratégias fundamentais para promover um sono saudável e seguro em lactentes durante o primeiro ano de vida. Essas estratégias são um importante contributo para a orientação da prática de Enfermagem, baseada em evidência científica, no âmbito do cuidado ao sono infantil. Além disso, destacou a importância da sensibilização e formação dos pais e profissionais de saúde sobre essa temática, bem como, a necessidade de realizar estudos de investigação, especialmente no contexto português. A realização desses estudos sugere a importância de adaptar e afunilar as práticas de cuidado ao sono infantil para atender às necessidades específicas da população local, reconhecendo que as estratégias podem variar com base em fatores culturais e contextuais. Isso reforça o compromisso com a melhoria contínua dos cuidados ao lactente em relação ao sono, visando a promoção de um desenvolvimento saudável e seguro durante o primeiro ano de vida.

No contexto de cuidados de enfermagem à criança e família, destacam-se elementos fundamentais para uma abordagem holística, que incluem o respeito pelos direitos e valores da criança e família, uma abordagem culturalmente sensível, o envolvimento da criança/família no plano de cuidados e uma comunicação terapêutica. Também o brincar facilitou a comunicação com a criança no decurso dos ensinamentos clínicos, bem como na preparação de procedimentos e proporcionou momentos de lazer e bem-estar.

A comunicação de notícias difíceis é uma tarefa complexa e sensível, e, embora tenha sido desafiador, a oportunidade de contactar com as crianças e famílias no hospital de dia oncológico foi também gratificante. Essa experiência proporcionou o desenvolvimento de competências em comunicação e gestão emocional, e evidenciou a importância do apoio emocional e do humor durante o processo de doença oncológica.

A principal dificuldade encontrada ao longo deste percurso académico foi conciliar a atividade profissional, pessoal e académica, sendo superada com o incentivo de todos os envolvidos neste processo e interesse pessoal nesta área de especialização.

De acordo com Benner (2001), a mestria da enfermagem especializada baseia-se num conjunto multifacetado de habilidades e atributos que incluem conhecimento técnico, capacidade de tomada de decisões, habilidades de comunicação eficaz, flexibilidade, responsabilidade, criatividade, pensamento crítico, iniciativa e um compromisso firme com a ética e a deontologia profissional. Essa mestria não é alcançada instantaneamente, mas é construída ao longo de um percurso profissional, refletindo a constante aprendizagem e desenvolvimento ao longo da vida do enfermeiro especialista. Desejo que, este seja o início de projetos profissionais no âmbito das competências de EEESIP e de mestre, com vista ao desenvolvimento pessoal e profissional contínuo. Deste modo, com o presente relatório evidencio uma etapa concluída com sucesso, mas não o fim do percurso. No que concerne a projetos futuros, pretendo propor a implementação da proposta de intervenção, continuando a investir na área do sono infantil e em projetos de Saúde Escolar.

Termino com a seguinte frase de Heráclito: “Nada é permanente, exceto a mudança”.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alma-Ata (1978). *Declaração de alma-ata*. <https://bioeticaediplomacia.org/wp-content/uploads/2013/10/alma-ata.pdf>
- Antunes, N. (2018). *Sentidos*. Lua de Papel.
- Assembleia Geral das Nações Unidas (1959). *Declaração dos direitos da criança*. [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs\\_referencia/declaracao\\_universal\\_direitos\\_crianca.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/ECidadania/Docs_referencia/declaracao_universal_direitos_crianca.pdf)
- Alvarenga, W., Machado, J., Leite, A., Vieira, M., Rocha, S. & Nascimento, L. (2021). Spiritual Needs of Brazilian Children and Adolescents with Chronic Illnesses: A Thematic Analysis. *Journal of Pediatric Nursing*, 60. [https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963\(21\)00061-0/fulltext](https://www.pediatricnursing.org/article/S0882-5963(21)00061-0/fulltext)
- Aviz, A., Pereira, M. & Simões, J. (2022). Supervisão em Ensino Clínico de Enfermagem: Vivências significativas dos Enfermeiros Supervisores. *Research, Society and Development*, 11 (10), 1-8. <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/32295/27826>
- Azevedo, L., Mota, L. & Machado, A. (2015). Ambiente de sono seguro no primeiro ano de vida. *Nascer e Crescer*, 24 (1), 18-23.
- Balkhi, B., Alshahrani, A. & Khan, A. (2022). Just-in-time approach in healthcare inventory management: Does it really work? *Saudi Pharmaceutical Journal*. 30(12), 1830-1835. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9805965/#>
- Bellagamba, F., Presaghi, F., Marco, M., D'Abundo, E., Blanchfield, O. & Barr, R. (2021). How infant and toddlers' media use is related to sleeping habits in everyday life in Italy. *Frontiers in Psychology*, 12, 1-13. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8020901/pdf/fpsyg-12-589664.pdf>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto Editor

- Benner, P., Tanner, C. & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment, and ethics* (2<sup>a</sup> ed.). Springer.  
[https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=6Ql8AAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=expertise+in+nursing+practice+caring+clinical+judgement+and+ethics&ots=gjABnD3yIL&sig=BcBbH0BXPglQHd6NIa5Z5ZQHeV8&redir\\_esc=y#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?hl=ptPT&lr=&id=6Ql8AAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR5&dq=expertise+in+nursing+practice+caring+clinical+judgement+and+ethics&ots=gjABnD3yIL&sig=BcBbH0BXPglQHd6NIa5Z5ZQHeV8&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false)
- Benner, P., Kyriakidis, P. & Stannard, D. (2011). *Clinical wisdom and interventions in acute and critical care: A thinking-in-action approach* (2<sup>a</sup> ed.). Springer Publishing Company.
- Bitencourt, J., Pinheiro, L., Percisi, A., Parker, A., Teixeira, A. & Bertocello, K. (2020). Auditoria: uma tecnologia de gestão para qualificação do processo de enfermagem. *Revista Baiana de Enfermagem*, 34, 1-10.  
<https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/36251/21601>
- Bronfenbrenner, U. (2011). *Bioecologia do desenvolvimento humano: tornando os seres humanos mais humano*. Artmed
- Brunt, B. & Bogdan, B. (2023). *Nursing professional development leadership*. StatPearl.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30085606/>
- Bulut, A. & Celik, G. (2021). Knowledge, attitude and behaviors of mothers with 0-1 year olds about infant and personal care. *International Journal of Caring Sciences*, 14(1), 401-409.  
[https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/43\\_bulut\\_original\\_14\\_1.pdf](https://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/43_bulut_original_14_1.pdf)
- Candido L. & Tacla, M. (2015). Avaliação e caracterização da dor na criança: utilização de indicadores de qualidade. *Revista de enfermagem UERJ*, 23(4), 526-532.  
<https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/10514>
- Cardoso, A. (2011). *Tornar-se mãe, tornar-se pai: Estudo sobre a avaliação das competências parentais* (Dissertação Doutor em Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa Porto) Universidade Católica Portuguesa Porto.  
[https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae\\_tornar-](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/20745/1/Tornar-se%20mae_tornar-)

se%20pai\_Estudo%20sobre%20avaliacao%20compet%C3%A2ncias%20parentais.pdf

Constituição da República Portuguesa. (2005).

<https://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

Cordeiro e Carvalho, J. (2020). *Adesão dos enfermeiros à notificação de eventos adversos em pediatria* (Dissertação de Mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública).

Universidade Nova de Lisboa.

[https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20-](https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Carvalho.pdf)

[%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-](https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Carvalho.pdf)

[%20Joana%20Carvalho.pdf](https://run.unl.pt/bitstream/10362/118993/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Joana%20Carvalho.pdf)

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. In E. Glasper & A. Tucker (Ed.). *Advances in child, health nursing* (pp. 181-193). Scutari Press.

Coelho, M. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31-38. [https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/263859419_Comunicacao_terapeutica_em_enfermagem_Como_a_caracterizam_os_enfermeiros/links/545430060cf2bccc490b2c75/Comunicacao-terapeutica-em-enfermagem-Como-a-caracterizam-os-enfermeiros.pdf)

[2/publication/263859419\\_Comunicacao\\_terapeutica\\_em\\_enfermagem\\_Como\\_a\\_c](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/263859419_Comunicacao_terapeutica_em_enfermagem_Como_a_caracterizam_os_enfermeiros/links/545430060cf2bccc490b2c75/Comunicacao-terapeutica-em-enfermagem-Como-a-caracterizam-os-enfermeiros.pdf)

[araterizam\\_os\\_enfermeiros/links/545430060cf2bccc490b2c75/Comunicacao-](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/263859419_Comunicacao_terapeutica_em_enfermagem_Como_a_caracterizam_os_enfermeiros/links/545430060cf2bccc490b2c75/Comunicacao-terapeutica-em-enfermagem-Como-a-caracterizam-os-enfermeiros.pdf)

[terapeutica-em-enfermagem-Como-a-caraterizam-os-enfermeiros.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Carlos-Sequeira-2/publication/263859419_Comunicacao_terapeutica_em_enfermagem_Como_a_caracterizam_os_enfermeiros/links/545430060cf2bccc490b2c75/Comunicacao-terapeutica-em-enfermagem-Como-a-caracterizam-os-enfermeiros.pdf)

Cohen-Silver, J., & Ratnapalan, S. (2009). Management of infantile colic: A review. *Clinical Pediatrics*, 48(1), 14-17.

[https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0009922808323116?url\\_ver=Z39.88-](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0009922808323116?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

[2003&rfr\\_id=ori:rid:crossref.org&rfr\\_dat=cr\\_pub%20%20pubmed](https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0009922808323116?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%20%20pubmed)

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2022). *Enfermeiros: Uma voz para liderar. Investir em Enfermagem e respeitar os seus direitos para garantir a saúde global*.

[https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-](https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf)

[05/ICN\\_Kit\\_Portugue%CC%82s\\_FINAL\\_low%20res.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2022-05/ICN_Kit_Portugue%CC%82s_FINAL_low%20res.pdf)

Cole, R., Young, J., Kearney, L. & Thompson, J. (2022). Infant care practices, caregiver awareness of safe sleep advice and barriers to implementation: A scoping review.

*International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19, 1-26.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35805369/>

Comissão Nacional de Cuidados Paliativos. (2021). *Plano estratégico para o desenvolvimento dos cuidados paliativos*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/23835/pedcp-2021-2022.pdf>

Cook, G., Appleton, J. & Wiggs, L. (2020). Parentally reported barriers to seeking help and advice for child sleep from healthcare professionals. *Child: Care, Health and Development*, 46, 513-521. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31925800/>

Cook, G., Appleton, J. & Wiggs, L. (2022). UK parents' help-seeking for child sleep: A qualitative investigation into parental preferences and reservations about resources. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), 5378-5390.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35942805/>

Cruz, D., Oliveira, F., Marques, D. & Souza, I. (2016). Sentimentos e expectativas de mães de recém-nascidos prematuros de uma unidade de terapia intensiva. *Revista Ciências Saúde Nova Esperança*, 14(2), 105-114.

Cunningham, H., Vally, H. & Bugeja, L. (2018). Bed-Sharing in the First 8 weeks of life: An Australian Study. *Maternal and Child Health Journal*, 22(4), 556-564.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29299793/>

Decreto-Lei n.º 281/2009. **Diário da República** I Série. 193 (06-10-2009) 7298-7301.  
[Consult. 01-06-2022]. Disponível em  
<https://files.dre.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>

Decreto-Lei nº 161/96. Diário da República I série. 205 (27/05/2015). [Consult. 01 jan 2023].  
Disponível em WWW: <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018. **Diário da República** I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182.  
Consultado em: [https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?\\_ts=1680825600034](https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879?_ts=1680825600034)

- Decreto Regulamentar n.º 14/2012. **Diário da República** I série 19 (26-01-2012). [Consult. 01 de jun. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.dre.pt/1s/2012/01/01900/0048000482.pdf> >
- Delgado, B. F. F. (2015). *A importância do capital humano nas organizações*. (Dissertação de Mestrado, Instituição Superior de Contabilidade e Administração do Porto) Instituto Politécnico do Porto. [https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7799/1/Bruna\\_Delgado\\_MCF\\_2015.pdf](https://recipp.ipp.pt/bitstream/10400.22/7799/1/Bruna_Delgado_MCF_2015.pdf)
- Department of Education and Training. (2017). *Maternal and child health service: Safe sleeping checklist*. <https://www.education.vic.gov.au/Documents/childhood/parents/mch/safesleepchecklist.pdf>
- Despacho nº 5739/2015. **Diário da República** II Série 102 (29-05-2015) 13878-13879 103 [Consult. 01 de jun. 2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>>.
- Despacho nº 1250/2020. **Diário da República** II Série 102 (28-01-2020) 125-127 [Consult. 01 de jun. 2023]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/1250-2020-128571977> >.
- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** II Série 102 (24-09-2021) 96-103 [Consult. 01 de jun. 2023]. Disponível em WWW: <<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094> >.
- Dias, T., Reichert, A., Evangelista, C., Batista, P., Buck, E. & França, J. (2023). Assistência de enfermeiros a crianças em cuidados paliativos: estudo à luz da teoria de Jean Watson. *Escola Anna Nery*, 27. <https://www.scielo.br/j/ean/a/WQvh8ykThsc7d37BsX7fKfH/>
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. [comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2\\_26\\_47.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf)

- Diogo, P. (2019). *Trabalho emocional em enfermagem pediátrica: Um modelo orientador da prática*. [https://www.researchgate.net/profile/Paula-Diogo/publication/337447491\\_Trabalho\\_Emocional\\_em\\_Enfermagem\\_Pediatrica\\_um\\_Modelo\\_orientador\\_da\\_pratica\\_2\\_versao\\_revista/links/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/Trabalho-Emocional-em-Enfermagem-Pediatrica-um-Modelo-orientador-da-pratica-2-versao-revista.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Paula-Diogo/publication/337447491_Trabalho_Emocional_em_Enfermagem_Pediatrica_um_Modelo_orientador_da_pratica_2_versao_revista/links/5dd82e9da6fdccdb445a1c17/Trabalho-Emocional-em-Enfermagem-Pediatrica-um-Modelo-orientador-da-pratica-2-versao-revista.pdf)
- Direção-Geral de Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente\\_Final.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf)
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 010/2013: Programa nacional de saúde infantil e juvenil**. 2013. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 016/2015: Diagnóstico e tratamento da bronquiolite aguda em idade pediátrica**. 2015. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde – **Norma nº 015/2015: Programa nacional de saúde escolar**. 2015. Acessível na DGS
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo da Dor*. [https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa\\_Nacional\\_para\\_a\\_Preven%C3%A7%C3%A3o\\_e\\_Controlo\\_da\\_Dor\\_-\\_2017.pdf](https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Programa_Nacional_para_a_Preven%C3%A7%C3%A3o_e_Controlo_da_Dor_-_2017.pdf)
- Direção-Geral de Saúde. (2019). *Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde (2021). *Carta dos direitos do doente internado*. <https://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i006779.pdf>
- Drew, B., Harker, D. & Karmes, A. (2015). Diagnosis and treatment of gastroesophageal reflux in infants and children. *American Academy of Family Physicians*, 92(8), 705-717. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2015/1015/p705.html>

- European Association for Children in Hospital. (2016). *Anotações à carta da criança hospitalizada*. [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes\\_2017\\_compressed.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Anotacoes_2017_compressed.pdf)
- European Association for Palliative Care. (2022). *Carta europeia dos cuidados paliativos para crianças e jovens*. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/GdT%20CCP/GDT\\_CPP\\_EAPC%20CYP%20Charter\\_full%20colour%20Portuguese.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/GdT%20CCP/GDT_CPP_EAPC%20CYP%20Charter_full%20colour%20Portuguese.pdf)
- Ferreira, S. L. P. (2017). *Preparação da criança e família para a cirurgia programada: O cuidado de enfermagem rumo à satisfação do cliente* (Relatório de estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10400.26/18988>
- Fong, H., Rothman, E., Garner, A., Ghazarian, S., Morley, D., Singerman, A. & Bari-Merritt, M. (2018). Association between Health Literacy and Parental Self-Efficacy among Parents of newborn children. *The Journal of Pediatrics*, 202, 265-271. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30029856/>
- Galvão, D., Marques, C., Teixeira, D., Cunha, M. (2018). O enfermeiro e a família da criança com perturbação do espectro do autismo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 279-286. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v3.1274>
- Garcia, C., Mascarenhas, I., Teixeira, A., Bento, V., Alves, C., & Almeida, H. (2016). Recém-nascidos no serviço de urgência pediátrica: Casuística de um ano. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47, 61-67. <https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/1634/1/Acta%20Pediatr%20Port%202016%2C%2047%2C%2061-7.pdf>
- Gilmer, C., Buchan, J., Letourneau, N., Bennett, C., Shanker, S., Fenwick, A. & Smith.Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: a realist review. *International Journal of Nursing Studies*, 59, 118-133. [https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916300074?ref=cra\\_js\\_challenge&fr=RR-1](https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748916300074?ref=cra_js_challenge&fr=RR-1)

- Girão, R. (2016). *Cólica infantil: causas, sintomas e tratamento* (Monografia de Mestrado, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra). Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/41935/1/Monografia%20FormatadaColica.pdf>
- Goes, A. (2019). Literacia em saúde parental: dos fundamentos às intervenções. *Revista Saúde e tecnologia*, 22, 8-12. <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/11464>
- Gomes, C. (2009). Cuidar do sono do bebé. *Revista de Enfermagem Referência*, (9), 69-77. [https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id\\_artigo=2134&id\\_revista=4&id\\_edicao=26](https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=2134&id_revista=4&id_edicao=26)
- González, L., Caravaca, I., García, C. & Querol, M. (2023). A presença dos pais durante procedimentos pediátricos invasivos: depende de quê? *Revista Latino-Americana Enfermagem*, 1-14. <https://www.scielo.br/j/rlae/a/B5fmyDLbpRJh8bQN9PtMNvh/?format=pdf&lang=pt>
- Graves, L. E., & Donaghue, K. C. (2019). Management of diabetes complications in youth. *Sage Journals*, 10, 1-12. <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/2042018819863226>
- Guedes, M. (2020). Contexto sociofamiliar e perturbação do espectro do autismo no município de Rio das Flôres. (Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa). Universidade Fernando Pessoa. [https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9864/1/DM\\_37686.pdf](https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/9864/1/DM_37686.pdf)
- Haraldstad, K., Kvarme, L., Christophersen, K. & Helseth, S. (2019). Associations between self-efficacy, bullying and health-related quality of life in a school sample of adolescents: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 19(757), 1-9. <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-019-7115-4>
- Hamilton, H., Knudsen, G., Vaina, C., Smith M. & Paul, S. (2017). Children and young people with diabetes: recognition and management. *British Journal of Nursing*, 26(7), 340-347. <https://doi.org/10.12968/bjon.2017.26.6.340>

- Hanafin, S. (2018). Sleep patterns and problems in infants and young children in Ireland. *Child: Care, Health and Development*, 44(3), 470-475.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29230867/>
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children* (11ª ed.). St. Louis, Missouri
- Instituto de Apoio à Criança. (2006). *Acolhimento e estadia da criança e do jovem no hospital*. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/07/acolhimento-estadia-crianca-jovem-hospital.pdf>
- Instituto de Apoio à Criança (2017). *Carta da criança hospitalizada*. [https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Carta-Crianca-Hospitalizada\\_5-edi%C3%A7%C3%A3o.pdf](https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2021/02/Carta-Crianca-Hospitalizada_5-edi%C3%A7%C3%A3o.pdf)
- International Diabetes Federation. (2021). *IDF diabetes atlas*.  
[https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF\\_Atlas\\_10th\\_Edition\\_2021.pdf](https://diabetesatlas.org/idfawp/resource-files/2021/07/IDF_Atlas_10th_Edition_2021.pdf)
- Leininger, M. (1991). *Culture care diversity and universality: A theory of nursing*. National League for Nursing Press.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas*. Edições ASA.
- Lei nº 156/2015. **Diário da República** I Série. 181 (16-09-15) 8059-8104. [Consult. 01 jan. 2023] Disponível em WWW: <  
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>>
- Logsdon, M., Davis, D., Eckert, D., Soares, F., Stikes, R., Rushton, J., Myers, J., Capp, J. & Sparks, K. (2015). Feasibility of two educational methods for teaching new mothers: a pilot study. *Interactive Journal of Medical Research*, 4(4), e20.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4704909/>
- Lorié, A., Reiner, D., Philips, M., Zhang, L. & Riess, H. (2017). Culture na nonverbal expressions of empathy in clinical settings: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 411-424.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0738399116304463#preview-section-references>

- Magalhães, C. (2017). *Refletir sobre a prática para melhorar a qualidade dos cuidados* (Relatório de Estágio, Universidade Católica Portuguesa Porto). Universidade Católica Portuguesa Porto. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/22926/1/TESE%20ALTERADO%20PÓS%20DEFESA.pdf>
- Martin, R., & Ford, T. (2018). *The psychology of humor: An integrative approach* (2ª ed.). Elsevier.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company
- Mendes, A. (2014). *Ficha técnica do CIM: Centro de informação do medicamento: Cólica infantil*. <https://www.ordemfarmaceuticos.pt/pt/publicacoes/fichas-tecnicas/ft111-colica-infantil/>
- Mersky, J., Lee, C., Gilbert, R. & Goyal, D. (2020). Prevalence and correlates of maternal and infant sleep problems in a low-income US sample. *Maternal and Child Health Journal*, 24, 196–203. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31834605/>
- Middlemiss, W., Stevens, H., Ridgway, L., McDonald, S. & Koussa, M. (2017). Response-based sleep intervention: Helping infants sleep without making them cry. *Early Human Development*, 108, 49-57. <https://www.1001kritiekedagen.nl/wp-content/uploads/2021/06/Response-based-sleep-intervention.pdf>
- Mororó, D., Enders, B., Lira, A., Silva, C. & Menezes, R. (2017). Análise conceitual da gestão do cuidado em enfermagem no âmbito hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 323-332. <https://www.scielo.br/j/ape/a/KkrK5LqytwSghLpg3vFzvbj/?format=pdf&lang=pt>
- Moura, E., Lima, M., Peres, A., Lopez, V., Batista, M. & Braga, F. (2019). Relationship between implementation of the primary nursing model and the reduction of missed nursing care. *Journal Nursing, Management*, 8(8), 2103-2112. <https://doi.org/10.1111/jonm.12846>

- Nações Unidas. (2022). *OMS promove novas diretrizes para cuidados com bebês prematuros*. <https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477>
- Neto, G., Nunes, W., Andrade, L., Vieira, D., Reichert, A. & Santos, N. (2020). Vigilância do desenvolvimento infantil: Implementação pelo enfermeiro a estratégia saúde da família. *Revista de Pesquisa Cuidado e Fundamental Online*, (12), 1309-1315 <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v12.9885>
- Neuman, B. (1995). *The neuman systems model* (3ª ed.). Appleton&Lange.
- Norouzinia, R., Aghabarari, M., Shiri, M., Karimi, M. & Samami, E. (2016). Communication barriers perceived by nurses and patients. *Global Journal of Health Science*, 8(6), 65-74. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4954910/>
- Nozes, R. (2018). *A intervenção com famílias de crianças em risco familiar e ambiental*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Educação e Ciências Sociais do Instituto Politécnico de Portalegre). Instituto Politécnico de Portalegre. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22783/1/A%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20com%20Fam%C3%ADlias%20de%20Crian%C3%A7as%20em%20Risco%20Familiar%20e%20Ambiental%20-%20Raquel%20Nozes.pdf>
- Nunes, L. (2011). *Ética de enfermagem: fundamentos e horizontes*. Lusociência.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (vol. 1). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatica\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011a). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (vol. 2). [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticeesip\\_volii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticeesip_volii.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2011b). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (vol. 3).  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE\\_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP\\_Vol\\_III.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologica\\_scontrolodorcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologica_scontrolodorcrianca.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2014). *Norma para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro\\_Norma\\_de\\_DotacoesSeguras\\_dos\\_Cuidados\\_de\\_Enfermagem\\_AG\\_30\\_05\\_2014\\_aprovado\\_por\\_maioria\\_proteg.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/PontoQuatro_Norma_de_DotacoesSeguras_dos_Cuidados_de_Enfermagem_AG_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Parecer nº19/2019: Cálculo de dotações seguras nos cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/16903/parecer-mceesip-n%C2%BA19-2019-c%C3%A1lculo-dota%C3%A7%C3%B5es-seguras-nos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de enfermeiro especialista*.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2020a). *Diretrizes sobre atividade física, comportamento sedentário e sono para crianças com menos de 5 anos de idade*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311664/9786500208764-por.pdf?sequence=61&isAllowed=y>

- Organização Mundial da Saúde. (2020b). *Manual de políticas e estratégias para a qualidade dos cuidados de saúde*.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>
- Organização Mundial da Saúde. (2021). *The global diabetes compact what you need to know*.  
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/diabetes/gdc\\_need\\_to\\_know\\_web.pdf?sfvrsn=7a4af558\\_4](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/diabetes/gdc_need_to_know_web.pdf?sfvrsn=7a4af558_4)
- Palomares, M., Rejano, M., Ardila, E., Fernández, J., Ruiz, P. & Mansilla, J. (2021). The impacto f a preterm baby arrival in a family: a descriptive cross-sectional pilot study. *Journal of Clinical Medicina*, 10(19), 1-12.  
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8509143/pdf/jcm-10-04494.pdf>
- Pereira, A. (2019). Cálculo das dotações de Enfermeiros nas Unidades de Neonatologia. (Dissertação de Mestrado, Universidade Nova de Lisboa). Escola Nacional de Saúde Pública. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/92877/1/RUN%20-%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20-%20Ana%20Rita%20Pereira.pdf>
- Portaria n.º159/2012. **Diário da República** I Série 99 (22-05-2012). 2672-2674. [Consult. 02 jun. 2023] Disponível em WWW: <  
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/05/09900/0267202674.pdf> >
- Portaria n.º 350-A/2017. **Diário da República** I Série. 219 (14-11-17) 6038-(2) -6038-(4). [Consult. 01 set. 2023] Disponível em WWW: <  
<https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/1s/2017/11/21901.pdf> >
- Regulamento n.º 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. [Consult. 01-06-2023]. Disponível em WWW: <  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>>.
- Regulamento n.º 351/2015. **Diário da República** II Série. 119 (22-06-2015) 16660-16665. [Consult. 01-06-2023]. Disponível em WWW: <  
<https://files.dre.pt/2s/2015/06/119000000/1666016665.pdf>>.

- Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194.  
[Consult. 01-06-2023]. Disponível em WWW: <  
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>>.
- Reticena, K., Gomes, M. & Fracolli, L. (2022). Promoção da parentalidade positiva: preceção de enfermeiros da atenção básica. *Texto & Contexto Enfermagem*.  
<https://www.scielo.br/j/tce/a/FKmfvNmSMfdMzLSYs8wcTHS/?format=pdf&lang=pt>
- Rodrigues, B., José, S., Carmo, S., Silva, G. & Silva, T. (2021). A comunicação de notícia difíceis pelos enfermeiros nos cuidados paliativos oncológico pediátricos: uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(10), 1-11.  
<http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18788>
- Saraiva, A., Silva, L. & Souza, S. (2021). Orientações de enfermagem no cuidado ao lactente com choro excessivo: revisão integrativa. *Revista eletrónica Acervo Enfermagem*, 15, 1-10. <https://doi.org/10.25248/REAEnf.e8846.2021>
- Sillmann, M. & Sá, M. (2015). A recusa de tratamento médica por crianças e adolescentes: uma análise a partir da competência de Gillick. *Revista Brasileira de Direito Civil em Perspectiva*, 1(2), 70-89.  
[https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj0yYWMwZSBaxU4VKQEHWH0C6UQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.indexlaw.org%2Findex.php%2Fdireitocivil%2Farticle%2Fdownload%2F720%2F715&usg=AOvVaw1zn\\_11u\\_3fqCfC74oLRh-5&opi=89978449](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwj0yYWMwZSBaxU4VKQEHWH0C6UQFnoECBAQAQ&url=https%3A%2F%2Fwww.indexlaw.org%2Findex.php%2Fdireitocivil%2Farticle%2Fdownload%2F720%2F715&usg=AOvVaw1zn_11u_3fqCfC74oLRh-5&opi=89978449)
- Serra, D., Costa, I., Godinho, S., Henriques, M. & Gouveia, M. (2022). *As auditorias em enfermagem nas organizações de saúde: Revisão narrativa da literatura*.  
<https://journals.ucp.pt/index.php/gestaoedesenvolvimento/article/view/11388>
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). *Humanização hospitalar no SNS*.  
<https://www.sns.gov.pt/noticias/2019/09/05/humanizacao-hospitalar-no-sns/>
- Sherman, P., Hassall, E., Fagundes-Neto, U., Gold, B., Kato, S., Koletzko, S., Oenstein, S., Rudolph, C., Vakil, N. & Vandenplas, Y. (2009). A global, evidence-based consensus on the definition of gastroesophageal reflux disease in the pediatric

- population. *The American Journal of gastroenterology*, 104(5).  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19352345/>
- Smith, P. (2012). *Emotional Labour of Nursing Revisited: Can nurses Still Care?* (2nd ed.).  
Palgrave Macmillan
- Smith, B., & Magnani, J. (2019). New technologies, new disparities: The intersection of  
electronic health and digital health literacy. *International journal of cardiology*,  
292, 280–282. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31171391/>
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2014). *Cuidados paliativos pediátricos*.  
[https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes\\_SPP/Relatorio%20do%20GdT%20de%20CPP.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/Relatorio%20do%20GdT%20de%20CPP.pdf)
- Souza, M., Silva, M. & Carvalho, R. (2010). Revisão integrativa: O que é e como fazer.  
*Einstein*, 8(2), 102-106.  
[scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt](https://scielo.br/j/eins/a/ZQTBkVJZqcWrTT34cXLjtBx/?format=pdf&lang=pt)
- Tamez, R. (2017). *Enfermagem na UTI Neonatal* (6ª ed.) Guanabara
- Tang, L., Xu, Z., Yao, P. & Zhu, H. (2022). Meta-Analysis of the Effect of Nursing  
Intervention on Children with Type 2 Diabetes. *Computational and Mathematical  
Methods in Medicine*, 1-10. <https://doi.org/10.1155/2022/6185739>
- Together for Short Lives. (2018). *A guide to children's palliative care*.  
<https://www.togetherforshortlives.org.uk/app/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>
- UN Women. (2019). *Progress of the world's women 2019-2020. Families in a changing world*.  
<https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2019/Progress-of-the-worlds-women-2019-2020-en.pdf>
- UNICEF. (2019). *Convenção sobre os Direitos da Criança*.  
<https://www.unicef.org/brazil/cdc-versao-crianca>
- Vaz, J., Milbrath, V., Gabatz, R., Motta, M., Neves, E. & Vaz, E. (2022). Situações de  
vulnerabilidade vivenciadas por familiares na hospitalização de crianças com

condição crónica. *Revista de Enfermagem Referência*, (1), 1-10  
<https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/28657/20363>

Ventura, J., Martins, M., Trindade, L., Ribeiro, O. & Cardoso, M. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295.  
[https://www.researchgate.net/publication/354634310\\_Metodos\\_de\\_trabalho\\_dos\\_enfermeiros\\_em\\_hospitais\\_scoping\\_review](https://www.researchgate.net/publication/354634310_Metodos_de_trabalho_dos_enfermeiros_em_hospitais_scoping_review)

Vieira, V. Araújo, C. & Jamelli, S. (2016). Desenvolvimento da fala e alimentação infantil: possíveis implicações. *Revista CEFAC*, 18(6), 1359-1369  
<https://www.scielo.br/j/rcefac/a/MBDbdqYWMs9GyFZb6tSbbZC/?lang=pt>

Worldwide Palliative Care Alliance. (2020). *Global atlas of palliative care* (2nd ed.).  
<https://thewhpc.org/resources/global-atlas-of-palliative-care-2nd-ed-2020/>

Yoo, S. & Cho, H. (2020). Exploring the influences of nurses' partnership with parents, attitude to families' importance in nursing care, and professional self-efficacy on quality of pediatric nursing care: A path model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 1-13 <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/15/5452>

Zanon, B., Cremonese, L., Ribeiro, A., Padoin, S. & Paula, C. (2019). Comunicação de más notícias em pediatria: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 74(Suppl 4),  
<https://www.scielo.br/j/reben/a/dSXbkVGGpKvPQKJDxd7Y3Dr/?format=pdf&lang=pt>

## **APÊNDICES**



## APENDICE A – PLANO DE SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

**Tema:** Comer bem, crescer saudável

**Objetivos:** Que as crianças adquiram conhecimentos sobre uma alimentação completa, equilibrada e variada para que possam adotar um comportamento consciente; que as crianças compreendam o que é a diabetes e a importância de manter uma alimentação saudável e uma atividade física regular

**Formador:** estudante do MESIP Vanessa Dias

**Destinatários:** 15 alunos do 3º ano da Escola dos Louros

**Metodologia:**

- Apresentação com recurso a imagens, banda desenhada e vídeo
- Jogos/dinâmicas com a turma.

**Duração:** 40 minutos

1. Apresentação dos formadores à turma
2. Exibição do tema
3. Questionar às crianças se conhecem a Roda dos Alimentos
4. Explicar de forma simples a Roda dos Alimentos com apoio da imagem numa cartolina e com os alimentos em papel de EVA presos com velcro, esses alimentos serão usados no primeiro jogo e fornecer a cada criança um desenho para colorir da Roda da Alimentação da mimosa.pt.

*A Roda é muito importante, ajuda-nos a escolher e a combinar os alimentos que devem fazer parte da nossa alimentação diária. Está dividida em 7 grupos de alimentos, com diferentes tamanhos. O grupo de maior dimensão são os alimentos que devemos comer em maior quantidade por dia. Devemos ter uma alimentação completa, equilibrada (de cada grupo) e variada (diferentes alimentos dentro do grupo).*

*A água encontra-se no centro da roda, faz parte da constituição de quase todos os alimentos e a água é imprescindível à vida. Devemos beber 1,5 a 3 litros por dia. Sem água e sem comida não podemos viver!*

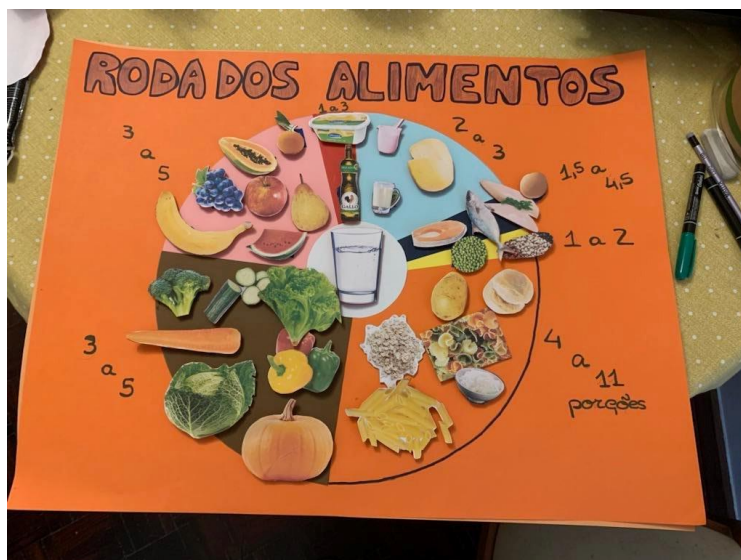


Figura 1. Roda dos Alimentos

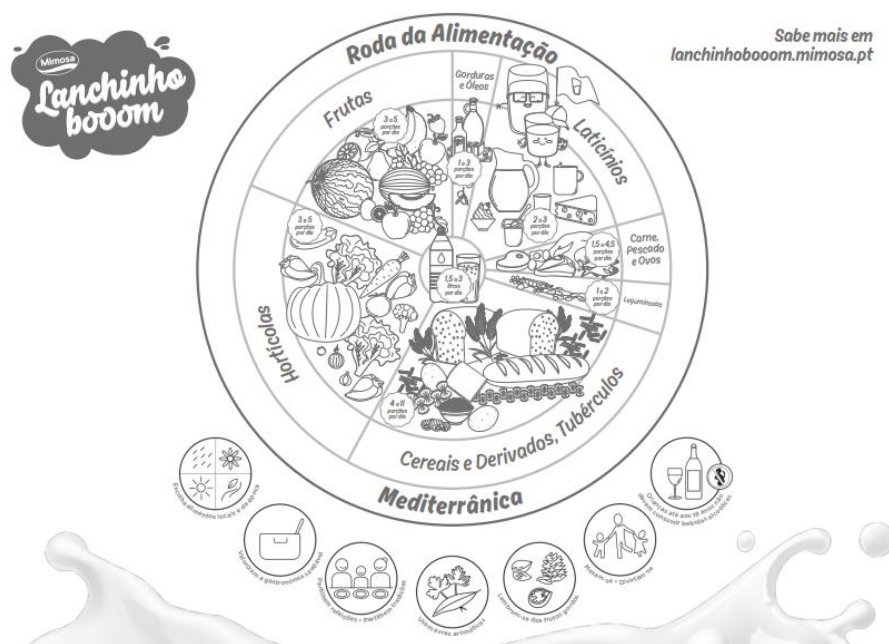


Figura 2. Desenho para colorir do site mimosa.pt

5. Primeiro jogo: “Cria um prato saudável?”. Com o apoio de uma cartolina grande estará desenhado um tabuleiro com prato, garfo, faca, colher e copo de água, fora do tabuleiro duas tabelas com os seguintes títulos: EM DIAS DE FESTA (raramente) e TODOS OS DIAS (diariamente). O primeiro objetivo do jogo é que as crianças selecionem alimentos para construir uma refeição saudável, posto isto, podem escolher alimentos para as tabelas fora do tabuleiro (raramente: McDonalds, chocolate, doces, bolos / diariamente: leite, pão, frutas)



Figura 3. Cria um prato saudável

Agora que já sabemos sobre alimentação saudável, quero explicar o que acontece no nosso corpo quando ingerimos os alimentos.

Neste momento, coloco o avental pedagógico do corpo humano, com o objetivo principal de elucidar onde se encontra o fígado e o pâncreas.



Figura 4. Avental pedagógico do corpo humano

6. Segundo jogo: “Circuito do alimento até as células”, este jogo consiste na compreensão da fisiopatologia da diabetes de forma simples. Com uma linguagem clara e simples explicar a importância da glicose nas células e explicar o que são células.

Sabem o que são células?

As células são tão pequenas que não podemos observar ao olho nu.

O nosso corpo é formado por imensas células, 10 trilhões de células que trabalham juntas e com funções diferentes, por exemplo quando temos um corte no dedo não ficamos para sempre com esse corte, certo?! as células correm para lá e trabalham em conjunto para tapar esse buraco na nossa pele.

Mas para as células trabalharem com força e energia o que precisam? São como nós, precisam de comida! Se eu não comer não tenho energia para brincar com os meus amigos nem tenho energia para fazer os trabalhos de casa.

O que as células gostam é da glicose (o açúcar). O arroz que nós comemos transforma-se em glicose, a glicose é então a comida da célula para ter energia e trabalhar corretamente.

Para este jogo disponibilizamos os alimentos que se encontram na Roda dos Alimentos. Os alimentos saudáveis correspondem a 2 moedas (as moedas simbolizam a glicose) e os alimentos menos saudáveis serão 6 moedas.

Questionar quem quer ser o primeiro a começar o jogo.

Pedir à criança para escolher um alimento. Quando eu receber o alimento explico que esse alimento se transformou em glicose no fígado, aponto para o fígado e tiro do meu bolso as moedas (glicose) correspondente ao alimento escolhido.

Agora peço para tirar do meu avental o pâncreas. Explico que é produzido a insulina no pâncreas e que a insulina neste jogo é representada por carrinhos. Dou à criança os carrinhos correspondentes ao número de moedas. E explico que a insulina (carrinho) irá transportar a glicose (açúcar) para a célula, que só assim a glicose consegue entrar na célula. Pedir à criança para realizar o circuito até à célula. Ao mesmo tempo que realiza o circuito explico que os carrinhos estão a andar na corrente sanguínea (no sangue, um género de túnel) até chegar à célula. Finalmente chegou à célula! Célula ficou contente!



Figura 5. Tubo representativo do sangue

*“O que acabaram de ver é aquilo que acontece no nosso corpo quando comemos! agora vamos tornar este jogo difícil, quem quer ajudar-me?”*

Pedir a colaboração de outra criança para escolher um alimento, dar-lhe as moedas correspondentes. A diferença é que quando chega ao pâncreas vou dar um número inferior de carros (insulina), e vou pedir que faça o transporte até a célula com os conjuntos que tiver (carrinho + moeda). *O que vai acontecer neste exemplo é que não temos carrinhos suficientes para transportar todas as moedas, isto é o que acontece as pessoas que são diabéticas tipo 2. Elas ficam docinhas porque a célula não come o açúcar e a célula fica triste e fraquinha, com pouca vontade de trabalhar.*

Explicar se escolher alimentos menos saudáveis mais haverá glicose no sangue, mais docinho fica o sangue.

Pedir a colaboração de outra criança para escolher um alimento, dar o número correspondente de moedas. Nesta situação o pâncreas não irá produzir insulina (sem insulina = sem carrinhos). As moedas permaneceram na corrente sanguínea e não irá entrar na célula porque não há o transporte (insulina). Explicar que esta situação acontece na diabetes tipo 1, *“o pâncreas adormeceu e deixou de fabricar a insulina e assim a célula ficou triste e sem energia para trabalhar. Nos dois casos o sangue está docinho (tem muitas moedas – chamamos de hiperglicemia). Quando estamos enjoados de doces (maldispostos) o que nos apetece? Água!!! Beber muita água e acabamos por fazer mais xixi. Quando isto acontece, de sentir muita sede e de ir mais vezes a casa de banho pode ser sinal de diabetes. O sangue muito doce pode fazer mal aos nossos olhos, ao coração, aos rins. Por isso não é bom ingerirmos tanto açúcar pois só prejudica o nosso corpo”*

Explicar que os investigadores ainda não encontraram uma causa para a diabetes tipo 1, mas sabemos que uma alimentação pouco saudável, excesso de peso e não fazer atividade física podemos desenvolver a diabetes tipo 2. *“Por isso todos nós devemos ter uma alimentação equilibrada e fazer exercício físico regular”*

### **Resumindo....**

*“O nosso corpo é preenchido de células, células da pele, célula dos músculos, célula do sangue e outras. Essas células se alimentam de glicose. A glicose está nos alimentos que comemos, tipo pão, arroz, leite, entre outros. Esses alimentos transformam-se em glicose para deixar as nossas células fortes. Para essa glicose entrar nas células precisa da ajudinha da insulina. A insulina é então o transporte da glicose e a chave para entrar na célula. No pâncreas houve uma luta entre soldados e acabou por morrer toda a insulina existente. Sem insulina a célula fica à fome. Ninguém é culpado dessa batalha! Mas ainda bem que os cientistas desenvolveram a caneta insulina, que salva a vida!”*

# O QUE É DIABETES?

1

Certos tipos de alimentos que comemos são transformados em glicose.



2

A glicose é o alimento das nossas células e fonte de energia para o nosso corpo.



3

Através das paredes do intestino a glicose vai para o sangue para ser transportada até as células. Mas para que a célula se alimente da glicose, é necessária a insulina, produzida pelo pâncreas, um órgão que fica dentro da nossa barriga.



INSULINA



PÂNCREAS



GLICOSE



CÉLULA

4

Se não houver insulina a glicose não pode entrar na célula, que ficará sem alimento, sem energia, e enfraquecida. A pessoa tem vontade de comer muito, mas sente fraqueza. A glicose que não consegue entrar na célula, fica acumulada no sangue.



5

A glicose acumulada precisa ser eliminada de alguma forma e então é jogada fora através do xixi. A pessoa passa a fazer muito xixi, perdendo muita água. Como perde muita água, fica com muita sede e passa a beber mais água.

+ XIXI  
+ ÁGUA



Ainda bem que os cientistas conseguiram produzir uma insulina, igual a que é fabricada pelo nosso organismo. O diabético usará essa insulina, que será injetada bem debaixo da pele, entrando devagar na corrente sanguínea e vai agir na célula abrindo passagem para a glicose entrar. Por isso que quem é diabético não pode deixar de tomar insulina todos os dias.



7. Mostrar o Vídeo da DGS Criança

<https://www.youtube.com/watch?v=jOPsNvyatTk>

Explicar após o vídeo que o Francisco tem sempre consigo o seu **KIT**, mostro as crianças a mala e o conteúdo da mala (um lanche pão integral com uma fatia de queijo, um pacote de fruta, uma garrafa de água e pacotes de açúcar, monitor da glicémia capilar, tiras e lancetas em papel).

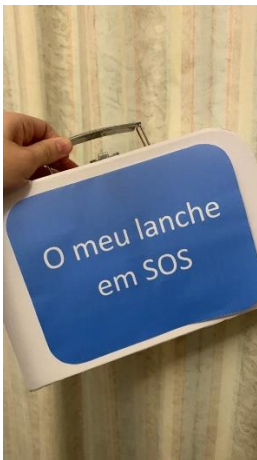


Figura 6. KIT – Mala

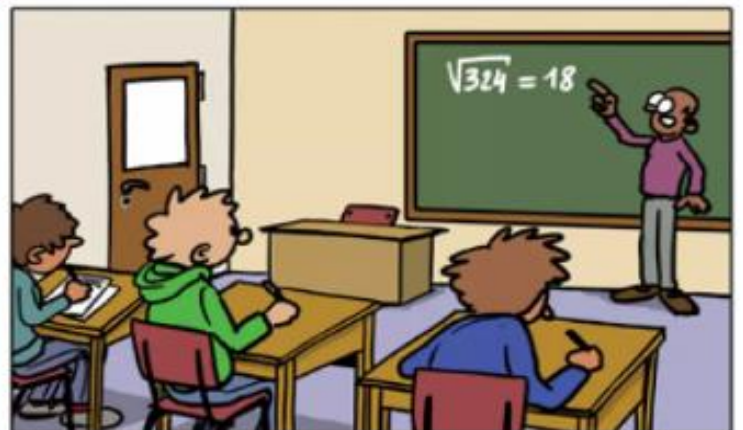
8. Fornecido a cada criança a Banda Desenhada: Um dia na vida de Tomás que vive com diabetes tipo 1 e sugiro a interpretação das personagens

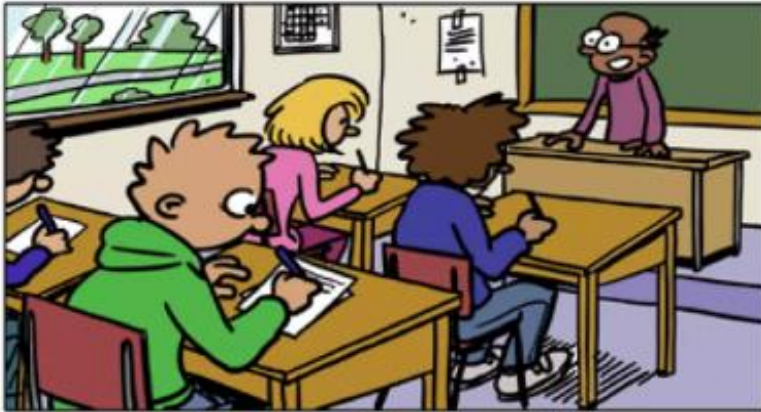


Figura 7. Banda Desenhada

# Um dia na vida de Tomás que vive com diabetes Tipo 1









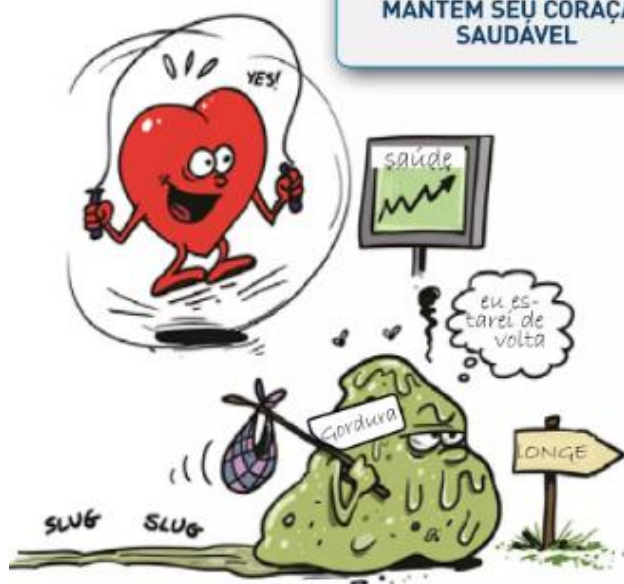
# MANTENHA-SE SAUDÁVEL:

Seja um amigo do seu corpo.  
Cuide da sua saúde



REDUZIR A INGESTÃO DE FAST FOOD PODE AJUDAR A REDUZIR O RISCO DE DIABETES TIPO 2

ATIVIDADES FÍSICAS MANTEM SEU CORAÇÃO SAUDÁVEL



No fim oferecer a cada criança o **certificado de participação** da sessão e pedir a colaboração na avaliação da sessão.

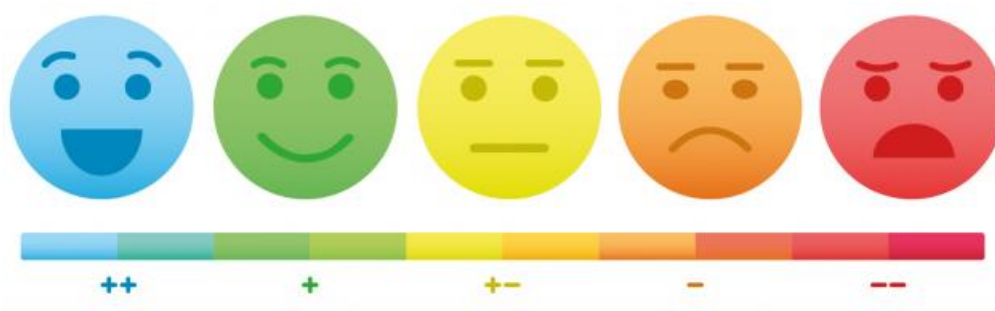


# AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

## “Comer bem, crescer saudável”

Sessão realizada no dia 4 de janeiro de 2023, na Escola Básica do 1º ciclo com pré-escolar e creche, com objetivo de sensibilizar sobre a diabetes e alimentação equilibrada.

1. Gostaste desta formação?



2. Os jogos foram acessíveis?



3. O que gostavas de aprender mais?

---

---

Obrigada pela participação!

Até uma próxima!

## **Resultados da avaliação**

1. Gostaste desta formação?

Neste critério 13 crianças (87%) responderam o nível máximo de satisfação (++), enquanto 2 crianças (13%) responderam o nível (+).

2. Os jogos foram acessíveis?

Neste critério 15 crianças (100%) responderam o nível máximo de satisfação (++).

3. O que gostavas de aprender mais?

Os temas apresentados pelas crianças foram:

- Suporte Básico de Vida (7)
- Roda dos alimentos (2)
- Corpo humano (3)
- Estômago
- Intestino grosso e delgado
- Pâncreas

## **Análise de resultados**

De uma forma geral as crianças gostaram muito da apresentação, 87% deram a pontuação máxima, Muito Bom (++), enquanto 13% avaliaram a formação em nível Bom (+).

Relativamente aos jogos, as crianças consideraram acessíveis dando a pontuação máxima.

Como temas propostos, 7 crianças referiram o Suporte Básico de Vida e 6 crianças revelaram interesse sobre o corpo humano (algumas delas especificaram o estômago, o pâncreas e o intestino grosso e delgado). Apenas 2 das crianças gostavam de aprofundar sobre a Roda dos Alimentos.

## **APENDICE B – PLANEAMENTO, REGISTO E ANÁLISE DE UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM PROBLEMAS NA ALIMENTAÇÃO E LINGUAGEM SEGUNDO MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN**

### Breve apresentação da criança

A primeira consulta de enfermagem de desenvolvimento infantil no CDC foi realizada aos 44 meses. A criança foi referenciada pelo médico de família do Centro de Saúde de residência por dificuldades alimentares. No anterior SGS II apresentou fala e linguagem (Q) referente a 24 meses; manipulativas, audição, linguagem e interação social referente aos 36 meses e as competências locomotoras, visuais e autonomia pessoal referente aos 48 meses.

### **Planeamento da consulta:**

- Colheita de dados
- Observação e entrevista aos pais e à criança
- Avaliação do padrão de sono e repouso, padrão de alimentação, padrão de eliminação vesical e intestinal, higiene e conforto
- Verificar estado vacinal: PNV atualizado, próximas vacinas aos 5 anos
- Variáveis psicológicas
  - Temperamento da criança e traços de personalidade
  - Desenvolvimento da linguagem – Comunicação
  - Interação com os pais / família
  - Interação com a enfermeira
- Variáveis sociocultural e espiritual
  - Ensino / Instituição
- Variáveis do desenvolvimento (teoria do desenvolvimento + escala de avaliação SGS II)

## **1. Identificação da Criança**

### **- Dados bibliográficos**

**Nome fictício:** Clara Abreu (nome fictício)

**Sexo:** Feminino

**Data de Nascimento:** 04/03/2018

### **Variáveis sociocultural e espiritual**

**Naturalidade:** Funchal

**Nacionalidade** portuguesa

**Etnia:**

**Centro de Saúde de referência:** CS da área de residência

**Religião:**

### **Pessoas significativas (nomes fictícios):**

**Pai:** José Abreu      **Idade:** 32 anos

**Profissão/Habitações literárias:** comerciante / licenciatura em gestão

**Mãe:** Fátima Ribeiro Abreu      **Idade:** 37 anos

**Profissão/Habitações literárias:** assistente de loja / 12 ano

### **Avaliação ao nascimento da criança**

**Gravidez** 40 semanas, sem intercorrências

**Tipo de parto:** Fórceps

**Peso nascimento:** 3,345 kg

**Índice de Apgar:** 8/9

**Otoemissões:** OK

## 2. História de Saúde

**Antecedentes de saúde pessoais:** sem patologias significativas

**Antecedentes familiares:** os pais referem ser saudáveis e restante família.

**Agregado familiar:** família nuclear constituída pelo pai, mãe e criança

### Guia da consulta:

- Apresentação à criança e mãe/pai
- Questionar a criança como se chama e idade
- Questionar a criança ou mãe/pai se já frequenta a escola e qual (nota: anteriormente ficava ao cuidado da tia materna e tinha contato com outras crianças) Conversar sobre a escola (adaptação e socialização), se necessária procurar opinião de outros técnicos – ligação à Saúde Escolar
- Questionar a mãe:
  - O que as professoras têm dito sobre o comportamento na escola?
  - Brinca com os outros meninos ou isola-se?
  - Nomeia os seus amigos e participa em brincadeiras de forma cooperativa imaginativa, respeitando as regras (competência interação social)
  - Cumpre com as regras da sala de aula?
  - Como está a nível da aprendizagem da fala e linguagem? Aprendeu mais palavras? Faz frases? mais explicita? Dificuldades articulatórias? Ainda fala na 3ª pessoa?
- Já iniciou a terapia da fala no CDC? Encontra-se na Terapia da Fala no privado?

### Ensinos + cuidados antecipatórios (estimular a linguagem indo ao encontro para a preparação do primeiro ano - promoção do sucesso escolar)

- Continue a ler para o seu filho e peça para explicar a história a sua maneira ou dê-lhe oportunidade de definir outro final para a história.
- Tente fazer frases completas e descreva as ações do seu filho (ex. foste buscar os lápis à secretaria para fazer um desenho, desenhaste uma cara com olhos, boca, nariz, orelhas e cabelo.
- Encoraje o seu filho a explicar atividades que tenha ou esteja a desenvolver. Não apresse o discurso do seu filho. Se detetar erros de construção sintática, devolva a informação que o seu filho lhe deu de forma correta reformulando, sem o corrigir diretamente

- Introduza palavras novas e explique o seu significado
  - Explore palavras com os mesmos sons e/ou palavras começadas com a mesma letra
  - Brinque aos fantoches, ao teatro e jogos de mímica
  - Incentive o seu filho a questionar quando não compreende o que lhe é dito ou vê
  - Participe nas brincadeiras do seu filho, com brinquedos e ao “faz de conta”
  - Incentive a brincar com outras crianças
  - Proporcione experiências novas
- Perfil sensorial: Anteriormente a mãe referiu que não gostava de se sentir suja nem mãos com terra, como está agora? toca em todas as texturas? Incomoda o ruído?
- Padrão alimentar:

Questionar sobre a alimentação (nota: na anterior consulta foi feita referência sobre as dificuldades alimentares, carne e verdura era obrigada a mastigar, mas não engolia. Fruta era ralada, menos a banana): já come carne e peixe como segundo prato? Frutas inteiras? alimentação diversificada? Come de tudo? Gosta de comer? O que não come é porque não gosta? Introdução dos sólidos? Come tudo por inteiro? Como é na escola? - Come com garfo e faca? faz uma refeição completa sem ajuda? (competência na autonomia pessoal)

#### Ensinos + cuidados antecipatórios (alimentação)

- Mantenha as consultas de ORL e dentista (saúde oral)
  - Restrição de alimentos açucarados, fritos, sumos, gorduras.
  - Providence uma alimentação equilibrada e diversificada, aposte em alimentos ricos em triptofano (produtos lácteos, frutas, verduras e hortaliças)
  - Explicar a importância de uma alimentação equilibrada e diversificada
  - Questionar a criança se sabe o que acontece se comer só chocolates e doces nos dentes? (Risco de caries – informação para a competência na fala e linguagem)
- Questionar quantas vezes lava os dentes? Se faz sozinha e com supervisão? Já foi a primeira consulta de saúde oral? Ideias para estimular a lavagem dos dentes: concurso

entre mãe e criança quem faz mais barulho ao lavar os dentes? (temática sobre saúde oral)

- Gosta de tomar banho? Participa nos cuidados? Veste-se e despe-se sozinha, incluindo abotoar botões ou fechos? (competência na autonomia pessoal)
- Padrão de eliminação vesical e intestinal

**Questões a colocar aos pais e a criança:** Mantém as perdas referidas na anterior consulta? Controlo de esfíncteres? Usa fralda à noite? Ocorrência de Enurese noturna? Na consulta anterior fez referência que a criança retia a fezes e deixou a fralda aos 3 anos. Ainda retém? Com que frequência costuma fazer?

- Como está os horários para ir para a cama e onde dorme?  
(nota: deitava-se tarde e na cama dos pais)  
Dorme bem à noite e a noite toda? Ritual de ir para a cama? Desmame da chucha? Terrores noturnos? Pesadelos? Onde dorme? Precisa de companhia dos pais para adormecer? Necessita de sesta? Dificuldade em adormecer?

#### Ensinos + cuidados antecipatórios (sono)

- Deve preferenciar brincadeiras mais calmas, que exigem menos esforço físico: pintar; puzzle; brincar ao faz de conta. As atividades de corrida e atividade física devem acontecer durante o dia.
- Proporcione um ambiente calmo e mais silencioso ao fim do dia (desligue a televisão ou volume baixo, prefira luzes de candeeiro)
- Estabeleça rotinas e rituais ao deitar (ex. ler uma história e dar um carinho)
- Horas de sono adequadas à idade

Restantes competências da SGS II a avaliar:

Competências manipulativas: 11 + 5 + 5 + 2

- coloca 10 pinos dentro da chávena em 30 segundos
- coloca 8 pinos no tabuleiro para pinos em 30 segundos.
- constrói 3 degraus com 6 cubos após demonstração

- imita um quadrado
- desenha a face, o tronco, as pernas e os braços

Competências visuais: 6 + 13

- teste de visão linear

Competências na audição e linguagem: 3 + 13

- mostra compreender a negação
- executa uma ordem com duas instruções
- compreende perguntas com alguma complexidade
- executa uma ordem com três instruções
- compreende a negação em frases complexas

Competências na fala e linguagem: 5 + 9

- utiliza palavras interrogativas e utiliza 2 pronomes
- consegue manter uma conversa simples e descreve acontecimentos
- conhece diversas rimas infantis, canções ou anúncios
- com alguma imprecisão, consegue relatar acontecimentos recentes
- discurso claro e fluente
- consegue construir uma frase com 5 ou mais palavras
- consegue descrever uma sequência de eventos
- consegue dar uma explicação para os eventos

Competências locomotoras: 13 + 4

- apoia-se, pelo menos durante 8 segundos, em cada um dos pés separadamente
- sobe e desce escadas sozinha – colocando um pé em cada degrau (tal como os adultos) ou sobe escadas a correr

### **Brincadeiras que estimulam o desenvolvimento infantil (4/5 anos)**

- Participe nas brincadeiras do seu filho, com brinquedos e ao “faz de conta”
- Incentive a brincar com outras crianças
- Proporcione experiências novas
- Continue a ler para o seu filho e peça para explicar a história a sua maneira ou dê-lhe oportunidade de definir outro final para a história.

Linguagem e comunicação

- Tente fazer frases completas e descreva as ações do seu filho (ex. foste buscar os lápis à secretaria para fazer um desenho, desenhaste uma cara com olhos, boca, nariz, orelhas e cabelo.
- Encoraje o seu filho a explicar atividades que tenha ou esteja a desenvolver. Não apresse o discurso do seu filho. Se detetar erros de construção sintática, devolva a informação que o seu filho lhe deu de forma correta reformulando, sem o corrigir diretamente
- Introduza palavras novas e explique o seu significado
- Explore palavras com os mesmos sons e/ou palavras começadas com a mesma letra
- Brinque aos fantoches, ao teatro e jogos de mímica
- Incentive o seu filho a questionar quando não compreende o que lhe é dito ou vê

### **Prevenção de acidentes e segurança**

(alguma das temáticas: riscos domésticos, brinquedos, quedas, banho / queimaduras, transportes)

### **Prevenir infeções / Promoção da saúde**

- Explique a importância da lavagem das mãos e as momentos chave.
  - Incentive a criança a colocar a mão quando tosse ou espirra.
- Explique de forma simples a importância de lavar as mãos quando estas estão sujas.
- Ensine a criança a estabelecer limites face à sua intimidade, o saber dizer que não aos toques desadequados.

### **Sinais de alerta de acordo com a faixa etária (observar na consulta)**

<b>4 anos / 5 anos</b>	
Desorganizado	Desinteresse pelo meio ambiente
Dificuldade na atenção	Má coordenação motora
Hiperativo; irrequieto ; agitado	Dificuldade extrema na linguagem
Estrabismo ou suspeita de défice visual	Alterações no comportamento
Perturbações do comportamento	
Não responde à voz	

(Retirado do guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I - OE,2010)



## **Registo da Consulta de Enfermagem de acordo com o registo informático**

### **1. Apreciação**

Criança com 56 meses, compareceu à consulta acompanhado pelo pai. Bem-disposta.

Motivo de referenciação: criança referenciada pelo médico de família do CS do Caniço por dificuldades alimentares.

Segundo o pai ainda aguarda TF, mas com a entrada na escola melhorou em relação a alimentação e no discurso.

**Marcos de desenvolvimento:** marcha autónoma aos 15 meses; primeiras palavras, antes de andar; frases depois dos 3 anos.

**Ensino:** Não frequentava o infantário aquando realização da primeira consulta. Ficava ao cuidado da tia materna e tem contato com outras crianças. Neste momento encontra-se na escola.

Segundo o pai as educadoras preferem que a criança se integrou bem na escola e brinca com os outros meninos. Cumpridora das regras da sala de aula, mostra interesse pelo que rodeia.

**Durante a consulta o pai referiu que** a filha dorme no sofá, tem medo dos fantasmas do quarto e deita-se tarde devido aos horários laborais dos pais.

Ao questionado sobre o padrão de eliminação o pai refere que o pediatra recomendou o uso diário de laxantes.

#### **Observação durante a consulta**

Criança entra na sala bem-disposta, dirige o olhar e mantém contato ocular, responde ao nome e as questões, compreende o que é dito, sabe o seu nome completo e idade. Participativa e colaborante nas atividades. Cumpre com as atividades solicitadas e demonstrou interesse pelas atividades. Explorou o ambiente e acabou por jogar ao jogo da macaca.

Comunicativa, com discurso coerente e lógico, perceptível, embora apresente por vezes dificuldades articulatórias. Aguarda terapia da fala.

## **ESCALA DE AVALIAÇÃO (SGS II)**

**Na avaliação das competências do desenvolvimento infantil constatei o seguinte:**

- **Competências do controlo postural passivo (até aos 6m)**
- **Competências do controlo postural ativo (até as 12m)**
- **Competências locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, interação social e autonomia pessoal:** revelou pontuação máxima, que corresponde aos 60 meses
- **Competências na fala e linguagem:** 48 m (área de intervenção para potenciar)

### **2. Diagnóstico**

Risco de desenvolvimento da criança comprometido

Comunicação comprometida

Padrão alimentar normal

Risco de sono comprometido

Obstipação

### **3. Intervenção:**

Observar a criança

Observar o relacionamento da criança e pai

Inventário de fatores de risco e de proteção ou identificação de fatores de risco e de proteção

Monitorizar o desenvolvimento infantil e psicomotor

Aplicar a SGS II – Escala de Avaliação das Competências no desenvolvimento infantil

Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre o desenvolvimento infantil e psicomotor

Ensinar família sobre desenvolvimento infantil

Ensinar sobre a estimulação do desenvolvimento infantil e psicomotor

Informar ao pai quanto a importância da promoção do desenvolvimento infantil

Orientar para a importância do brincar

Ensinar sobre as medidas de segurança

Promover a parentalidade

Validar o padrão de sono, alimentar e eliminação

Ensinar sobre o padrão de sono adequado à idade e estratégias para “minimizar o medo dos fantasmas”

Ensinar sobre rotinas necessárias para um padrão de eliminação intestinal eficaz

### Identificação dos stressores percebidos na CE

Ao detetar os seguintes stressores durante a consulta consegui adequar a minha intervenção junto do pai e criança.

### SISTEMA INTRAPESSOAL

- Variável fisiológica:

stressores positivos/fatores de proteção: ausência de doenças

Stressores negativos: alterações do sono (medo dos fantasmas?); alteração no padrão de eliminação intestinal (necessita de medicação para a obstipação)

- Variável psicológica:

Stressores positivos: temperamento fácil e vinculação segura à família

- Variável sociocultural

Stressores positivos: criança sociável e com boa integração na escola

- Variáveis de desenvolvimento:

Stressores positivos: desenvolvimento infantil em progressão adequado à idade

Stressores negativos: dificuldade na linguagem

### SISTEMA INTERPESSOAL

- Variável psicológica:

Stressores positivos: família organizada com regras

Stressores negativos: sem rede de apoio ou família alargada

- Variável de desenvolvimento:

Stressores positivos: família atenta às necessidades da criança, com estimulação adequada à idade

Stressores negativos: imprevisibilidade nas rotinas familiares ao fim do dia associado aos horários laborais de ambos os pais (influencia o horário da criança se deitar e como adormece)

### SISTEMA EXTRAPESSOAL

- Variável fisiológica:

Stressores positivos: seguida no CDC e CS

- Variável de desenvolvimento

Stressores positivos: escola

Stressores negativos: aguarda TF (as listas de esperas a nível da IP)

### Breve descrição do modelo de sistemas de Betty Neuman

O modelo de sistemas de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas. O cliente é considerado um sistema aberto em constante transformação, o seu processo de adaptação é dinâmico e contínuo. A teórica defende o efeito recíproco, contínuo de equilíbrio e desequilíbrio ao longo da vida.

Um modelo holístico, pode ser aplicado ao indivíduo, à família, ao grupo e à comunidade. Neuman (1995) define a enfermagem como uma “Profissão única na medida em que se preocupa com todas as variáveis que afetam o cliente no seu ambiente”

A estrutura base do sistema cliente é constituído por cinco variáveis (fisiológica, psicológica, sociocultural, desenvolvimento e espiritual), em interação ou potencial, a qual pode sofrer alterações decorrentes dos stressores. Deste modo estruturei a minha consulta de enfermagem de acordo com as variáveis e dando ênfase à variável do desenvolvimento, visto o meu objetivo principal era a avaliação do desenvolvimento infantil. Com este modelo foi possível identificar os stressores positivos e negativos, percebidos pela criança, pela família e por mim, os quais interferem na saúde e bem-estar da criança. (escola, o trabalho dos pais, a superproteção dos pais).

Os stressores são estímulos ou forças de tensão que ocorrem no ambiente interno ou externo aos limites do sistema cliente. O stress pode ter um resultado positivo ou negativo, que dependerá da percepção do cliente e da natureza do mesmo. Podem ser classificados em intrapessoal (ocorrem dentro dos limites do sistema cliente, exemplo: o medo), interpessoal (ocorrem fora dos limites do sistema cliente, mas estão próximos do sistema) e extrapessoal (ocorrem fora dos limites do sistema cliente, ex. circunstância financeiras dos pais).

A categorização dos stressores por variáveis e por sistemas, permitiu-me refletir sobre os diferentes acontecimentos na vida da criança interferiram no desenvolvimento (stressores positivos: a entrada na escola e a estimulação dos pais).

## APENDICE C – OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS À CRIANÇA SUBMETIDA HERNIOPLASTIA E SUA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO

**Resumo:** A hérnia inguinal é uma condição comum na infância e a necessidade de tratamento cirúrgico é frequente, devido aos riscos associados às complicações de não ser tratada. A reunião pré-operatória é uma etapa crucial no cuidado à criança e família. O enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica fornece instruções específicas e informações relevantes sobre a cirurgia e internamento, esclarece dúvidas dos pais e ajuda a reduzir a ansiedade / medo dos mesmos e da criança, contribuindo para uma experiência cirúrgica mais segura e tranquila. O caso clínico descrito é de um lactente submetido a cirurgia eletiva por hérnia inguinal. Pretendo apresentar os diagnósticos de enfermagem chave e as intervenções de enfermagem delineadas para o lactente e sua mãe. Apresento um estudo de caso descritivo, de abordagem qualitativa, combinado com revisão da literatura. A estrutura do artigo obedeceu as recomendações da *checklist* da *CARE, case report guidelines* de 2013. Explano o processo de enfermagem segundo o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, com recurso ao Browser CIPE (2019) e a evidência científica. Os diagnósticos de enfermagem selecionados foram: “dor”, “ferida cirúrgica” e “ansiedade atual da mãe”. Os diagnósticos estão relacionados com a cirurgia, com o impacto da mesma nos pais, com às necessidades específicas da criança durante o período pós-operatório e com envolvimento dos pais nos cuidados. O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey reconhece a importância do envolvimento ativo dos pais nos cuidados à criança e defende uma relação de parceria entre o enfermeiro e família.

**Keywords:** hernia inguinal, surgical, nursing, estudo de caso.

**Introdução:** As hérnias inguinais são uma das anomalias mais comuns na idade pediátrica e a necessidade de tratamento cirúrgico é frequente, são estimadas mais de 20 milhões de correções em todo o mundo (Moreira, 2019).

A maioria das hérnias são assintomáticas, habitualmente são detetadas à nascença ou nos primeiros meses ou anos de vida. Os meninos são os mais afetados, bem como os prematuros (Moreira, 2019).

A hérnia inguinal é caracterizada por uma protusão de um órgão ou parte dele, normalmente o intestino, da cavidade abdominal através do canal inguinal. Após o nascimento esse canal deverá encerrar, caso não ocorra na totalidade pode surgir a hérnia congénita (Moreira, 2019 & Ramscook, 2022).

A hérnia inguinal é mais frequente do lado direito e podemos observar bilateral nos prematuros (Moreira, 2019).

A hérnia encarcerada sucede quando um fragmento do intestino ou gordura fica imóvel e preso na virilha ou região inguinal, resultando na torção/isquemia do ovário ou do testículo. As crianças podem apresentar obstrução intestinal, vômitos, febre, entre outros sintomas (Ramscook, 2022).

O risco de encarceramento nas crianças é de 3% a 16% e de 30% no caso dos bebés prematuros (Moreira, 2019).

A hérnia estrangulada é definida quando há danos irreversíveis no tecido circundante da hérnia imóvel. Nesta situação exige cirurgia de urgência. (Moreira, 2019).

Relativamente aos métodos de correção da hérnia inguinal temos a via aberta (tradicional ou clássica) ou via laparoscópica, mais popular. A idade, o tamanho e o peso não são fatores preponderantes para o uso desta última técnica. A taxa de infeção é menor, bem como a dor no pós-operatório é menor, devido a sua incisão também apresentam melhores resultados estéticos (Moreira, 2019).

As complicações intraoperatórias conhecidas são: hemorragia, lesão de vasos da parede abdominal, mesentério ou retroperitoneais, lesão/perfusão de vísceras e formação de enfisema. Na via tradicional pode ocorrer lesão das estruturas do cordão espermático (Moreira, 2019).

As complicações mais frequentes no pós-operatório são hematomas, dor aguda, atrofia e dor testicular, infeção pós-operatória das feridas e criptorquidia iatrogénica (Moreira, 2019).

O paracetamol é o fármaco mais usado nos lactentes como analgesia intraoperatória e pós-operatória (Moreira, 2019).

O tempo de internamento do lactente após a correção é curto, aproximadamente um a dois dias. As crianças são acompanhadas durante um ano. A primeira consulta é recomendada uma a duas semanas após a cirurgia (Moreira, 2019).

A necessidade de cirurgia de um filho é um acontecimento perturbador para a família. A hospitalização associada à cirurgia é inevitável, envolve a separação do seu ambiente familiar para um ambiente estranho com pessoas desconhecidas (Ferreira, 2017). A hospitalização e a cirurgia podem representar uma experiência traumática, geradora de medos, ansiedade e de ideias pré-concebidas. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP) desempenha uma função crucial na preparação da criança e família para a intervenção cirúrgica e para a hospitalização, com intuito de minimizar o medo e ansiedade, promover a aquisição de competências para lidar com a situação de *stress* e contribuir para a autoconfiança da criança e família (OE, 2011).

O objetivo primordial é implementar estratégias facilitadoras da vivência da transição. Uma preparação adequada e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as estratégias a utilizar facilitam a mesma.

Quando a família sabe o que espera, a ansiedade associada à transição diminui (Meleis et al, 2000 citado por Ferreira, 2017).

A apresentação da equipa, do serviço, demonstração dos equipamentos e materiais habituais no bloco operatório e serviço, contribui para uma maior confiança e reduz a ansiedade e o medo do desconhecido (OE, 2011).

Na preparação da criança e família é importante delinear estratégias de acordo com a idade/desenvolvimento da criança e nível cognitivo, estilo de confronto, experiências hospitalares vivenciadas e tipo de cirurgia (OE, 2011).

O EEESIP desempenha um papel fundamental na promoção da expressão de sentimentos dos pais, estimulando a sua participação no cuidado e encorajando sua presença junto à criança. É compreendido que o procedimento cirúrgico pode gerar medo e ansiedade pré-operatória nos pais e crianças, e várias causas específicas foram identificadas nos pais, como: separação da criança, preocupação com a anestesia; preocupação com a cirurgia; dor; idade melhor que um ano; primeira cirurgia; pais que trabalham na área de saúde (OE, 2011).

A ansiedade dos pais é um fator que influencia e determina a ansiedade da criança. Embora o lactente não

compreenda o que está a acontecer, é sensível à ansiedade dos pais. De forma a minimizar a ansiedade e medo dos pais é importante envolvê-los ativamente na preparação da criança (Ferreira, 2017).

Nesse sentido, é importante que os pais se mantenham calmos e procurem esclarecer suas dúvidas e expressem suas preocupações junto do EEESIP. É conhecido que quando os pais estão calmos e tranquilos, temos crianças menos ansiosas. Além disso, permitir que a criança esteja acompanhada do seu brinquedo favorito pode ajudar a proporcionar um ambiente familiar, seguro e acolhedor (OE, 2011).

A evidência científica tem demonstrado consistentemente que a preparação da criança e família para a cirurgia reduz significativamente a ansiedade, facilita a gestão da dor da criança e no controlo das emoções (Ferreira, 2017).

Com a elaboração deste artigo pretendo identificar os diagnósticos de enfermagem e consequentemente apresentar as intervenções do EEESIP à criança submetida a procedimento cirúrgico e sua família, através da exposição de um caso clínico.

**Metodologia:** A análise do caso clínico traduz o percurso na construção do conhecimento, através de uma situação específica em contexto real, que será

influenciada pela subjetividade do observador (Meirinhos, 2010).

Através da observação direta, da entrevista e consulta do processo clínico, recolhi os dados necessários para análise e interpretação do caso.

A escolha do caso clínico resultou do acompanhamento desde a reunião pré-operatória ao momento da alta. Segundo muitos autores o pré-operatório é essencial no decurso de todo o processo assistencial.

Por ser uma patologia frequente na infância considero pertinente abordar temática e delinear intervenções de enfermagem especialistas de saúde infantil e pediátrica. Ao analisar o caso delineei intervenções de enfermagem personalizadas à criança em questão e sua família.

Procedeu-se à revisão narrativa da literatura, com recurso a bases de dados e plataformas *online* (Hindawi, NIH/PubMed, EBSCO, Cochrane, SciELO) e ainda aos sites oficiais da OMS, Direção-Geral da Saúde (DGS) e a documentos oficiais relacionados com o EEESIP. Para a pesquisa utilizaram-se as seguintes palavras/título de assunto: “hérnia inguinal na criança”; “hérnia inguinal cirurgia”; “inguinal hernia surgery”; “nurse pediatric hérnia inguinal”; “cuidados de enfermagem pós-operatório”.

Estabeleceu-se como critérios de pesquisa: artigos publicados entre 2016 e 2023; e artigos que evidenciavam a prática de cuidados à criança com hérnia inguinal submetida a procedimento cirúrgico.

Enquanto futura EEESIP apoiei a minha atuação no Modelo de Parceira de Anne Casey. Segundo a autora os pais são os melhores prestadores dos seus filhos, e deste modo devemos estimular a sua participação e envolvimento no processo de cuidado. Surge o conceito de parceria entre enfermeiro e família, em que a chave do sucesso deve-se a comunicação, negociação, flexibilidade e confiança (Casey, 1993).

O modelo assenta em cinco pilares: a criança, família, o enfermeiro, a saúde e o ambiente (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Nos primeiros anos de vida, a criança é dependente dos pais ou de outras pessoas significativas para atender às suas necessidades básicas de crescimento e desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

A definição do conceito de saúde como um estado ótimo bem-estar físico e mental, em que qualquer alteração pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual. O desenvolvimento de uma criança é fortemente influenciado pelos estímulos e interações presentes no ambiente em que

ela está inserida. Esses estímulos podem ser positivos ou negativos, e têm um impacto significativo no seu crescimento e desenvolvimento. A autora sugere que os estímulos devem ser imbuídos de amor e cuidado, para que a criança se sinta segura e confiante para desenvolver a sua independência e explore o mundo ao seu redor (Monteiro & Cerqueira, 2020).

A família desempenha um papel central na prestação de cuidados à criança e exerce uma influência no seu crescimento e desenvolvimento. Além da família, o ambiente mais amplo em que a criança está inserida (ex. escola, a comunidade) também desempenha um papel predominante no seu desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Os cuidados familiares são uma parte fundamental do papel dos pais, abrangem diversas áreas, como higiene, alimentação, conforto e afeto, visando atender às necessidades básicas da criança (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Casey (1993) ressalta que o EEESIP desempenha um papel essencial nos cuidados familiares, quando a família está ausente, impossibilitada ou quando ocorre uma negociação.

Os cuidados de enfermagem são diferenciados e especializados, levando em consideração as necessidades específicas da criança e atendendo as

necessidades da família (Ramos & Figueiredo, 2020).

No Modelo de Parceira de Cuidados de Anne Casey, é reconhecido a importância da parceria com os pais no planejamento e na prestação de cuidados à criança. O EEESIP trabalha em conjunto com os pais de forma atender às necessidades da criança, valorizando as competências dos mesmos e respeitando a sua vontade e desejo de envolvimento no processo de cuidado (Monteiro & Cerqueira, 2020).

De facto, a negociação e flexibilidade, são conceitos fundamentais na parceria entre os pais e o enfermeiro, especialmente quando se trata de clarificar os cuidados que a família deseja prestar e desenvolver em conjunto com o enfermeiro com vista o bem-estar da criança (Ramos & Figueiredo, 2020).

O ensino, orientação e apoio específico aos pais são ferramentas basilares para envolvê-los no cuidado à criança e auxiliá-los a tomar decisões informadas (Ramos & Figueiredo, 2020).

Pretendo ao apresentar o estudo de caso retratar a realidade dos cuidados enfermagem especializados à criança e sua família submetida a cirurgia eletiva, bem como sensibilizar para a importância da preparação pré-operatória da criança e família.

O caso reporta a um lactente de 4 meses vindo do domicílio para procedimento cirúrgico programado por hérnia inguinal. Com recurso a taxonomia de enfermagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) delinee os diagnósticos de enfermagem.

O processo de enfermagem é caracterizado por cinco etapas distintas: apreciação inicial, a seleção de diagnósticos de enfermagem, o planejamento de intervenções e sua implementação e avaliação dos resultados (Silva et al, 2017).

A primeira etapa do processo de enfermagem é a avaliação. Nesta etapa realizei a entrevista à mãe do João durante a reunião pré-operatória. A reunião foi um momento importante, pois possibilitou estabelecer uma relação terapêutica e conhecer a família, conhecer os hábitos do lactente, compreender as suas preocupações, responder a dúvidas e fornecer orientações específicas relacionadas com a cirurgia e internamento. Alguns aspetos foram abordados, tais como, preparação antes da cirurgia, o jejum, a dor e o conforto do lactente, bem como elucidado a importância da família nos cuidados ao lactente.

Considero benéfico este primeiro contato para o sucesso nos cuidados de enfermagem no internamento, estabeleci

uma relação de confiança com a família e verbalizei que estaria no dia da cirurgia com os mesmos.

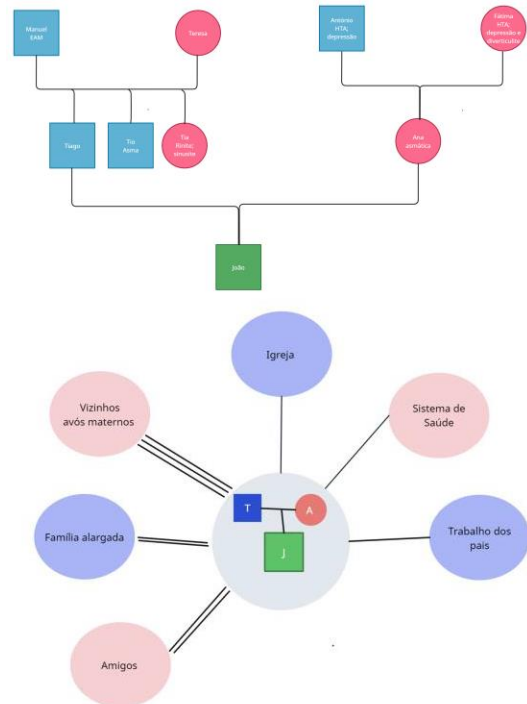
### Avaliação Inicial

**Criança** – O João (nome fictício) é uma criança de 4 meses de idade, nasceu de 37 semanas e 2 dias, por parto eutócico, com 2,140 kg. IA: 8/9/9. Atualmente apresenta 5,235 kg. Amamentado em exclusivo, em horário livre, habitualmente dorme entre cada mamada. Gosta do banho e das rotinas e vocaliza quando satisfeito. É um bebé de sorriso fácil, gosta do peluche com a música baby-shark. Não frequenta a creche, encontra-se ao cuidado da mãe que se encontra em licença de maternidade. Conforta-se no colo do pai, na mama da mãe e com música.

Na avaliação das competências do desenvolvimento infantil (SGS II) constatei que se encontra adaptado nas competências dos 3 meses.

É seguida no CS da sua área, com PNV atualizado. Sem antecedentes familiares relevantes. Desconhece alergias medicamentosas.

**Família** – O João vive com os pais, é filho único. A mãe é enfermeira e o pai gestor. Apresento de seguida o genograma e ecomapa.



**Cuidados familiares** – A mãe pretende realizar os cuidados familiares e mostrou-se disponível na administração de analgesia e aplicação de gelo.

Na **fase de planeamento** negociado com a mãe os cuidados familiares e de enfermagem, bem como delineamos os objetivos dos cuidados de enfermagem e o plano de cuidados.

Na **fase implementação** implicou a concretização dos cuidados familiares e de enfermagem de acordo com o plano definido, bem como os programas de ensino.

Por fim, na **fase de avaliação** realizei a identificação dos resultados das intervenções.

**Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem selecionados para este caso clínico, segundo Bowser CIPE (2019) foram:

- **Ansiedade atual da mãe;**
- **Dor;**
- **Ferida cirúrgica.**

O diagnóstico de enfermagem “**ansiedade**” é descrito segundo CIPE uma sensação vaga e desagradável de medo, apreensão ou desconforto, geralmente acompanhada por alterações no funcionamento cognitivo, fisiológico e comportamental. Enquanto enfermeiro conseguimos constatar algumas dessas alterações (ex. inquietação, taquicardia, respiração rápida, dificuldade em concentração, insônia). Neste caso específico a mãe verbalizou na reunião pré-operatória estar ansiosa e preocupada com a cirurgia e anestesia. Revelou experiência angustiante de internamento do seu filho na UCINP por PCR, minutos após o nascimento.

Perante o diagnóstico de enfermagem “**ansiedade atual da mãe**” pretendo como resultado esperado “**ansiedade melhorada**”, deste modo delinee as seguintes intervenções de enfermagem, segundo OE (2011) e CIPE (2019):

❑ Estabelecer uma relação terapêutica: relação de confiança e empatia com a mãe, promovendo à

expressão de sentimentos, preocupações e medos através da escuta ativa;

- ❑ Apoio emocional e se necessário referenciar para outro profissional de saúde mais competente (ex. psicóloga);
- ❑ Apoiar em situação de angústia da separação (B.O.);
- ❑ Estimular a manutenção de rotinas e horários da mãe e bebé;
- ❑ Identificar os sinais e sintomas de ansiedade;
- ❑ Incentivar o envolvimento da mãe nos cuidados ao filho e nas tomadas de decisão;
- ❑ Encorajar a capacidade para se ajustar ao evento (cirurgia e anestesia), promovendo o processo de coping;
- ❑ Ensinar técnicas de distração e relaxamento (exercícios de respiração profunda, visualização guiada);
- ❑ Fornecer informações sobre a anestesia, cirurgia, rotinas do serviço, cuidados ao bebé antes, durante e após alta;
- ❑ Esclarecimento de dúvidas;
- ❑ Promover a concentração no presente (não focar no internamento anterior);
- ❑ Promover um ambiente tranquilo (reduzir os estímulos externos, ruídos altos e luzes fortes).

No dia da cirurgia a mãe verbalizou estar ansiosa pelo tempo de jejum do seu filho. Encontrava-se inquieta a deambular pelo

corredor com o carrinho de bebê, acompanhei-a e utilizei a técnica de distração, que foi eficaz.

No pós-operatório a mãe encontrava-se calma, satisfeita com o sucesso do procedimento.

A DGS (2010) reconhece a **dor** como sinal vital e destaca a importância do controlo efetivo da dor. O controlo da dor e conforto do bebê são aspetos essenciais dos cuidados de enfermagem, deste modo selecionei as seguintes intervenções de enfermagem que visam proporcionar conforto e alívio da dor ao lactente, promovendo o seu bem-estar durante o período pós-operatório:

- ❑ Adequar a entidade ambiental, redução do ruído (OE, 2013);
- ❑ Administrar medicamento para a dor, conforme prescrição médica;
- ❑ Presença dos pais (OE, 2013);
- ❑ Apoiar e tranquilizar a mãe e o bebê (usar objetos que transmitam segurança ao bebê ex. fraldinha de pano, peluche baby shark);
- ❑ Posicionar o lactente em posição confortável, não fazendo pressão sobre a ferida cirúrgica;
- ❑ Avaliar a dor, através da escala FLACC (DGS, 2010);
- ❑ Monitorização dos restantes sinais vitais;
- ❑ Medidas não-farmacológicas:

aplicação de compressas frias, dar afetos; falar ou cantar suavemente; embalar o bebê; sucção não-nutritiva (chucha); usar a distração com brinquedos com cores vivas, com contrastes e som (OE,2013);

❑ Fornecer informação sobre a administração de analgesia, medidas não farmacológicas de alívio da dor e sinais de alerta para complicações.

O lactente apresentou dor nas primeiras horas, administrado paracetamol oral, que surtiu efeito. Restante internamento sem dor (resultado esperado e obtido).

Os objetivos nas primeiras horas pós-operatório são: controlo a dor, vigilância de complicações; vigilância da eliminação vesical / intestinal e introdução gradual a alimentação. Neste caso específico, tolerou o leite materno.

A “**ferida cirúrgica**” é caracterizada por rutura intencional da integridade epitelial da pele das estruturas subjacentes (Baltazar, 2021). É espetável que no dia da alta mantenha a ferida cirúrgica. As intervenções executadas foram segundo Santos (2022):

- ❑ Vigiar penso da ferida cirúrgica e sinais de infeção;
- ❑ Avaliar ferida cirúrgica;
- ❑ Vigiar pele e ocorrência de hematoma ou hemorragia;
- ❑ Orientar os pais sobre os cuidados à ferida cirúrgica, sinais de alerta e medidas

de prevenção de infecção (ex. higienização das mãos);

- ❑ Executar penso de ferida;
- ❑ Referenciar para o enfermeiro do centro de saúde para dar continuidade ao tratamento e vigilância da ferida cirúrgica. Observei ferida cirúrgica com duas suturas intradérmicas, sem sinais inflamatórios. Como intercorrência apresentou testículo com equimose e edemaciado, aplicado gelo segundo indicação médica.

É importante informar os pais sobre o tratamento da ferida cirúrgica e os sinais de alerta que requerem ida à urgência (hemorragia, exsudado esverdeado, dor intensa, febre alta por > 24 h, vômitos) e explicado que é habitual nesta fase apresentar edema e rubor no local da incisão, bem como dor e febre nos primeiros dias (Moreira, 2019).

Segundo Ramsok (2022) o edema escrotal pode ocorrer como complicação pós-operatória, geralmente resolve espontaneamente em três semanas. O hematoma pode levar a três meses para desaparecer.

**Discussão:** A admissão de uma criança e família para uma intervenção cirúrgica, requer ao EEESIP a mobilização de conhecimentos e competências sobre as necessidades da criança decorrente do processo de crescimento e desenvolvimento, conhecimento das

repercussões que a doença, a hospitalização e a cirurgia na criança e família (Ferreira, 2017).

O conhecimento prévio da cirurgia é uma pré-condição para o envolvimento ativo dos pais nas tomadas de decisão (Ferreira, 2017). A preparação dos pais de crianças menores de três anos consiste em fornecer suporte e orientação sobre a forma como estes podem ajudar a cuidar dos seus filhos antes da cirurgia, durante e após a alta (Ferreira, 2017).

Os lactentes interagem com o meio ambiente através dos sentidos, podemos utilizar a música e o brinquedo (de cores vivas, rocas, texturas, relevo) durante a hospitalização (Ferreira, 2017).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey defende o envolvimento ativo dos pais na prestação de cuidados à criança, encarando-os como parceiros e valorizando as suas capacidades. Este modelo tem por base a negociação, flexibilidade e o respeito pelas necessidades da criança e família (Ramos e Figueiredo, 2020). Em concordância com o modelo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP, 2018) salienta que o enfermeiro “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (p.19193).

O enfermeiro apresenta ainda um papel fulcral na adesão terapêutica e na gestão da doença. Sendo assim, torna-se fundamental deter conhecimentos da doença, bem como das suas complicações de forma a educar a criança e família, promovendo a sua adaptação a sua situação atual. A educação à criança e sua família é essencial para o sucesso dos resultados (OE, 2011).

**Considerações Finais:** No caso de lactantes submetidos a procedimento cirúrgico, os diagnósticos de enfermagem podem estar relacionados à cirurgia em si, ao impacto nos pais, às necessidades do lactente durante o período pós-operatório e o envolvimento dos pais nos cuidados. Como exemplo, a *dor* relacionada ao procedimento cirúrgico, ao *risco de infeção* associado à ferida cirúrgica, *ansiedade* dos pais relacionada à cirurgia, entre outros diagnósticos possíveis.

O papel do EEESIP é essencial não são no período pré-operatório, como no pós-operatório. A monitorização dos sinais vitais, avaliação do estado geral, administração de analgesia, cuidados à ferida cirúrgica, ensino, orientação e apoio emocional aos pais, são algumas das responsabilidades do enfermeiro no cuidado pós-operatório de um lactente.

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey foi aplicado no processo de

enfermagem, com o intuito de envolver os pais nos cuidados e trabalhar com os mesmos em parceria, de modo a minimizar o stress e ansiedade, e a capacitar o empoderamento dos mesmos e da criança aquando hospitalização.

Adquiri conhecimentos os cuidados inerentes à criança submetida a hernioplastia que me permitiu prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança e sua família, contribuindo consequentemente para o desenvolvimento das competências específicas enquanto futura EEESIP.

## Referências Bibliográficas

- Baltazar, M. (2021). *Avaliação da ferida cirúrgica: documentação de enfermagem*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In E. Glasper & A. Tucker (Ed.), *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- DGS (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*.

- [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS\\_014.2010%20DEZ.2010.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_014.2010%20DEZ.2010.pdf)
- Ferreira, S. (2017). *Preparação da Criança e Família para a cirurgia programada: o cuidado de enfermagem rumo à satisfação do cliente*. (Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18988/1/Relat%c3%b3rio%20Final%20Maio.pdf>
- Meirinhos, M. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *revista de educação*, 2(2), 49-65. <https://core.ac.uk/download/pdf/153405689.pdf>
- Monteiro, A. J., Cerqueira, C. (2020). Modelo de Pareceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 33-38). Lidel.
- Moreira, A. (2019). *Correção de hérnia inguinal em lactentes – via tradicional vs. Via laparoscópica – uma análise de custo-benefício no Centro Materno Infantil do Norte*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Biotecnologia da Universidade Católica Portuguesa. Porto. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/30595>
- Ordem dos Enfermeiros (2011a). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* [https://www.ordemenfermeiros.pt/medi/8906/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticaceesip\\_volii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/medi/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2011b). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP\\_Regulamento\\_PQCEE%20\\_SaudeCriancaJovem.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias Não Farmacológicas no controlo da dor na criança*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/medi/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicascontrologordcrianca.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/medi/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrologordcrianca.pdf)
- Ramos, A. & Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem*. Lidel

Ramsook, M. (2022). *Inguinal hérnia in children.*

<https://www.uptodate.com/contents/inguinal-hernia-in-children>

Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 01-01-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>>.

Santos, R. (2022). *Dor e ferida cirúrgica: contributos para a implementação*

*da supervisão clínica em cirurgia de ambulatório.* (Dissertação de

Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto) Escola

Superior de Enfermagem do Porto.

[https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43872/1/Disserta%  
c3%a7%  
c3%a3o%20de%20Mestrado\\_Rui%20Santos.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43872/1/Disserta%c3%a7%c3%a3o%20de%20Mestrado_Rui%20Santos.pdf)



## APÊNDICE D – OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM DOENÇA DE KAWASAKI E SUA FAMÍLIA: ESTUDO DE CASO

**Resumo:** A doença de Kawasaki é uma vasculite aguda de etiologia desconhecida, que afeta predominantemente crianças com menos de cinco anos de idade. Nos países desenvolvidos é a causa mais frequente de doença cardíaca adquirida na idade pediátrica, pelo envolvimento coronário. O diagnóstico é habitualmente difícil e tardio por não existir um teste de diagnóstico específico e por basear-se essencialmente em critérios clínicos. Através da exposição deste caso pretendo sensibilizar para a importância do reconhecimento precoce da doença e do papel do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica junto da criança hospitalizada e sua família. Apresento um estudo de caso descritivo, de abordagem qualitativa, combinado com revisão da literatura sobre a doença de Kawasaki na idade pediátrica. A estrutura do artigo obedeceu as recomendações da *checklist* da CARE, *case report guidelines* de 2013. Explano o processo de enfermagem segundo o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey com recurso ao Browser CIPE (2019) e a evidência científica. O caso clínico descrito é de uma menina de sete anos de idade que, após várias deslocações ao serviço de urgência pediátrica do hospital, ficou hospitalizada no serviço de pediatria do referido hospital para investigação do seu caso clínico, por apresentar febre persistente há mais de 5 dias, evolução do exantema, aparecimento de novos sintomas e sem melhoria clínica mesmo após o início de antibioterapia no domicílio prescrita para o diagnóstico de escarlatina. O diagnóstico de doença de Kawasaki incompleta foi concretizado após exclusão de outras patologias com sintomatologia similar e após realização de um ecocardiograma, que revelou aneurisma da coronária direita, uma das complicações mais comuns da doença. O tratamento na fase aguda consiste na administração da imunoglobulina e ácido acetilsalicílico. Um diagnóstico preciso e precoce com terapêutica atempadamente reduz significativamente as complicações cardiovasculares e acelera a recuperação. O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica assume um importante papel na vigilância, na prevenção das complicações e nos cuidados específicos e diferenciados à criança e família numa fase aguda. O seu contributo no diagnóstico é fulcral, não descurando a sua importância no apoio contínuo à criança e família.

**Keywords:** doença de Kawasaki, criança, família, enfermagem pediátrica, estudo de caso.

**Introdução:** A Doença de Kawasaki (DK) foi descrita pela primeira vez em 1967 e é a segunda vasculite mais comum na infância, caracteriza-se por uma inflamação dos vasos sanguíneos, com predileção para o sistema arterial coronário (Chagas et al., 2021). Atualmente é a principal causa de cardiopatia adquirida na idade pediátrica nos países desenvolvidos (Constante et al., 2022 & Chagas et al., 2021).

A DK está descrita em todo o mundo, embora seja mais frequente no Japão. Aproximadamente 85% dos casos são crianças com menos de cinco anos de idade (com pico de incidência aos 18-24 meses) e é ligeiramente mais comum nos meninos (Chagas et al., 2021).

Embora não provada a causalidade e com maior incidência na primavera/inverno (Pinto et al., 2017) é frequentemente associado a relação temporal com infecções virais ou bacterianas. Segundo Chagas e colaboradores (2021) parece ocorrer uma resposta inflamatória intensa a superantígenos, em crianças geneticamente suscetíveis. Estudos epidemiológicos demonstraram uma correlação entre a DK e antecedentes de doenças respiratórias. Outros fatores de risco foram descritos, como o eczema, ao uso humidificador, idade materna avançada, colonização materna por estreptococos do grupo B e hospitalização

na primeira infância por doença bacteriana (AHA, 2017).

As manifestações clínicas podem surgir 10 dias antes do diagnóstico, 60% dos casos apresentam alterações gastrointestinais (vômitos, diarreia, dor abdominal), 50% apresentaram irritabilidade, 37% recusa alimentar e 35% alterações respiratórias (tosse e rinorreia). Com menor frequência pode ocorrer astenia e artralguas/artrite (Chagas et al., 2021).

O diagnóstico de DK é baseado em critérios clínicos e na exclusão de outras patologias com sintomatologia similar, com apoio dos exames auxiliares de diagnósticos (Chagas et al., 2021).

A DK clássica é caracterizada pela presença de 5 de 6 critérios cardinais. Se febre prolongada (>5 dias) sem outra causa aparente, presença de 2-3 critérios cardinais clínicos e reagentes de fase aguda (RFA) significativamente alterados ou alterações no ecocardiograma é considerado DK incompleta / atípica (Chagas et al., 2021).

Apresento na figura 2 os seis critérios cardinais. Os critérios podem apresentar-se sequencialmente, não tendo obrigatoriamente de estar em simultâneo (Chagas et al., 2021).

A DK é caracterizada em 3 fases de evolução da doença:

1. Fase aguda: até 10-14 dias
2. Fase Subaguda: entre as 2 e 6 semanas
3. Fase de convalescença: > 6 semanas anos

## **EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNÓSTICO**

### **-Avaliação cardíaca: Ecocardiograma transtorácico e eletrocardiograma**

O ecocardiograma é fundamental para compreender o envolvimento cardíaco (Constante et al., 2022) e aquando suspeita de DK incompleta ou atípica (Chagas et al., 2021).

Nos casos de confirmação da DK completa é recomendado a sua realização após 24h (Constante et al., 2022).

A reavaliação deverá ser realizada na segunda semana ou antecipada se persistência da clínica e/ou alterações significativas dos RFA, dada ocorrência de alterações das artérias coronárias nessa fase (Chagas et al., 2021).

Nos casos de crianças sem lesões coronárias devem repetir posteriormente, entre a sexta e oitava semana (Constante et al., 2022).

O envolvimento cardíaco com formação de aneurisma é uma das complicações comuns, geralmente desaparecem a fim de 2 anos em 50% dos casos (Constante et al., 2022).

O prognóstico é favorável na ausência do envolvimento cardíaco (Constante et al., 2022).

## **INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL**

Para além do diagnóstico consistir em critérios clínicos, pode ser apoiado pelos seguintes resultados laboratoriais: leucocitose, trombocitose (a partir da 2ª semana), anemia, aumento da velocidade de sedimentação (VS), aumento da PCR, proteinúria leve, piúria, pleocitose do LCR (Constante et al., 2022), elevação das transaminases; hipertrigliceridemia e aumento da LDL; hipoalbuminemia, hiponatremia e piúria estéril (Rodrigues et al., 2018).

O diagnóstico de DK incompleta pode ser estabelecido se houver evidência de inflamação sistémica ( $PCR \geq 3 \text{mg/dL}$  ou  $VS \geq 40 \text{mm/h}$ ) e na presença de 3 ou critérios suplementares: anemia; plaquetas superiores e igual a  $450.000/\text{uL}$  após o sétimo dia de febre; albumina menor ou igual a  $3 \text{g/dL}$ ; ALT elevada; leucócitos superior e igual a  $15.000/\text{uL}$  e urina superior e igual a 10 leucócitos/campo. Se não apresentar 3 alterações laboratoriais pode revelar alterações no ecocardiograma (Chagas et al., 2021).

## **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL**

Os principais diagnósticos diferenciais da DK são a escarlatina, sarampo,

adenovírus, síndrome de choque tóxico, síndrome de ativação macrofágica, artrite idiopática juvenil sistêmica, entre outras patologias com sintomatologia similar (Chagas et al., 2021).

### **COMPLICAÇÕES GRAVES NA FASE AGUDA**

As crianças que apresentam DK incompleta ou atípica, isto é, que não apresentam os critérios clássicos tem maior probabilidade da ocorrência de aneurisma das coronárias e outras complicações associadas ao atraso no diagnóstico e tratamento. Como por exemplo, derrame pericárdico, pericardite, miocardite, insuficiência valvular, insuficiência cardíaca, enfarte agudo do miocárdio ou alterações eletrocardiográficas (Chagas et al., 2021). O aneurisma representa 15-25% de doentes não medicados com imunoglobulina e apenas 2-4% dos medicados (Chagas et al., 2021).

As complicações que acarreta um elevado risco de morte são a síndrome de choque da DK, síndrome de ativação macrofágica (citopenias, diminuição da VS, elevação da ferritina e manifestações hemorrágicas), síndrome de secreção inapropriada da hormona antidiurética (hiponatremia) e disfunção multiorgânica (Chagas et al., 2021).

### **TRATAMENTO DA FASE AGUDA**

O objetivo principal na fase aguda é iniciar precocemente a terapêutica com intuito de prevenir as alterações coronárias, reduzindo a morbidade provocada pela doença (Silvestre, 2004). Habitualmente institui-se a administração de imunoglobulina (IG) e salicilatos em doses anti-inflamatórias na fase febril e em doses antiagregantes por 6-8 semanas ou até o desaparecimento das lesões coronárias (Constante et al., 2022 & Chagas et al., 2021).

A IG diminui o risco de se desenvolver alterações das coronárias, se administradas nos primeiros 7-10 dias de doença (Constante et al., 2022). A perfusão é realizada em 12 horas, segundo protocolo. Durante a perfusão o enfermeiro deve estar atento a eventuais reações adversas e monitorizar os sinais vitais. Habitualmente após administração a temperatura é normalizada a fim de 2 dias (Silvestre, 2004).

Os anticoagulantes e/ou antiagregantes podem ser usados em casos de aneurismas coronários médios (ex. AAS + clopidogrel) e em casos de diâmetro superior e igual a 8 mm habitualmente é prescrito a varfarina ou heparina de baixo peso molecular (Chagas et al., 2021).

A DK Refratária surge em 10-40% dos doentes e consiste na presença continua

de febre ou recidiva após as 48h da perfusão de IG, com aumento dos RFA. Nestes casos é recomendado a 2º dose de perfusão em 12 horas (Chagas et al., 2021).

### **ALTA**

No dia da alta a criança é encaminhada para a consulta de infeciologia pediátrica ou reumatologia em 2-3 dias para reavaliação precoce e consulta de cardiologia pediátrica com necessidade de repetir ETT em 10-14 dias e às 6-8 semanas, altura que termina AAS.

### **O IMPACTO DA HOSPITALIZAÇÃO E O EEESIP**

A hospitalização é considerada um evento traumático quer para a criança, quer para a sua família, pois ela é afastada do seu ambiente familiar, social e afetivo, passando para um ambiente novo com pessoas desconhecidas (Barros, et al., 2021).

A família experiencia sentimentos de angústia, medo, impotência, preocupação, incerteza quanto à recuperação e dificuldade na manutenção do seu papel parental (Falke et al., 2018 & Lopes, 2012).

A hospitalização pode deste modo desencadear uma situação de crise familiar. O enfermeiro especialista em ESIP encontra-se numa posição

privilegiada dada a sua proximidade com a criança e família permitindo apoiar continuamente os mesmosno processo de readaptação, fornecendo estratégias de coping eficazes (Doupnik et al., 2017).

O equilíbrio e bem-estar da família é fundamental para a adaptação da criança a hospitalização e ao processo de saúde-doença (Subtil, Fonte e Relvas, 1995 citado por Lopes, 2012).

**Metodologia:** O estudo de caso permite análise do caso clínico no seu contexto real, utilizando múltiplas fontes de evidência que contribuem para a construção do conhecimento, incorporando a subjetividade do observador (Meirinhos, 2010)

Através da observação direta, observação participativa, utilização de entrevistas e consulta de registos informáticos do hospital, recolhi os dados necessários para análise e interpretação do caso.

A escolha do caso clínico deveu-se a sua imprevisibilidade e complexidade. Ao analisar o caso pretendi delinear as intervenções de enfermagem diferenciadas e especializadas à criança em questão e sua família.

Procedi ainda à revisão narrativa da literatura, com recurso a bases de dados (Hindawi, PubMed, Cochrane Library, SciELO) e aos sites oficiais da OMS, Direção-Geral da Saúde (DGS) e a

documentos oficiais relacionados com o enfermeiro especialista em ESIP. Para a pesquisa utilizaram-se as seguintes palavras/título de assunto: “Kawasaki disease”, “Kawasaki crianças”, “cuidados de enfermagem à criança com DK”.

Estabeleceu-se como critérios de pesquisa: artigos publicados entre 2016 e 2023; e artigos que evidenciavam a prática de cuidados à criança/jovem com DK na fase aguda.

Enquanto futura enfermeira especialista em ESIP apoiei a minha atuação no Modelo de Parceira de Anne Casey.

O Modelo da Parceria de Cuidados, surge em 1988 como primeiro modelo de cuidados pediátricos elaborado por Anne Casey em que realça a importância dos pais nos cuidados à criança hospitalizada, assumindo os pais como parceiros dos enfermeiros na satisfação das necessidades de saúde da criança (Casey, 1993). É importante incentivar a participação e envolvimento dos pais no cuidado à criança, segundo a autora estes são os melhores prestadores de cuidados. O enfermeiro estabelece uma relação de confiança, de parceira e de flexibilidade como pais. Os cuidados são centrados na família, prestados em parceria com esta (Ramos & Figueiredo, 2020).

O modelo assenta em cinco pilares: a criança, família, o enfermeiro, a saúde e o ambiente (Monteiro & Cerqueira, 2020).

A criança é reconhecida nos primeiros anos de idade como dependente dos pais ou de outras pessoas significativas para satisfazer as suas necessidades de crescimento e desenvolvimento, gradualmente torna-se menos dependente e mais autónoma na satisfação das suas necessidades (Monteiro & Cerqueira, 2020). O conceito saúde é definido como o estado ótimo de bem-estar físico e mental, qualquer alteração pode comprometer o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico, intelectual, social e espiritual. O desenvolvimento de uma criança pode ser afetado por diversos estímulos que têm origem no ambiente que se encontra inserida. A autora sugere que os estímulos devem ser imbuídos de amor e cuidados para que a criança se sinta segura e confiante para desenvolver a sua independência. A família é definida como a unidade com maior responsabilidade pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma influência forte no seu crescimento e desenvolvimento (Monteiro & Cerqueira, 2020).

Segundo os mesmos autores os cuidados prestados pelos pais são denominados de cuidados familiares, cuidados de suporte às necessidades humanas básicas da criança (higiene, alimentação, conforto e amor).

Segundo Casey (1993), o enfermeiro pediátrico é responsável pelos cuidados de enfermagem e familiares quando estes estão impossibilitados, ausentes ou é negociado, desde ensino, orientação, transmissão de conhecimentos à família. Os cuidados de enfermagem são cuidados diferenciados e especializados com objetivo de satisfazer outras necessidades relacionadas com a saúde da criança (Ramos & Figueiredo, 2020).

De acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, o enfermeiro planeia os cuidados em conjunto com os pais, tendo em conta as suas competências e respeitando a sua vontade e desejo de envolvimento no processo (Monteiro & Cerqueira, 2020).

A negociação e flexibilidade são conceitos essenciais quando necessitamos de clarificar os cuidados que a família deseja prestar e quer desenvolver em conjunto com o enfermeiro com vista o bem-estar da criança (Ramos & Figueiredo, 2020).

O ensino, orientação e apoio específico à família é relevante para a participação dos pais e decisões informadas (Ramos & Figueiredo, 2020).

Pretendo ao apresentar o estudo de caso retratar a realidade dos cuidados especializados à criança com DK e sua família, em contexto de internamento, com apoio de diversas teóricas de

enfermagem e da taxonomia de enfermagem Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE).

Através da apresentação do caso clínico pretendo sensibilizar para a importância do reconhecimento precoce da doença e dar visibilidade do papel do enfermeiro especialista em ESIP junto da criança hospitalizada com DK na fase aguda e sua família.

O processo de enfermagem é caracterizado por cinco etapas distintas: apreciação inicial, a seleção de diagnósticos de enfermagem, o planeamento de intervenções e sua implementação e avaliação dos resultados (Silva et al., 2017).

A primeira etapa do processo de enfermagem é a avaliação, apreciação inicial.

Nesta etapa realizei colheita de dados quer a criança quer a família, focando em todas as dimensões de vida, bem como os conhecimentos sobre a doença e hospitalização.

O caso reporta a uma menina que após várias deslocções ao serviço de urgência pediátrica do hospital da área, ficou hospitalizada no serviço de pediatria do referido hospital para investigação do seu caso clínico, por apresentar febre persistente há mais de 5 dias, evolução do exantema, aparecimento de novos sintomas e sem melhoria clínica mesmo

após o início de antibioterapia no domicílio prescrita para o diagnóstico de escarlatina.

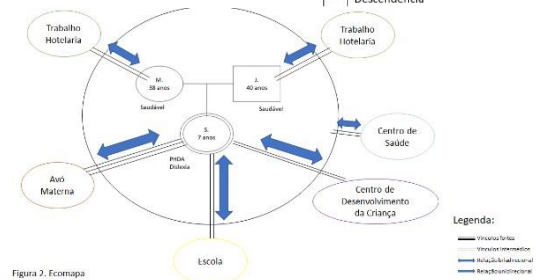
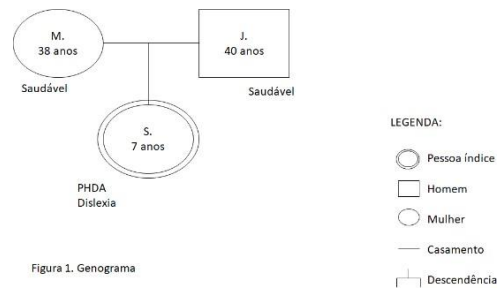
Inicia no serviço de pediatria nova antibioterapia por PCR elevada, e monitorização contínua.

### Avaliação Inicial

**Criança** – A Sara (nome fictício) é uma criança de sete anos de idade, nasceu as 40 semanas por parto distócico por ventosa por má progressão TP, com IA: 8/9/9. A gravidez foi vigiada e muito desejada pela avómaterna.

Frequenta o 2º ano do Ensino Básico, com bom aproveitamento escolar e com boas relações com os colegas, professores e restantes funcionários. É seguida no CS da sua área, com PNV atualizado. Sem antecedentes familiares relevantes. Desconhece alergias medicamentosas. É seguida no Centro de Desenvolvimento por PHDA e dificuldades na fala.

**Família** – A Sara vive com os pais, é filha única. Os pais são saudáveis, trabalham na restauração. Realizei genograma e ecomapa.



**Cuidados familiares** – A mãe pretende realizar os cuidados familiares e mostrou-se disponível para a controlo da ingestão hídrica e eliminação vesical e intestinal.

Na fase de planeamento tive a preocupação de envolver os pais neste processo. A negociação e flexibilidade no estabelecimento de quem será o prestador nos cuidados familiares e de enfermagem, bem como delinear os objetivos dos cuidados de enfermagem e os planos para ensino e apoio aos pais.

Na fase implementação implicou a concretização dos cuidados familiares e de enfermagem de acordo com o plano definido, bem como os programas de ensino.

Por fim, na fase de avaliação realizei a identificação dos resultados das intervenções e eventuais alterações de planos com a família.

## **CASO CLÍNICO**

### **- História Clínica**

No dia 25 de fevereiro a criança recorreu ao SUP por picos febris, otalgia, dor abdominal e recusa alimentar, teve alta no próprio dia com indicação para manter vigilância de sintomatologia e administração de antipiréticos. Entretanto no dia 27 de fevereiro recorreu novamente ao SUP por manter picos febris e surgimento de exantema generalizado, língua em framboesa e queilite. Foi observado hiperemia marcada com ligeira hipertrofia amigdalina (sem exsudado) e diagnosticado escarlatina, medicada com antibioterapia no domicílio.

Por agravamento da sintomatologia e surgimento de novos sintomas (diarreia, vômitos, edemas e tom de pele icterícia) foi admitida no serviço de pediatria para estudo no dia 1 de março. Colocado a hipótese dos seguintes diagnósticos: síndrome do choque tóxico, complicações da escarlatina e hepatite.

Observado exantema macular na região cervical e tronco; edema da face e pés; icterícia.

Iniciou Flucloxacilina 3x dia e Clindamicina 3x dia.

Dada a complexidade da situação foi monitorizada.

Perante a persistência de hipertermias e taquicardia, no dia 3 de março realizou-se ECG e ETT que revelou dilatação de 4mm da artéria coronária direita (CD), aneurisma sacular da CD. Iniciou imediatamente a terapêutica de DK, perfusão de imunoglobulina (IG) 2g/kg/dia a 100mg/ml a 58 ml/h e ácido acetilsalicílico (AAS) 100mg/dia.

Surge o diagnóstico de DK incompleta / atípica com os seguintes critérios:

- Critérios clínicos: febre > 5 dias + mucosite oral (queilite e língua framboesa) + exantema polimórfico + alterações acrais (edemas das mãos e pés)
- Critérios analíticos: PCR 151 ml/L + anemia normocítica normocrômica + leucocitose + hipoalbuminemia + alterações coagulação + hiperbilirrubinemia
- Critérios ecográficos: aneurisma sacular coronário

Manteve-se assintomática do foro cardiovascular.

A Sara realizou uma ecografia abdominal no dia 2/03 que se constatou hepatomegalia associada a líquido livre intra-abdominal, que relacionaram num contexto de hepatite e segundo Chagas e colaboradores (2021) a hepatomegalia é

considera uma das manifestações sistemáticas da DK.

No dia 5 de março repetiu perfusão IG durante 12h, por ter apresentado novo pico febril.

Durante o internamento necessitou de reposição de potássio.

Ao longo do internamento apresentou aumento do apetite, ausência de vômitos e diarreia, edemas em regressão e relativamente ao exantema menos exacerbado, mas descamativo.

No dia 8 de março realizou ecocardiograma que revelou diminuição do diâmetro do aneurisma da CD, de 4 para 3mm.

O cardiologista pediátrico recomendou reavaliação após 15 dias.

No dia 9 de março tem alta clínica com indicação para realização de análises clínicas no dia 15 de março e consulta com pediatra no dia 16 de março para reavaliação.

Ao longo do meu percurso em contexto clínico utilizei em paralelo o Modelo de Parceria de Anne Casey e o Modelo de Nancy Roper, Logan e Tierney. Através das 12 atividades de vida diárias (AVD'S) consegui obter uma avaliação holística da criança, identificando os seus problemas. Apresento o resultado dessa avaliação no final do artigo (Fonseca et al., 2017).

**Resultados:** Os diagnósticos de enfermagem selecionados para este caso clínico, segundo Bowser CIPE (2019) foram:

- **Febre**, por apresentar há mais de 5 dias;
- **Integridade da pele comprometida**, por exantema, ictérica e edema;
- **Sistema cardiovascular comprometido**, vasculite sistemática e presença de aneurisma na coronária direita;
- **Risco de coping familiar comprometido**, pela hospitalização e doença, preocupação e incerteza dos pais.

A febre é o motivo mais frequente de procura de cuidados de saúde em idade pediátrica. A abordagem da criança com febre é determinada pela gravidade da situação clínica, pela sua repercussão no estado geral da criança e pela faixa etária. São sinais tranquilizadores se a criança brinca, tem sorriso fácil e apetite, acalma com a mãe e apresenta comportamento parecido ao habitual quando está apirética (DGS, 2018). Com vista a minimizar o desconforto associado a febre, reduzir a temperatura corporal e potenciar os conhecimentos dos pais sobre a febre, delinee as seguintes intervenções de enfermagem, segundo DGS (2018):

- ☐ Monitorizar a temperatura corporal 4/4h;
- ☐ Avaliar o nível de

consciência e vigiar o comportamento;

- ❑ Otimizar ambiente físico;
- ❑ Promover conforto e bem-estar;
- ❑ Administrar antipiréticos;
- ❑ Explicar à criança sobre a terapêutica e cuidados a ter;
- ❑ Avaliar o conhecimento da mãe sobre a febre e os cuidados;
- ❑ Ensinar a mãe sobre o processo patológico, cuidados sobre a febre e sinais de alerta;
- ❑ Incentivar ingestão de líquidos (Lima, et al 2021);
- ❑ Avaliação do risco nutricional e de desidratação (Lima, et al 2021).

A criança ficou sem febre após a segunda administração de IG. Ao longo do internamento esteve consciente, orientada, colaborante e participativa. A mãe revelou facilidade e interesse na aquisição de novos conhecimentos.

Além da febre persistente, a criança apresentava exantema generalizado, icterícia, queilite e edemas das mãos e pés, como tal selecionei o diagnóstico de enfermagem (CIPE, 2019) integridade da pele comprometida. Neste diagnóstico pretendida minimizar o desconforto cutâneo e idealizava a integridade da pele melhorada. As intervenções de enfermagem foram as seguintes:

- ❑ Observar a pele, mucosas e perfusão dos tecidos;
- ❑ Orientar para a higiene corporal e desinfeção das mãos;
- ❑ Aplicar compressas frias, loções hidratantes e incentivar ao uso de roupa leve, larga e macia (Hockenberry, et al 2019);
- ❑ Mudar a roupa da cama e vestuário diariamente (Yan et al, 2022);
- ❑ Incentivar a higiene oral e cuidados aos lábios com batom hidratante (Hockenberry, et al 2019);
- ❑ Incentivar a ingestão de líquidos leves e alimentos macios (Hockenberry, et al 2019);
- ❑ Ensino aos pais sobre as mudanças que podem ocorrer na criança: anormalidade na pele; alterações comportamentais, artrite e perda de apetite (Lima, et al 2021);
- ❑ Explicar à criança o seu estado de saúde, adequando a informação à sua idade, maturidade e nível de compreensão (Diogo et al, 2017).

No dia da alta clínica observei descamação das mãos e dos pés, exantema em regressão e tom de pele menos amarelado.

A DK é caracterizada por uma inflamação dos pequenos e médios vasos sanguíneos,

com complicações cardiovasculares frequentes. No caso específico da criança apresentava aneurisma da CD. Emerge o diagnóstico sistema cardiovascular comprometido (CIPE, 2019) em que o resultado esperado é minimizar as complicações associadas ao comprometimento do sistema cardiovascular contribuir na redução do diâmetro do aneurisma da CD.

Após leituras sobre a temática, fundamentei as minhas intervenções nos seguintes autores (Passinho et al., 2019 & Yanet al., 2022):

- ❑ Monitorização continua dos sinais vitais (PA; FC; ritmo cardíaco; FR; SpO2) (Lima, et al 2021);
- ❑ Monitorizar a dor (escala EVA);
- ❑ Monitorizar a ocorrência de arritmias e instabilidade hemodinâmica;
- ❑ Monitorizar sinais e sintomas de baixo débito cardíaco (alteração do nível de consciência, hipotensão ou choque, dor torácica anginosa, congestão pulmonar);
- ❑ Incentivar o repouso, numa fase inicial;
- ❑ Vigiar a mobilidade e tolerância à atividade;
- ❑ Administrar medicação

(ex. AAS e IG) conforme prescrição médica e vigiar possíveis reações adversas (Lima, et al 2021);

- ❑ Acompanhar criança e família na realização do ECG e ecocardiograma;
- ❑ Realizar balanço hídrico e peso diário (Hockenberry et al, 2019).

A hospitalização é uma fonte de ansiedade e stress para os pais, exige uma adaptação e um reajuste na dinâmica familiar e no papel parental. As intervenções focadas na promoção do relaxamento e distração, no ensino de técnicas para gestão do stress e estimulação da expressão de sentimentos (Doupnik et al., 2017) fazem parte do leque de intervenções do enfermeiro especialista em ESIP junto da família da criança hospitalizada. O enfermeiro deve facilitar nesse processo de transição fornecendo estratégias de coping para uma adaptação eficiente (Barros et al., 2021).

Promover a adaptação à hospitalização da criança e família foi um dos objetivos delineados. O último diagnóstico levantado foi o risco de coping familiar comprometido.

Os pais da Sara ficaram satisfeitos com hospitalização e otimistas em relação a mesma.

A criança conformada, manteve-se tranquila e colaborante ao longo do

internamento. Manteve as suas brincadeiras preferidas, o pintar e desenhar.

Aquando diagnóstico definitivo os pais ficaram satisfeitos porque finalmente sabiam que a filha tinha, mas, ao mesmo tempo preocupados porque desconheciam a doença e suas complicações. É importante orientar os pais sobre a doença em todas as suas etapas (Lima et al., 2021).

A nível emocional os pais mantiveram-se calmos e bem-dispostos junto da criança, reconheciam a importância de se manterem assim junto da mesma. Pais otimista e confiante nos cuidados, a Sara manteve-se feliz e colaborante.

As intervenções de enfermagem definidas para este diagnóstico foram:

- ❑ Observar os mecanismos de coping familiar e da criança;
- ❑ Incentivar a parentalidade durante a hospitalização / Reforço do papel parental (Diogo et al., 2017);
- ❑ Promover a presença dos pais durante a hospitalização (Diogo et al., 2017), pois asseguram proteção, afeto e são uma fonte de segurança (Modelo de Parceria de Anne Casey);
- ❑ Incentivar a expressão de sentimentos da criança e sua família (escuta ativa) e desmistificar alguns

medos associados à hospitalização (OE, 2018 & Diogo et al., 2016);

- ❑ Apoiar, respeitar, encorajar e amenizar os fatores stressantes (Almeida & Sabatés, 2008);
- ❑ Ensinar os pais estratégias para lidar com a ansiedade e stress;
- ❑ Preparar a criança para os procedimentos, com recurso à brincadeira terapêutica (Diogo et al., 2017);
- ❑ Capacitar os pais para participarem positivamente nos procedimentos (Diogo et al., 2017);
- ❑ Comunicar com a criança e família, utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (OE, 2018);
- ❑ Promover atividades lúdicas no ambiente hospitalar (Diogo et al., 2017);
- ❑ Tranquilizar a criança através de técnicas de relaxamento, música, distração, humor, jogo;
- ❑ Permitir que a criança traga o seu brinquedo favorito para o hospital (Almeida & Sabatés, 2008);
- ❑ Elogiar comportamento e autocontrolo da criança; dar reforço positivo (Diogo et al., 2017);
- ❑ Ensinar, instruir e treinar

como tomar conta da: higiene, alimentação, eliminação durante a hospitalização.

A mãe da Sara referiu sentir-se otimista e confiante em relação a recuperação da filha, segundo a mesma confia em Deus e na equipa de saúde. A família destaca segurança nos cuidados prestados e aceitação do diagnóstico.

Os pais ao longo do internamento mostraram-se interessados e envolvidos nos cuidados à criança. A avó materna enviou refeições para a neta.

Quando os pais tinham dúvidas, preocupações e receios sentiram confiança em expô-las a equipa de enfermagem e médica.

Questionei a mãe sobre a sua adaptação ao meio hospitalar, referiu facilidade na adaptação e na manutenção do seu papel parental ao negociar os cuidados familiares e de enfermagem. Sentiu-se valorizada e responsável pela sua filha.

O pai não permaneceu como acompanhante devido ao seu trabalho, mas nos horários de visitas estava presente e recetivo. Verbalizou-me impotente, mas salienta confiança na recuperação da filha e consciente dos cuidados a ter após a alta.

A Sara mostrou-se curiosa e interessada em compreender o meio envolvente. Durante os procedimentos invasivos e/ou

dolorosos apresentou autocontrolo. Gostava de cantar nesses momentos.

**Discussão:** Lima e colaboradores (2021) salienta a importância de toda a equipa multidisciplinar conhecer a sintomatologia da doença para uma rápida deteção do diagnóstico. Sendo o enfermeiro o elemento mais próximo da criança e sua família, este exerce um papel privilegiado na deteção precoce da doença e ainda no apoio contínuo à criança e família durante o seu processo de doença (Hamilton et al., 2017; Tang et al., 2022).

O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey defende o envolvimento ativo dos pais na prestação de cuidados à criança, encarando-os como parceiros e valorizando as suas capacidades. Este modelo tem por base a negociação, flexibilidade e o respeito pelas necessidades da criança e família (Ramos e Figueiredo, 2020). Em concordância com o modelo o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (RCEEEESIP, 2018) salienta que o enfermeiro “negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar” (p.19193). É fundamental o papel do enfermeiro como promotor de estratégias de coping

para uma adaptação eficiente da família à hospitalização (Hamilton et al., 2017). Como defende o RCEEEESIP (2018) o enfermeiro “promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crônica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (p. 19193).

O enfermeiro apresenta ainda um papel fulcral na adesão terapêutica e na gestão da doença. Sendo assim, torna-se fundamental deter conhecimentos da doença, bem como das suas complicações de forma a educar a criança e família, promovendo a sua adaptação a sua situação atual. A educação à criança e sua família é essencial para o sucesso dos resultados (OE, 2011).

**Considerações Finais:** O Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey foi aplicado no processo de enfermagem, com o intuito de envolver os pais nos cuidados e trabalhar com os mesmos em parceria, de modo a minimizar o stress e ansiedade, e a capacitar o empoderamento dos mesmos e da criança aquando hospitalização e situação de doença.

Adquiri conhecimentos sobre a DK e os cuidados inerentes que me permitiu prestar cuidados de enfermagem diferenciados à criança e sua família, contribuindo consequentemente para o desenvolvimento das competências

específicas enquanto futura enfermeira especialista em ESIP.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, F. & Sabatés, A. (2008). *Enfermagem Pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. Manole. Brasil
- American Heart Association (2017) *Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease*. AHA Journals Circulation 135: e927- e999. 10.1161/CIR.0000000000000484
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E. & Charepe, Z. (2021). *Intervenções de Enfermagem promotoras da adaptação da criança/adolescente/família à hospitalização: uma scoping review*. *Enfermería global*, 20 (61), 556-574  
[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412021000100020](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412021000100020)
- Casey, A. (1993). *Development and use of the partnership model of nursing care*. In E. Glasper & A. Tucker (Ed.), *Advances in Child, health nursing*. London: Scutari Press.

- Chagas, J., Estanqueiro, P., Rodrigues, F., Martins, P., Pires, A. & Salgado, M. (2021). Protocolo da doença de Kawasaki em Idade Pediátrica. *Revista Saúde Infantil*. 43 (1): 41-48
- Conselho Internacional de Enfermagem. (2019). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*.
- Constante, A., Godinho, J., Magalhães, T., Fonseca, S. & Silva, C. (2022). *Manual de Pediatria* (3ª edição). APNA
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2\\_26\\_47.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23729/1/Doc2_26_47.pdf)
- DGS (2018). *Febre na Criança e no Adolescente-Cuidados e Registos de Enfermagem: Avaliação Inicial, Diagnósticos, Intervenções*. <https://www.sip-spp.pt/media/ow3jjffa/febre-cuidados-e-registos-de-enfermagem-2018-dgs.pdf>
- Doupnik, S., Hill, D., Palakshappa, D., Worsley, D., Bae, H., Shaik, A., Qiu, M., Marsac & Feudther. (2017). Parent Coping Support Interventions During Acute Pediatric Hospitalizations: A Meta-Analysis, *Pediatrics* 140(3), 1-16 [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574731/pdf/PEDS\\_20164171.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5574731/pdf/PEDS_20164171.pdf)
- Fonseca, C., Coroado, R., Pissarro, M., (2017) A importância do Modelo das Atividades de Vida de Nancy Roper, Winifred Logan e Alison Tierney na formação de estudantes do curso de licenciatura em Enfermagem, *Journal of Aging & Innovation*, 6(3), 96-102. <http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/10-Nancy-Roper.pdf>
- Hockenberry, M., Wilson, D. & Rodgers, C. (2019). *Wong's nursing care of infants and children*. (11ª ed.). Elsevier: St. Louis, Missouri
- Lima, H., Medeiros, A., Alves, K. & Salvador, P. (2021). Assistência hospitalar multiprofissional à criança com doença de Kawasaki.

- Revista de Enfermagem UFPE on line*, 15 (1). 1-16.  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1252619>
- Meirinhos, M. (2010). O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. *revista de educação*, 2(2), 49-65.  
<https://core.ac.uk/download/pdf/153405689.pdf>
- Monteiro, A. J., Cerqueira, C. (2020). Modelo de Pareceria de Cuidados de Anne Casey. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (pp. 33-38). Lidel.
- Moreira, H. (2020). *Avaliação dos preditores de risco para doença de Kawasaki complicada numa população não japonesa*. (Dissertação para obtenção de Mestre em Medicina, Universidade do Porto).  
<https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/128404/2/411827.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe\\_guiasorientadoresboapraticaceesip\\_volii.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8906/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_volii.pdf)
- Ordem dos enfermeiros (2015). Guia orientador de boa prática.  
[https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivos/publicacoes/Documents/GOBP\\_ParentalidadePositiva\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivos/publicacoes/Documents/GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf)
- Passinho R., Primo C., Fioresi M., Nóbrega M., Brandão M., Romero W. (2019) Elaboration and validation of an ICNP® terminology subset for patients with acute myocardial infarction. *Rev Esc Enferm USP*. 53. e03442. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2018000603442>
- Ramos, A. & Figueiredo, M. (2020). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem*. Lidel
- Regulamento n.º 422/2018. **Diário da República** II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. [Consult. 01-01-2023]. Disponível em WWW: <<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>>.
- Rodrigues, M., Oliveira, J., Carvalho, F., Silva, H., Moreira, C., Granja, S. &

- Gonçalves (2018) Doença de Kawasaki e Complicações Cardiovasculares em Pediatria. *Birth and Growth Medical Journal*, XXVII, (1), 54-58
- Silva, J., Silva, J. & Gonzaga, M. (2017). Etapas do processo de enfermagem. *Revista Saúde em Foco*, 9, 594-603. [https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/06\\_7\\_etapasprocessoenfermagem.pdf](https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/06_7_etapasprocessoenfermagem.pdf)
- Silvestre, M. (2004). Intervenção do Enfermeiro na Criança com Doença de Kawasaki e sua Família. *Sinais Vitais*, 53, (4), 24-26
- Sousa, C., Barreto, B., Santana, G., Miguel, J., Braz, L., Lima, L. (2021). O brinquedo terapêutico e o impacto na hospitalização da criança: revisão de escopo. *Revista Soc. Brasileira Enfermagem Pediátrica*, 21 (2), 173-180. [https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles\\_xml/2238-202X-sobep-21-2-0173/2238-202X-sobep-21-2-0173.x19092.pdf](https://journal.sobep.org.br/wp-content/uploads/articles_xml/2238-202X-sobep-21-2-0173/2238-202X-sobep-21-2-0173.x19092.pdf)
- Yan, X., Han, W., Li, T., Wang, J., Zhang, X., Xhang, Q., Li, W., Liu, J., & Jiao, F. (2022) Nursing and Clinical Characteristics of Kawasaki Disease Shock Syndrome. *International Journal of tropical disease*, 43(2) 1-6 <https://journalijtdh.com/index.php/IJTDH/article/view/1203/2403>

Figura 1. Diagnóstico da Doença de Kawasaki

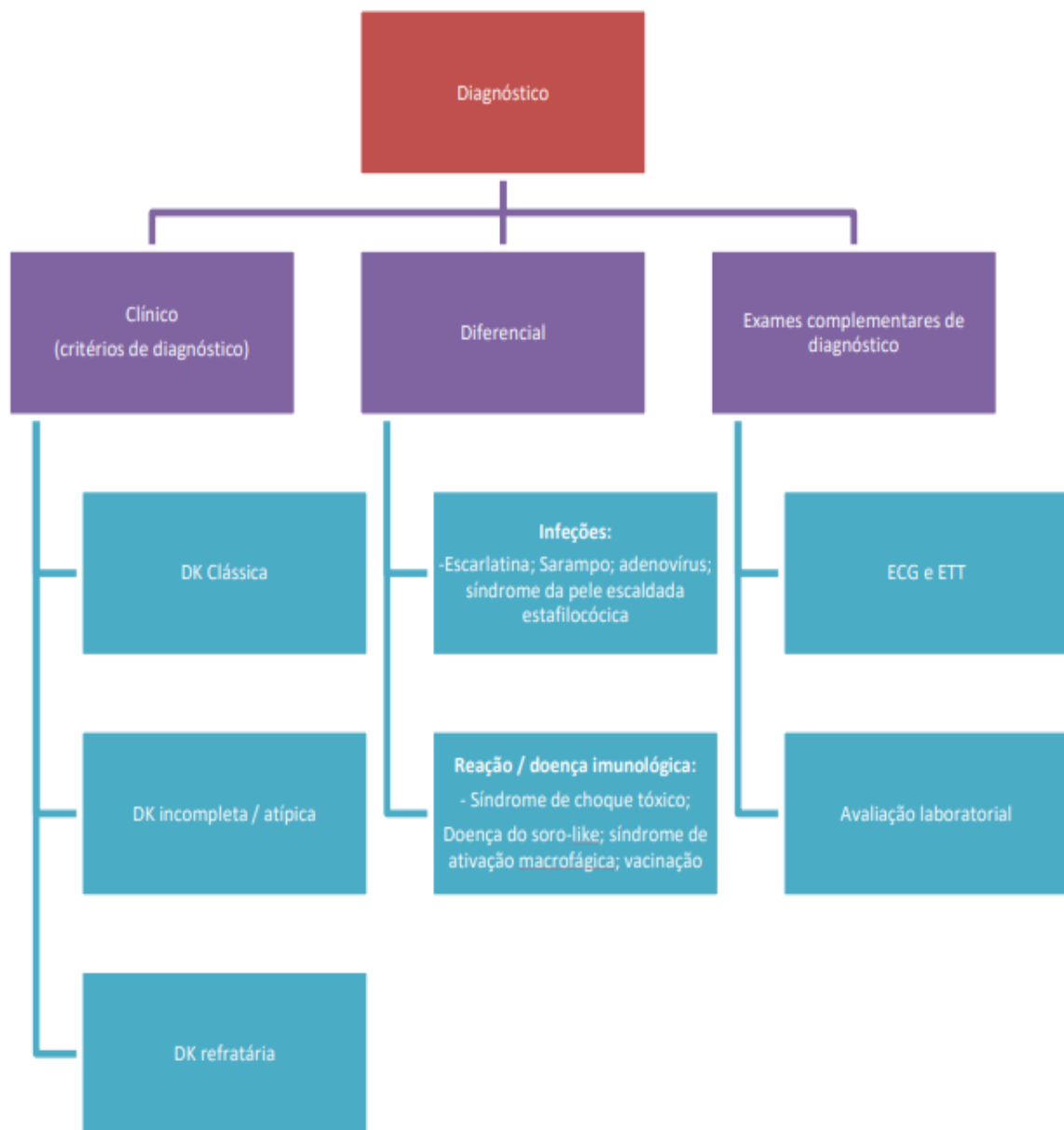


Figura 2. Critérios de diagnóstico: cardinais

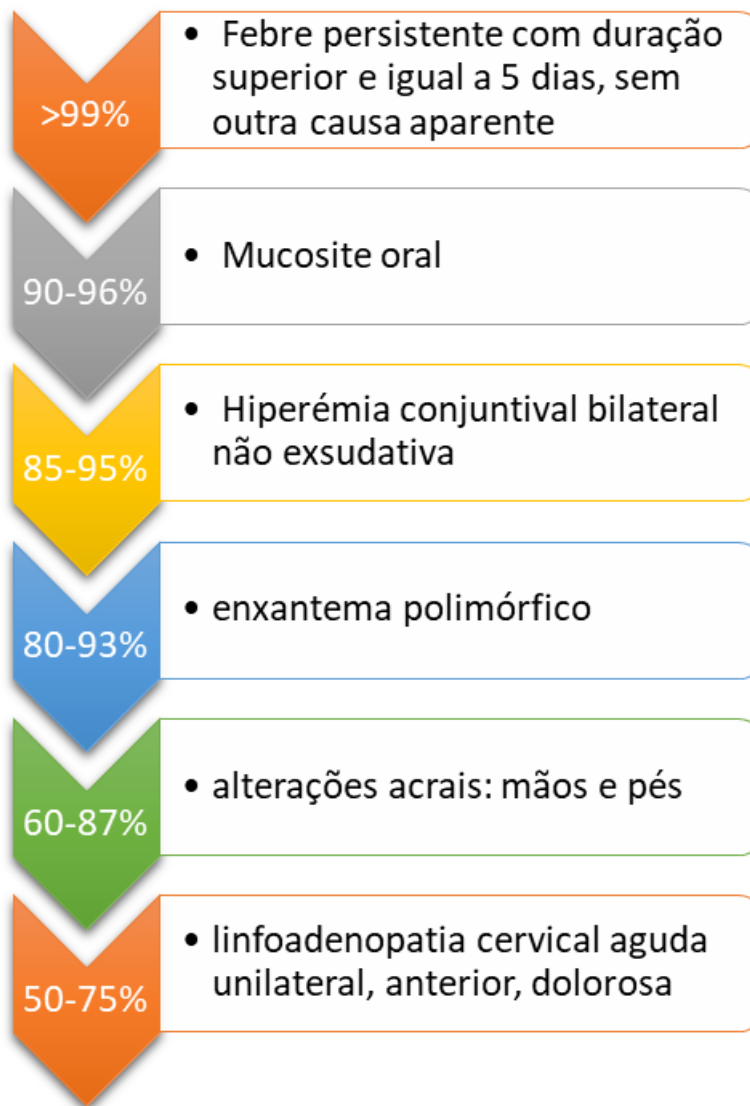


Figura 3. Genograma

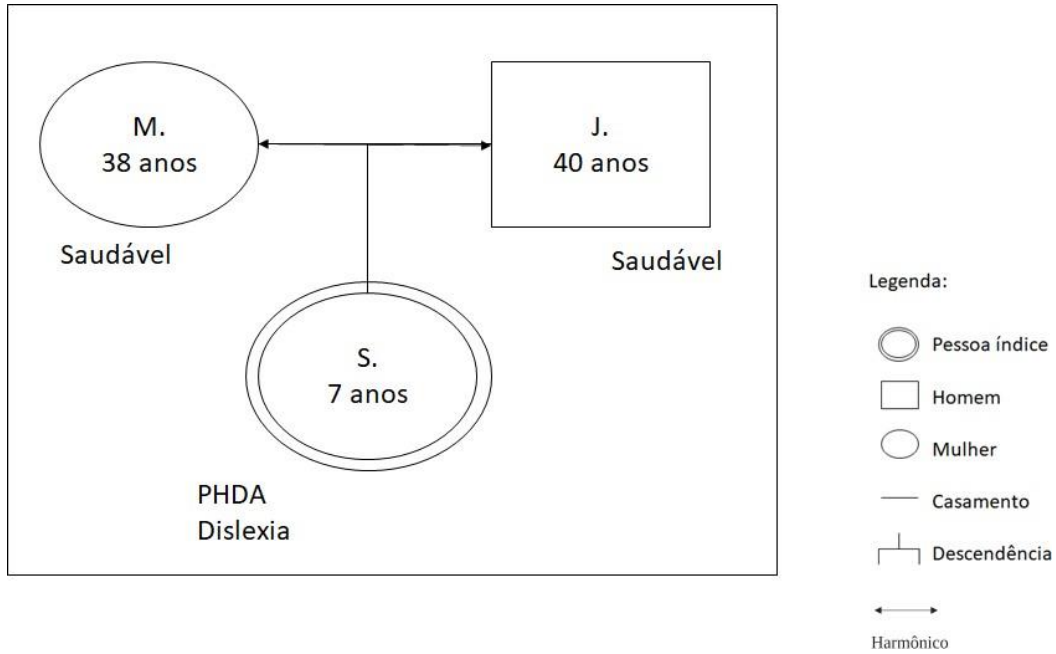
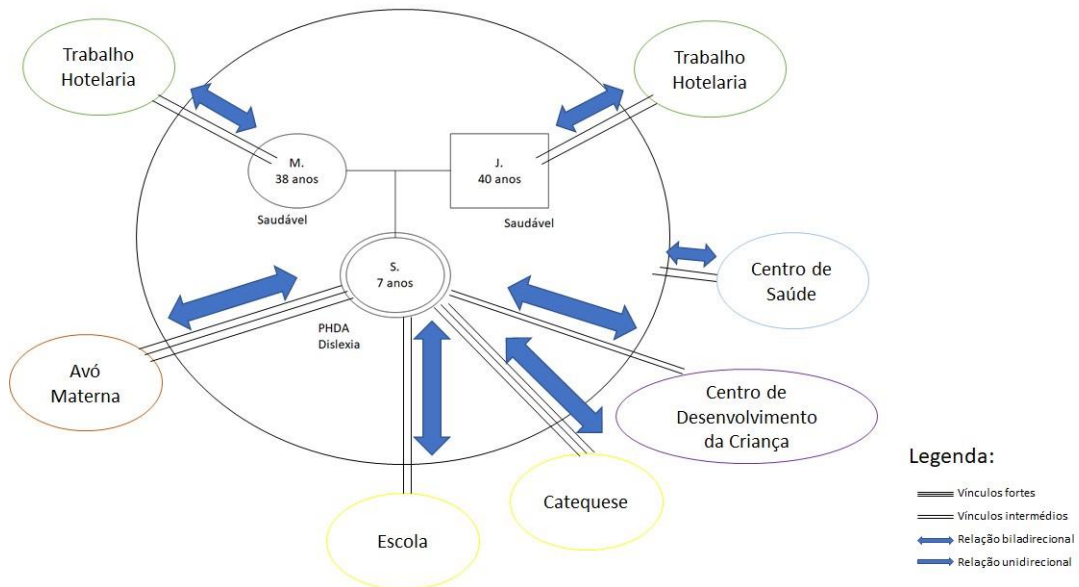
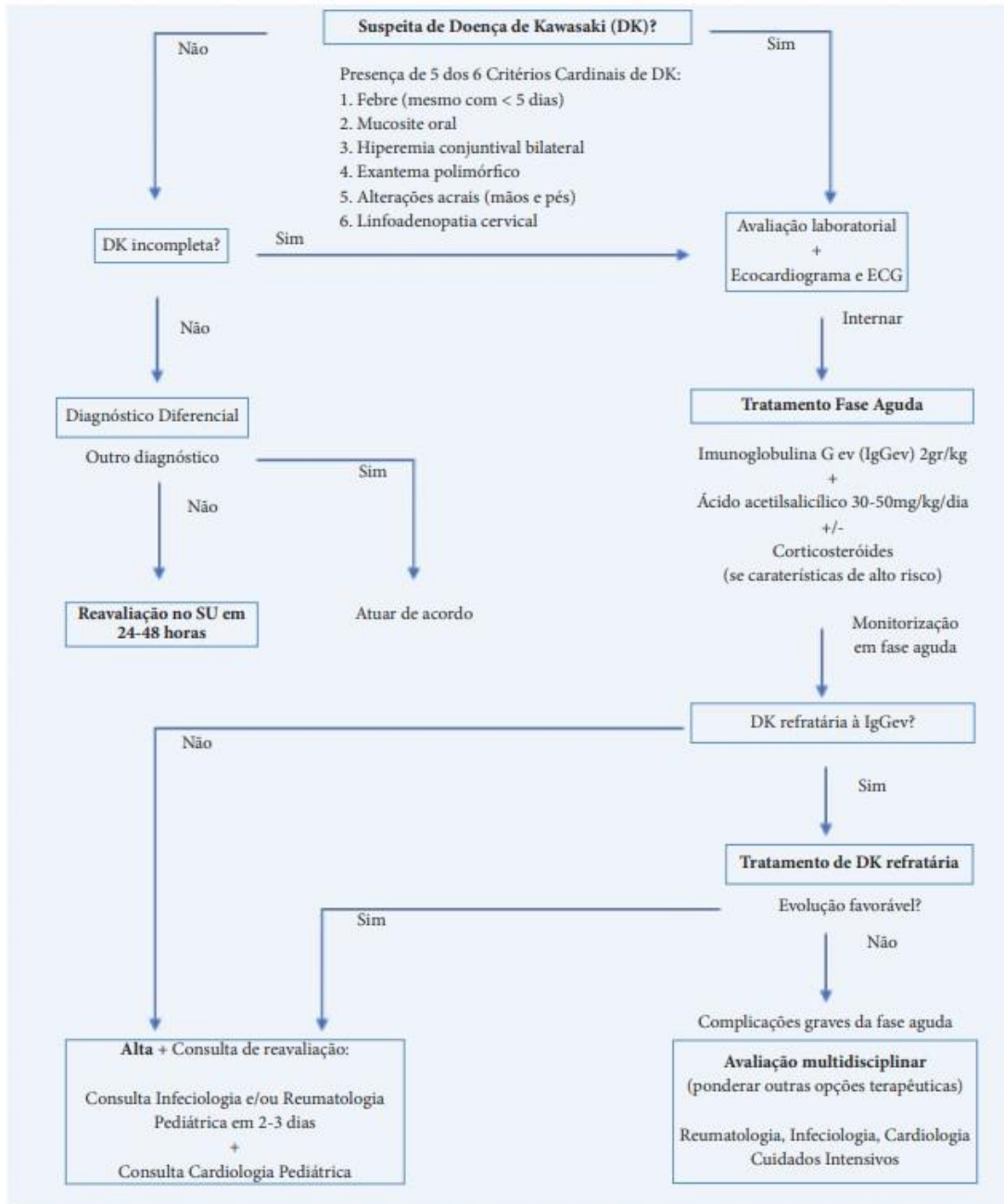


Figura 3. Ecomapa



## ALGORITMO 1. ABORDAGEM E ATUAÇÃO NA FASE AGUDA



**ALGORITMO 2. ABORDAGEM E ATUAÇÃO NA SUSPEITA DE DK INCOMPLETA<sup>5</sup>**

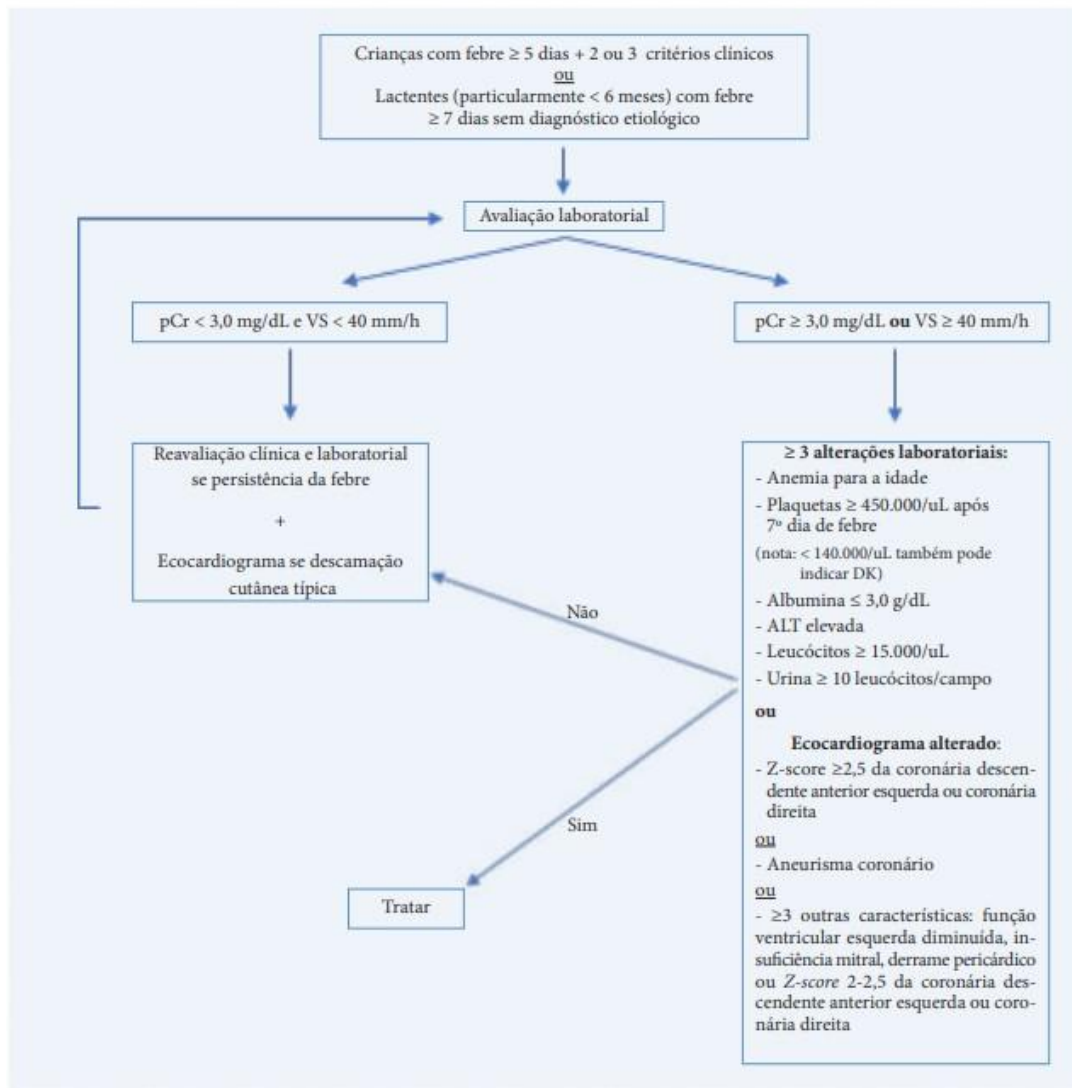


Tabela 1. Critérios de classificação/diagnóstico (CC/D) completos da DK:

CRITÉRIOS DE CLASSIFICAÇÃO /DIAGNÓSTICO (CC/D) COMPLETOS DA DK:	
Frequência	<b>5 de 6 Critérios Cardinais</b>
>95%	<b>1. Febre persistente com duração <math>\geq</math> 5 dias</b> Nos casos não medicados com IgGev dura em média 8-10 dias (4-28 dias). Após início de IgGev + AAS resolve em regra em 1-2 dias.
90-96%	<b>2. Mucosite oral (alterações dos lábios e mucosa da cavidade oral)</b> Pode apresentar eritema, fissuras labiais verticais, língua em morango, eritema difuso da mucosa oral e faríngea. NÃO cursa com úlceras orais nem exsudado faríngeo.
85-95%	<b>3. Hiperémia conjuntival bilateral não exsudativa</b> Duração de 1-3 semanas. Pode prolongar-se para além da febre, mas em regra desaparece muito rapidamente após IgGev.
80-93%	<b>4. Exantema polimórfico (especialmente no tronco)</b> Exantemas variados: maculopapular, escarlatiniforme, multiforme-like, urticariforme, psoriasiforme. NÃO cursa com vesículas, bolhas ou petéquias. Raramente pruriginoso. Geralmente surge antes do 5º dia de doença. Nota: Pode ocorrer precocemente um eritema com descamação no perineo (quase patognomónico).
60-87%	<b>5. Alterações acrais (mãos e pés)</b> Agudas: edema e/ou eritema duro das mãos e dos pés, envolvendo palmas e plantas, frequentemente doloroso. A artropatia da doença de Kawasaki tipicamente envolve mãos/pés. Subagudas: descamação periungueal dos dedos das mãos e dos pés (início >10 dias de doença). Em 1-2 meses podem surgir unhas com Linhas de Beau.
50-75%	<b>6. Linfadenopatia cervical aguda (<math>\geq</math> 1,5 cm)</b> Não purulenta, geralmente unilateral, anterior, dolorosa, envolvendo múltiplos gânglios. Ecografia pode demonstrar conglomerado de gânglios.

NOTA: Os CC/D podem apresentar-se sequencialmente, não tendo que estar presentes em simultâneo.

Tabela 2. Outras manifestações sistémicas de DK para além do envolvimento coronário

Manifestações sistémicas além das alterações coronárias
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Eritema/Induração na cicatriz da BCG (patognomónico);</li> <li>• Gastrointestinal – dor abdominal/vómitos/diarreia (frequente), hepatomegália, hidropsia vesicular, elevação das transaminases, colestase e hemorragias gastrointestinais (raro);</li> <li>• Respiratórias – tosse e rinorreia (frequente);</li> <li>• SNC – irritabilidade excessiva sugestiva de meningite asséptica, parestesia facial periférica transitória e raramente convulsões e encefalopatia ou ataxia;</li> <li>• Oftalmológicas – uveíte (até 70% dos casos), vasculite da retina e queratite punctata;</li> <li>• Osteoarticulares – artrite (30% dos casos) – 1ª semana: pequenas articulações; 2ª e 3ª semana: grandes articulações;</li> <li>• Otorrinolaringológicas – otite, perda de audição neurossensorial;</li> <li>• Trato urinário – piúria estéril (até 80% dos casos) e raramente nefropatia tubulointersticial, síndrome hemolítico urémico e nefrite intersticial;</li> <li>• Vasculite de outras artérias (com aneurismas): aorta, axilares, mesentéricas, subclávias, renais, hepáticas, femorais, ilíacas, peripancreáticas, esplâncnica, extremidades distais (raramente surgem na ausência de alterações coronárias).</li> </ul>

Atividades de vida	Grau de dependência Características pessoais	Problemas
Manter um ambiente seguro	A criança compreende o ambiente envolvente e tem cuidado. Manteve-se calma e colaborante.	
Eliminar	Controlo dos esfíncteres urinário e intestinal. Padrão de eliminação regular de 2 em 2 dias.	Eliminação comprometida * Diarreia (apresentou até o segundo dia de internamento)
Higiene pessoal e vestir-se	Gosta de tomar banho diariamente com supervisão da mãe Higiene oral 2 x dia Pele e mucosas hidratadas	Capacidade para executar higiene comprometida * Integridade da pele comprometida (icterícia + edemas + exantema)
Mobilizar-se		Mobilidade comprometida *
Comunicar	Comunicativa com discurso lógico e perceptível	Dificuldade em expressar os seus sentimentos e medos associados à hospitalização
Comer e beber	Peso – 35 kg Altura: 132 cm (relação peso/altura saudável) alimentação equilibrada no domicílio Gosta de gelatinas de morango e kinders Hospital fornece a comida, mas prefere a comida da avó materna	Falta de apetite
Controlar a temperatura corporal	Dependente do cuidador e do profissional de saúde (medidas farmacológicas e não farmacológicas)	Febre
Respirar	Eupneica em repouso, sem necessidade de oxigenoterapia	Intolerância à atividade (taquicardia)

	Monitorização contínua	Sistema cardiovascular comprometido (DK - aneurisma CD)
Trabalhar e distrair-se	Frequenta o 2º ano de escolaridade, bom aproveitamento escolar. Disciplina preferida matemática. Gosta de pintar e brincar as bonecas	
Exprimir a sexualidade	Confortável nos cuidados de higiene; sem pudor	
Dormir	Dorme sozinha no seu quarto, dorme habitualmente 9 horas segundo a mãe	
Morrer	Duração da vida: refere que vai ser veterinária de animais pequenos	
*As atividades de vida foram restringidas por a criança estar monitorizada e com soroterapia em curso o que dificultava a mobilidade		