



A REINserÇÃO DA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA NA ESCOLA

INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CAPACITAÇÃO DO PROFESSOR

Ana Patrícia da Silva Ribeiro

Abril de 2025

Porto



**SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL**
Escola Superior Saúde Santa Maria



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

RELATÓRIO DE MESTRADO

A REINSERÇÃO DA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA NA ESCOLA: INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA NA CAPACITAÇÃO DO PROFESSOR

Ana Patrícia da Silva Ribeiro

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica, orientada pela Professora Sofia Silva, e coorientada pela Professora Doutora
Goreti Marques e apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Abril de 2025

Porto

“Paciência e perseverança tem o efeito mágico de fazer as dificuldades desaparecerem e os obstáculos sumirem.”
(John Quincy Adams).

AGRADECIMENTOS

A realização deste trabalho é o culminar de muito esforço, dedicação e compromisso, que só foi possível com o apoio de algumas pessoas importantes na minha vida. Desta forma, é-me de todo indispensável deixar umas palavras de agradecimento a essas pessoas que me fizeram companhia ao longo desta jornada.

À minha família, pais e irmãs pela coragem que sempre me transmitiram e por serem o meu pilar nas horas mais difíceis.

Ao Nelson, meu namorado, por toda a paciência, confiança, apoio, dedicação e motivação incessante ao longo de toda esta caminhada. Por acreditar em mim, mesmo quando eu própria já duvidava, por motivar-me a nunca desistir mesmo nos períodos mais exigentes e de extremo cansaço. Obrigada por estares sempre ao meu lado, por me ajudares a conquistar os meus sonhos e seres ainda aquele que me incentiva a sonhar cada vez mais alto.

À Mariana, minha amiga, o meu agradecimento pelas horas do seu tempo que dedicou a ajudar-me, pelas palavras de ânimo, pelos conselhos e pela paciência que disponibilizou sem nunca ter deixado de acreditar em mim.

Aos meus amigos, obrigada pela amizade, pela partilha de momentos, pela alegria e por cada palavra de incentivo e força que me dedicaram. Obrigada pela compreensão da minha ausência e por nunca terem deixado de acreditar em mim. Tornaram este caminho bem mais leve de percorrer.

À Professora Sofia Silva e à Professora Doutora Goreti Marques, o meu obrigada por todo o tempo disponível, pelas orientações e recomendações. Agradeço pelo profissionalismo e pela empatia, além de todo o incentivo para o meu crescimento profissional e pessoal.

Às Enfermeiras orientadoras dos diferentes contextos de estágios, que se disponibilizaram para a orientação, pela disponibilidade e pela transmissão dos seus conhecimentos, o que contribuiu para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Por fim, um agradecimento especial a todas as crianças, adolescentes e famílias, com quem contactei nos diferentes contextos de estágio por tornarem possível a realização deste trabalho.

A todos, deixo o meu mais sincero e profundo obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CIPE	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
EDIN	<i>Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né</i>
EE	Enfermeiro Especialista
EESIP	Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica
EADMSM	Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
M-CHAT	<i>Modified Checklist for Autism in Toddlers</i>
MESH	Medical Subject Headings
MESIP	Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
OE	Ordem dos Enfermeiros
p.	página
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PIPP	<i>Premature Infant Pain Profile</i>
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ	Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Plano Nacional de Vacinação
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
PSI	Planos de Saúde Individuais
RN	Recém-Nascido
SBV	Suporte Básico de Vida
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
TEEP	Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica
UCA	Unidade Cirúrgica de Ambulatório
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
USF	Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

Introdução: O presente relatório apresenta uma análise crítico-reflexiva do processo de aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, enaltecendo a sua importante intervenção no regresso à escola da criança com doença oncológica, nomeadamente na capacitação do professor.

Objetivos: Descrever de forma crítico-reflexiva o processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Identificar na literatura as intervenções do enfermeiro na capacitação do professor na reinserção escolar da criança com doença oncológica.

Material e Métodos: Utilizou-se uma metodologia descritiva, com base crítico-reflexiva, sustentada na evidência científica disponível em bases de dados do motor de buscar EBSCO. A realização da Revisão Integrativa da Literatura seguiu as orientações de Dantas et al. (2021).

Resultados: O relatório demonstra o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, evidenciando a sua aplicação prática durante os estágios. A Revisão Integrativa da Literatura reforça a importância da capacitação dos professores no regresso à escola da criança com doença oncológica, consolidando a importância desta intervenção na melhoria da qualidade dos cuidados prestados em contexto pediátrico

Conclusão: Sustenta-se a aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, evidenciando a importância da capacitação do professor no processo de reintegração escolar da criança com doença oncológica, e as suas relevantes implicações para a prática da enfermagem.

Palavras-chave: Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; Criança; Cancro; Professor

SUMMARY

Introduction: This report presents a critical-reflective analysis of the process of acquiring the competences of a Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing, highlighting their important intervention in the return to school of children with cancer, particularly in teacher training.

Aims: Describe, in a critical and reflective way, the process of acquisition of competences of the specialist nurse in child and paediatric health; identify in the literature the interventions of the nurse in the training of the teacher in the school reintegration of the child with oncological disease.

Materials and Methods: A descriptive, critical-reflective methodology was used, based on the scientific evidence available in the EBSCO search engine databases. The integrative literature review followed the guidelines of Dantas et al. (2021).

Outcomes: The report demonstrates the development of the competencies of the specialist nurse in the child and paediatric health care, highlighting their practical application during the placements. The integrative literature review reinforces the importance of teacher training in the return to school of children with cancer, consolidating the importance of this intervention in improving the quality of care in a paediatric setting.

Conclusion: It supports the acquisition of competencies by nurses specializing in child and paediatric health care, highlighting the importance of teacher education in the process of school reintegration for children with cancer and its implications for nursing practice.

Keywords: Pediatric Nurse Practitioners; Child; Cancer; Teacher Training

SUMÁRIO

ÍNDICE DE FIGURAS	10
ÍNDICE DE TABELAS.....	11
INTRODUÇÃO	12
1. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA	13
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	13
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	14
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade	15
1.1.3. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	17
1.1.4. Gestão dos cuidados.....	18
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	19
1.2.1. Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde.....	20
1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade	32
1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	40
1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	48
2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	50
2.1. PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO	51
3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA	75
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
APÊNDICES	I
APÊNDICE I - CARTAZ: “REDUZIR A ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO: ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS”	

APÊNDICE II - PANFLETO: “A GESTÃO DE EMOÇÕES DO ENFERMEIRO DE PEDIATRIA NO INTERNAMENTO DE HEMATO-ONCOLOGIA FACE À PERDA E SOFRIMENTO”

APÊNDICE III – PANFLETOS DE ENSINOS REALIZADOS NO CONTEXTO DE ENSINO CLÍNICO NUMA USF DO NORTE

APÊNDICE IV - FORMAÇÃO: “ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA AS PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANS E INTERSEXO - Volume 1 - promoção da saúde das pessoas trans e intersexo”

APÊNDICE V - PANFLETO - VACINAÇÃO

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA.....	58
Figura 2. Síntese da Proposta de Intervenção.....	78

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia PICO.....	56
Tabela 2. Síntese dos artigos selecionados para a RIL.	60
Tabela 3. Divisão dos artigos por categorias.	63

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, surge no âmbito do Módulo IV: Relatório, que se encontra integrado no plano de estudos da 3ª edição do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde Santa Maria, no decorrer do ano letivo 2023/2024.

Ao longo do percurso académico nos diferentes contextos de estágio, e tendo por base a melhor evidência, surge a necessidade de elaborar o presente relatório de forma a descrever, de forma crítica e reflexiva, o desenvolvimento de estratégias e intervenções que auxiliaram no processo de aquisição de competências enquanto Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP). Desta forma, os diferentes contextos de estágio citados ao longo deste documento ocorreram entre o dia 11 de dezembro de 2023 e dia 28 de julho de 2024, em diferentes unidades de saúde da região norte, sob a orientação das EESIP de cada serviço, e orientação e coordenação da Professora Sofia Silva e da coorientação Professora Doutora Goreti Marques.

Assim, este relatório tem como objetivos: descrever de forma crítico-reflexiva o processo de aquisição de competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica; identificar na literatura as intervenções do enfermeiro na capacitação do professore na reinserção escolar da criança com doença oncológica.

Utilizou-se uma metodologia descritiva, com base crítico-reflexiva, sustentada na evidência científica disponível em bases de dados do motor de buscar EBSCO. A realização da Revisão Integrativa da Literatura seguiu as orientações de Dantas et al. (2021).

O relatório encontra-se dividido em diferentes capítulos. Num primeiro é apresentada a análise crítico-reflexiva do processo de aquisição de competências do EESIP. Segue-se o segundo capítulo em que é apresentada a Revisão Integrativa da Literatura realizada. No terceiro, é apresentada uma proposta de intervenção para a prática clínica, sustentada nos resultados da revisão da literatura realizada.

Para a realização deste trabalho é utilizada a norma disponível na biblioteca da escola "Normas de Formatação de Dissertações de Mestrado na Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM)".

1. ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O Enfermeiro Especialista (EE) diferencia-se do enfermeiro generalista por lhe serem reconhecidas, segundo o Regulamento nº 140 da Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019), competências técnico-científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem individualizados e personalizados nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem. Deste modo, todos os EE, independentemente da área de especialidade, devem possuir competências do domínio profissional, ético e legal, de forma a garantir uma prática, ética e legal, na sua área de especialidade, de acordo com os princípios éticos, com as normas legais e a deontologia profissional, bem como, assegurar que as intervenções na prática respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 06 de fevereiro de 2019, p. 4745). Torna-se assim necessário adquirir uma resposta eficaz e eficiente, com o intuito de alcançarmos uma maior qualidade dos cuidados (Lourenço et al., 2022)

Neste capítulo é apresentado o percurso formativo realizado e estabelecida uma correlação direta com as competências adquiridas.

1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

De acordo com a OE (2019), o EE, por meio das suas competências distintas, destaca-se pela notável capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados. Segundo a OE (2019), a sua influência estende-se ao domínio da formação, investigação e assessoria, fornecendo um apoio para o desenvolvimento contínuo do conhecimento e da prestação de cuidados de qualidade, reconhecendo no final, competência científica, técnica e humana que acrescem aos saberes gerais de Enfermagem.

Segundo o Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro, tais competências do EE são desenvolvidas nos seguintes domínios:

1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com a OE (2019), o EE possui conhecimento na área da ética e deontologia que o dota de competências no domínio de uma prestação de cuidados seguros, profissionais e éticos. Assim, a prática de enfermagem exige uma abordagem minuciosa e ponderada na tomada de decisão, uma vez que envolve a responsabilidade de escolha entre diversas opções. Esta deve estar em uniformidade com valores da criança/adolescente e da sua família, bem como satisfazer as necessidades das mesmas (Lourenço et al., 2022). Segundo a OE (2019), enquanto EE, e tendo presente o nosso percurso ao longo dos estágios, garantimos que a prestação de cuidados teve sempre por base os princípios éticos da justiça, da beneficência, da não maleficência, da deontologia profissional e do respeito pela autonomia.

Na prática diária foi consistente o princípio da beneficência, agindo para o benefício da criança/jovem e respetiva família, tendo como base o iminente interesse dos envolvidos e também com respeito à sua autonomia, de acordo com cada fase do desenvolvimento e de cada situação em particular. No que diz respeito aos deveres de informação e sigilo, apenas os pais ou pessoa responsável foram dotados de informação relativa ao estado da criança/jovem, assim como dos cuidados prestados.

A passagem de turno é também um momento importante de comunicação e de passagem de informação, no entanto, também ela passível de erros, podendo comprometer a segurança e qualidade dos cuidados (Caselhas, 2020). De forma a diminuir a ocorrência destas falhas de comunicação, e nomeadamente, promover a segurança do doente, a DGS emitiu em 2017, uma orientação para a utilização da técnica ISBAR. Segundo a DGS (2017), através desta técnica, a transição de cuidados obedece a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas multidisciplinares. De acordo com os mesmos autores, o acrónimo trata-se de um auxiliar de memória em que o I corresponde à Identificação, o S à Situação Atual, o B aos Antecedentes (Background), o A à Avaliação e o R às Recomendações. Assim, no decorrer dos estágios, compreendemos que a utilização desta técnica promove a síntese e a esquematização de informação, destacando os dados mais importantes, minimizando o erro na transmissão da mesma e, futuramente, na prestação de cuidados. Por outro lado,

sendo a pediatria, uma área de atuação extremamente específica e complexa, especialmente no que se trata aos diferentes contextos socioculturais, étnicos e económicos, e com diferentes nacionalidades que recorrem ao Serviço Nacional de Saúde (SNS) em Portugal, é crucial desenvolver e aperfeiçoar as nossas competências comunicacionais, sendo necessário adaptar as estratégias de acordo com a idade, situação de saúde, estágio de desenvolvimento, e cultura de cada criança e respetiva família. Algumas destas crianças/adolescentes e famílias que foram alvo dos nossos cuidados, não possuíam nacionalidade portuguesa, nem falavam ou entendiam o idioma português, pelo que foi necessário utilizar estratégias para transmitir informações, garantindo que as mesmas seriam percebidas da forma correta.

A diversidade cultural é assim uma realidade que implica inúmeros desafios à forma de pensar e executar as ações de saúde, o que pode interferir no ato de cuidar. É necessário compreender as especificidades culturais da criança e família de forma realizar uma avaliação precisa das suas necessidades (Silva et al., 2023). Neste contexto, destaca-se a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, ou designada como Teoria da Enfermagem Transcultural, desenvolvida por Madeleine Leininger. Segundo este modelo, o EESIP orienta a sua prática através de um cuidado culturalmente competente, no qual, diariamente adequa as suas intervenções às características da cultura de cada criança/jovem e família, prestando cuidados que respeitem as suas crenças e hábitos (Silva et al., 2023). Ressaltamos que, ao longo dos diferentes estágios, os cuidados prestados não foram influenciados pela diferença de culturas, mas sim equitativos, justos e sem discriminação ou preconceito, respeitando sempre a intimidade de cada criança/jovem, bem como dos seus pais/pessoas significativas tendo em conta as crenças e costumes da família.

O pensamento crítico assume também um papel fundamental no processo de tomada de decisão em contexto prático, uma vez que, é fundamental uma reflexão cuidadosa sobre situações específicas, conduzindo a uma análise aprofundada. Por consequente, possibilita não só a determinação de diagnósticos e intervenções adequadas, como também viabiliza a reavaliação do plano de cuidados de enfermagem (Luiz et al., 2020).

1.1.2. Melhoria continua da qualidade

A OE (2019), refere que o EE garante um papel dinamizador no que diz respeito ao desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais, desenvolve práticas de qualidade, colaborando e orientando programas e formações de melhoria contínua, de forma a garantir um ambiente seguro e terapêutico. Posto isto, o EE assume um papel essencial na implementação de intervenções tendo como suporte a evidência científica.

A prática baseada na evidência (PBE), é definida como uma abordagem resolutiva com o objetivo de proporcionar um cuidado em saúde fundamentado nas melhores evidências provenientes de estudos rigorosamente conduzidos (Dantas et al., 2021). A PBE representa um método seguro e estruturado para orientar as práticas profissionais, uma vez, que se foca na identificação e consequente resolução de problemas, fundamentando-os com as melhores evidências científicas existentes na prática de enfermagem (Silva et al., 2021). Ressalvamos a formação contínua, que é composta pela formação em serviço e pela formação complementar, sendo um dos pilares que sustenta o crescimento pessoal e profissional do EE, permitindo-lhe intervir de acordo com as melhores e mais inovadoras práticas e conhecimento científico na área (Proença et al., 2021). No âmbito da formação em serviço, houve possibilidade de participar numa sessão formativa denominada “*Diabetes Mellitus* tipo I” organizada pela equipa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) perante a necessidade de educar, capacitar e demonstrar aos docentes e não docentes de uma escola, as necessidades específicas da criança com diabetes *Mellitus* tipo I, designadamente a importância da contagem de hidratos de carbono, da monitorização da glicemia capilar, dos sinais e sintomas de alerta para situações de hipoglicemia ou hiperglicemia, e da importância da administração correta de insulina. Também no decorrer do estágio numa Unidade de Cirurgia Pediátrica, elaboramos um póster com estratégias capazes de minimizar a ansiedade e o medo das crianças antes dos procedimentos cirúrgicos (APÊNDICE I), tendo ficado disponível na sala de espera do internamento cirúrgico. Este documento não apenas promove a saúde da criança, mas também reforça a relação e o elo familiar nos momentos mais desafiadores.

Ao proporcionarmos essas ferramentas de apoio na gestão do *stress* e ansiedade, os pais sentem-se mais preparados e seguros para enfrentar o processo cirúrgico, sendo capazes de promover um ambiente mais calmo para as crianças/adolescentes. Além disso, a divulgação de tais informações e estratégias ajuda a criar uma cultura de cuidado e

atenção, beneficiando não só a criança, mas também a equipa de saúde ao promover um atendimento mais humanizado e eficaz (Amatuzzi et al., 2019).

Uma outra necessidade para a melhoria continua, diz respeito, às dificuldades e obstáculos que fomos sentindo relativos à gestão emocional ao longo do estágio no Internamento Pediátrico de Hemato-Oncologia. Assim, com base na procura de conhecimento, deparamo-nos com a investigação do autor Diogo (2023), na qual refere que o trabalho emocional é definido pelas habilidades envolvidas no ato do cuidar e no reconhecimento das emoções dos outros, e não somente nas emoções que os enfermeiros experienciam. Desta forma, e de acordo com as necessidades identificadas pelos enfermeiros do serviço, e essencialmente por se tratar de uma equipa jovem, surge a necessidade de elaborar um panfleto sobre: *“A gestão de emoções do enfermeiro no internamento de hemato-oncologia face à perda e sofrimento”* (APÊNDICE II). O autoconhecimento permite o reconhecimento da vulnerabilidade pessoal, pelo que o EESIP ao perceber e lidar com as suas crenças, emoções e limitações torna-se mais apto para satisfazer as necessidades da criança/jovem e da sua família. Sendo importante compreender a gestão de emoções, como parte integrante do cuidar em enfermagem, tendo por base as múltiplas dimensões da complexidade humana (Diogo, 2019; Diogo, 2023).

Também no estágio na Comunidade, com o intuito de capacitar as famílias, desenvolvemos panfletos informativos (APÊNDICE III) sobre temáticas que suscitavam dúvidas aos pais: *“A diversificação alimentar no 1º ano de vida”*; *“Cólica ao recém-nascido”*; *“Engasgamento Infantil”*; *“Febre”*; *“Prevenir Acidentes no Primeiro Ano de Vida”*; *“Prevenir o Síndrome de Morte Súbita do Lactente”*; *“Folheto Vegetarianismo no Primeiro Ano de Vida”* e *“Massagem Infantil”*.

1.1.3. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Segundo a OE (2019), o EE fundamenta a sua prática clínica em conhecimento recente e validado, tendo um papel ativo nos processos de aprendizagem e investigação. Relvas (2018), salienta que, face aos constantes avanços tecnológicos e científicos, há uma enorme necessidade de constante atualização dos conhecimentos. Este avanço formativo leva a uma prestação de cuidados seguros e competentes. Assim, tendo por base este pressuposto, ao longo dos estágios assistimos e participamos em várias sessões

formativas, das quais realçamos, o seminário “*Autismo... Aceitar o desafio sem rodeios*” no estágio de saúde infantil na comunidade. Face ao crescente número de crianças diagnosticadas com Perturbação do Espectro do Autismo (PEA), e ao seu impacto tanto na família, como na comunidade, consideramos uma oportunidade enriquecedora e de aprendizagem. Rosenblatt M. (2023) salienta que a PEA é uma das doenças do neurodesenvolvimento mais comuns e diagnosticadas na infância na atualidade. O mesmo autor realça, que segundo as estatísticas atuais, estima-se que uma em cada cinquenta e quatro crianças nasçam com a PEA, sendo que este valor é atualmente três vezes maior do que no início do século XXI (Rosenblatt, M., 2023). O seminário foi uma oportunidade enriquecedora enquanto EESIP, permitindo-nos refletir sobre estes dados e as necessidades específicas destas famílias.

Ainda durante o estágio realizado em contexto de Cuidados de Saúde na Comunidade, efetuamos uma sessão formativa à equipa multidisciplinar com base no documento de 2019 lançado pela Direção Geral de Saúde (DGS) sobre: “*Estratégia de saúde para as pessoas lésbicas, gays, bissexuais, trans e intersexo - Volume 1 - promoção da saúde das pessoas trans e intersexo*” (APÊNDICE IV). Esta sessão tornou-se uma necessidade importante para a formação da equipa multidisciplinar, uma vez que, a crescente consciencialização sobre as necessidades de saúde da população LGBTI reflete uma evolução importante nas políticas de saúde pública e na abordagem dos serviços de saúde.

1.1.4. Gestão dos cuidados

Segundo a OE (2019), é responsabilidade do EE gerir os cuidados, de forma a garantir a qualidade e a segurança dos mesmos. Esta gestão envolve não apenas a coordenação das atividades de enfermagem, mas também a colaboração efetiva com outros membros da equipa multidisciplinar, garantindo uma abordagem integrada e multidisciplinar na prestação dos cuidados.

O EE desempenha assim um papel fundamental na gestão dos cuidados de enfermagem, nomeadamente na função de Responsável de Turno, onde não só supervisiona, como também coordena as atividades da equipa, de forma a promover um ambiente de trabalho seguro, abordando a gestão de conflitos é abordada de maneira eficaz (OE, 2019). A capacidade de otimizar a resposta da equipa é essencial para garantir

que os cuidados sejam prestados de forma eficiente e segura. A articulação multidisciplinar é uma parte vital do trabalho do EE em funções de gestão, assegurando que as intervenções sejam apropriadas e alinhadas com as necessidades dos utentes. Esta colaboração é crucial para a implementação de planos de cuidados mais abrangentes e integrados.

Salientamos ainda, que no decorrer dos estágios, participamos em reuniões de serviço com a equipa multidisciplinar, bem como nas respetivas passagens de turno, reconhecendo o papel imprescindível do EE em funções de gestão para a promoção de um ambiente propício ao desenvolvimento do processo de reflexão crítica. A diversidade de perspetivas e experiências dos vários profissionais, com níveis de competências variados, desafia o EESIP a reconhecer diferentes abordagens para os problemas de saúde com que se depara. Esta partilha de conhecimentos, aumenta não só a compreensão dos casos clínicos, como também permite uma tomada de decisão mais informada e consciente. A assertividade foi outra importante competência desenvolvida, nomeadamente no reconhecimento do estilo de liderança mais adequado às situações e ao contexto, na gestão correta de recursos e cuidados, de forma a estabelecer uma relação harmoniosa tanto com a equipa, como com a família e a criança/adolescente. É fundamental a utilização, por parte do EESIP, de estratégias de comunicacionais adequadas, com vista ao respeito por todos os envolvidos (Machado et al., 2022).

1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

Segundo o Regulamento n.º 422 da OE (2018) o EESIP detém competências específicas para prestar cuidados centrados na criança/adolescente e família, estando este binómio sempre presente no planeamento das suas intervenções. Este direciona o seu campo de intervenção em torno de uma etapa crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que decorre desde o nascimento até aos 17 anos e 364 dias. O mesmo, define ainda que em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, este período pode ser alargado aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição adequada para a vida adulta esteja alcançada. Desta forma, o cuidado de enfermagem em Saúde Infantil e Pediátrica tem como particular foco as competências específicas do EESIP presentes no Regulamento n.º 422 da OE (2018) que consiste: na assistência às crianças/jovens com a

família na maximização da sua saúde: no cuidado das crianças/jovens e famílias nas situações de especial complexidade; e na prestação de cuidados específicos na resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento de crianças e jovens.

O presente subcapítulo encontra-se dividido nas três competências principais do EESIP, em que cada uma apresenta uma linha condutora que explana o desenvolvimento de intervenções que ajudaram a concretizar a sua aquisição, sustentadas na evidência científica.

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

A OE (2018), considerando a dependência da criança e a importância do binómio criança/ família na prestação de cuidados pelo EESIP, refere que este deve promover a parceria de cuidados, a fim de potenciar a saúde e a parentalidade. Assim, tendo por base o Regulamento nº422 de Competências Específicas do EESIP (2018), este deve ter como foco dos cuidados o binómio criança/família, estabelecendo uma parceria promotora de saúde, no sentido de capacitar crianças, jovens e famílias a tornarem-se cada vez mais independentes e autónomos de forma gradual. Destacamos a hospitalização da criança, onde esta é inserida num novo ambiente, afastada do seu contexto familiar, afetivo e social (Amatuzzi et al., 2019). Barros et al., (2021) reforçam que a hospitalização pode repercutir-se de modo negativo no desenvolvimento e na expressão dos sentimentos da criança e na família, designadamente nos pais.

Desta forma, é crucial que os cuidados de enfermagem pediátricos sejam sustentados numa prática baseada na filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), pois reconhece a família como um elemento essencial no processo de cuidado da criança (Almeida, et al., 2023). O EESIP desempenha um papel crucial na implementação desta abordagem, que se baseia na compreensão de que a saúde da criança está intrinsecamente ligada à saúde e ao bem-estar da sua família.

De acordo com Gomes (2022), os cuidados centrados na família são divididos em quatro fases: **a avaliação** da criança e da estrutura familiar; o **planeamento** em conjunto com a família dos cuidados a serem prestados por cada parte (negociação), a **implementação** e por último a **avaliação** dos resultados.

Segundo Rodrigues (2023), esta estratégia baseia-se em princípios fundamentais tais como: a dignidade e o respeito, onde se trata as famílias e cada um dos seus membros com honestidade, reconhecendo o seu valor e a sua importância no processo de cuidado e na partilha de informações, onde é promovida a transparência na comunicação, assegurando que todas as partes envolvidas tenham acesso a informações relevantes sobre o tratamento e o cuidado, o que fortalece a confiança e a parceria entre os profissionais de saúde e as famílias. O mesmo autor, realça que os CCF na perspetiva do EESIP envolvem a construção de um relacionamento de confiança, onde a família é vista como parceiro ativo no cuidado da criança. Ao adotar esta abordagem, o EESIP não apenas melhora a experiência de cuidados, mas também contribui para melhores resultados na saúde e bem-estar, tanto para a criança, quanto para a sua família.

A título de exemplo, de acordo com Mustapha et al., (2024), os pais de uma criança com necessidade de intervenção cirúrgica, experimentam muitas emoções desafiantes, tais como a ansiedade e medo, desencadeando uma série de sentimentos face à situação em que se encontram. Posto isto, perante o contexto de pediatria cirúrgica, foi necessário potenciar estratégias promotoras de uma melhor gestão da ansiedade e do medo como já supramencionados em capítulos anteriores. Assim, a capacitação dos pais na gestão emocional da criança ou adolescente é crucial, uma vez que desempenham um papel fulcral no apoio aos filhos durante os momentos de *stress* (Amatuzzi et al., 2019; Mustapha et al., 2024). Segundo os autores Amatuzzi et al., (2019), uma destas estratégias diz respeito ao recurso do jogo terapêutico. Este seria utilizado como uma atividade lúdica, onde as crianças e famílias poderiam ter contato com a rotina operatória, desde a colheita de sangue, à colocação da pulseira de identificação, avaliação dos sinais vitais, entre outros momentos do pré-cirúrgico, através de um manequim. São ainda adequadas outras intervenções terapêuticas como a reafirmação, o feedback de sentimentos, o relaxamento, a distração e diferentes formas de arte (Amatuzzi et al., 2019). A implementação de um conjunto de intervenções no período pré-cirúrgico, de acordo com a faixa etária da criança, pode diminuir a ansiedade pré-cirúrgica e facilitar a interação da criança com o EESIP (Mustapha et al., 2024).

Um outro autor, Santos (2014), ressalva que um programa pré-cirúrgico, poderia passar pela implementação de uma consulta de enfermagem pré-cirúrgica, e, no momento de acolhimento da criança e família, ser entregue um folheto informativo relativo à

dinâmica do período perioperatório, assim como a visualização de imagens do bloco, onde se observasse a apresentação dos profissionais de saúde com fardamento específico, bem como a manipulação do material e a explicação dos procedimentos utilizando como modelo um manequim. Em suma, as intervenções mencionadas visam a criação de estratégias para aliviar o *stress* e o medo, sendo estes também um dos componentes dos CCF. O reforço positivo, o retorno de sentimentos, o relaxamento, o entretenimento e a arte são outras abordagens passíveis de ser utilizadas (Santos, 2014; Amatuzzi et al., 2019; Rodrigues et al., 2020; Ciuffo et al., 2023).

Como EESIP, sempre tivemos como objetivo apoiar os pais que se encontram em situações emocionalmente exigentes, como o período pré e pós-cirúrgico, a hospitalização prolongada, e doença crónica, e mesmo de fim de vida, no sentido de apoiar a desafiante gestão de emoções. Foi possível aperfeiçoarmos também as nossas competências relacionais e comunicacionais ao longo dos diferentes contextos de estágio, através de uma comunicação efetiva com intervenções nos domínios do envolvimento, da capacitação, da participação, da negociação e da parceria dos cuidados (Rodrigues, 2023). A nossa intervenção teve sempre como base a equidade, flexibilidade e dinâmica, de forma a respeitar crenças e valores, bem como a integração dos pais nos cuidados aos filhos, conforme preconizado pelo Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey (Lopes, 2012; Mendes, 2016). Este modelo parte do pressuposto que os pais são os melhores cuidadores da criança/adolescente, proporcionando o desenvolvimento e crescimento saudável, e assenta em dois conceitos importantes: os cuidados centrados na criança e na família já mencionados, e os cuidados negociados (Silva et al., 2024). Reconhecendo que a família é uma constante na vida das crianças/adolescentes, capaz de colaborar a todos os níveis, a prática do EESIP deve ser baseada nestes dois conceitos (Loureiro et al., 2021). Assim, segundo Casey (1993), o EESIP, através da comunicação e da negociação, deve incentivar os pais a prestar os cuidados familiares tais como; os cuidados de higiene, de alimentação ou administração de terapêutica oral, salvo exceções em que os mesmos ou as crianças/adolescentes necessitem que esses cuidados sejam prestados pelo EESIP (Loureiro et al., 2020; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). Para além disso, existem circunstâncias em que os pais prestam cuidados de enfermagem desde que devidamente capacitados e supervisionados pelo EESIP. Este modelo implica assim, uma tomada de decisão partilhada entre a criança/adolescente, a família e o EESIP

(Loureiro et al., 2020; Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020). No decorrer dos diferentes contextos da prática, foi notório a vontade dos pais em participarem na prestação de cuidados ao filho internado. Esta negociação deve ser trabalhada de forma precoce e continuada, no sentido de ser possível avaliar as necessidades de cuidados de enfermagem e assim, planejar a prestação de cuidados à criança/jovem (Loureiro et al., 2020). Perante uma potencial insegurança, incerteza ou dificuldade parental, inicialmente, o EESIP pode substituir os pais nestes cuidados, no entanto é importante aproveitar todas as oportunidades para incluir os pais nos cuidados à criança hospitalizada e estimular a sua participação nos cuidados, dotando-os de conhecimento e competências com vista à autonomia, sendo em situações transitórias ou definitivas (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

No desenvolver dos diferentes contextos de internamento, foi notória a confiança, segurança e autonomia que os pais iam desenvolvendo nos cuidados ao filho em contexto hospitalar, sendo fundamental o reforço positivo por parte dos profissionais de saúde (Hart et al., 2010; Amatuzzi et al., 2019, Mustapha et al., 2024).

No que diz respeito ao estágio no contexto da Comunidade, a parceria de cuidados é também de extrema relevância, uma vez que a intervenção por parte do EESIP tem de reconhecer as circunstâncias específicas do dia a dia de cada criança ou jovem e da sua respetiva família (Ruas, 2019). De acordo com o autor, as crianças e jovens passam uma parte significativa do seu crescimento e desenvolvimento no domicílio, o que torna essencial que as intervenções estejam alinhadas com a realidade de cada família. Este princípio foi observado durante o estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF), que sendo uma das principais portas de entrada para os cuidados, procura oferecer um acolhimento centrado na família, e em que esta abordagem favoreceu a promoção de uma perspetiva sistémica e holística ao longo de todo o ciclo de vida (Ruas, 2019). Considerando que as crianças e os adolescentes passam grande parte do seu tempo na escola, estabelece-se, também, a necessidade imperativa de uma parceria entre a educação, saúde e família. Nesse contexto, é responsabilidade do EESIP promover esta articulação, atuando como elo de ligação entre a escola e a família, e, portanto, todas as nossas intervenções priorizaram a proteção da criança, sempre com o objetivo de maximizar as suas capacidades.

A hospitalização é um momento extremamente desafiante para a criança e família. Especialmente neste contexto, sabe-se que, a confiança que se cria entre a criança/família e a equipa multidisciplinar, irá ditar o estabelecimento de uma relação terapêutica positiva (Amatuzzi et al., 2019). Desta forma, o ambiente hospitalar deve tornar-se o mais confortável e o menos ameaçador possível, pelo que a sua organização física poderá ajudar a reduzir sentimentos negativos, com a inclusão de espaço para os pais junto das crianças, áreas de lazer e distração adequadas a crianças e adolescentes, assim como espaços para os pais falarem em privado com a equipa multidisciplinar (Barros et al., 2020). Assim, aquando da admissão nos diferentes internamentos pediátricos, foi entregue um Guia de Acolhimento, no sentido de dotar os pais de informações importantes, nomeadamente sobre a organização do espaço, sobretudo a localização da sala de refeições, da sala de brincar, do número de enfermarias existentes no serviço e o horário das visitas. Lopes (2021), salienta que o guia de acolhimento tem como finalidade fornecer informações sobre o internamento pediátrico. Verificamos, nos diferentes contextos, que muitas vezes o guia mencionado é consultado pelos pais *à posteriori*, pelo facto de estarem submersos em grandes emoções e receios, e nem sempre recetivos a captar e absorver a informação transmitida no momento. Azevedo et al., (2018) referem que o EESIP assume um papel predominante no processo de cuidar, de forma a garantir a continuidade de cuidados, através da elaboração de planos de cuidados individualizados que respeitem as especificidades e as necessidades de cada criança/adolescente e dos seus pais. Desta forma, a elaboração de um plano de cuidados individualizado deve ter em conta a vontade e necessidades da criança/adolescente, a perspetiva dos pais e a visão dos enfermeiros, sendo através da negociação contínua que se estabelece esta tríade. Assim, torna-se importante fornecer o esclarecimento da ação de cada interveniente no processo e a forma ideal para serem prestados os melhores cuidados possíveis a cada criança/adolescente (Jesus, 2019).

A teoria das transições de Afaf Meleis (Ruas, 2019) trata-se de algo essencial como objeto de estudo e como orientação para a prática enquanto EESIP, no sentido em que sustenta a necessidade cuidados de enfermagem promotores das transições saudáveis. Meleis (2000) refere que o processo de transição diz respeito à passagem de um estado estável para outro estável e desta forma, através de um processo de mudança. As transições podem assim ser classificadas como **transições de desenvolvimento**

associadas a mudanças no ciclo vital, a transição para a maternidade, a menopausa, o envelhecimento; como **transições situacionais** relacionadas com acontecimentos previsíveis ou não, que originam alterações de papéis, por exemplo, o nascimento, viuvez, transição para lar, alta hospitalar, imigração; saúde/doença, na qual resultam da passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença; e como **transições organizacionais** desencadeadas pelas mudanças num ambiente social, político ou económico, bem como, por mudanças na estrutura e dinâmica da própria organização. A Teoria das Transições de Afaf Meleis preocupa-se com as experiências humanas, as respostas e consequências das transições sobre o bem-estar das pessoas, assim como, com as estratégias a que o enfermeiro, nomeadamente o EESIP, pode recorrer para apoiar as crianças e respetivas famílias para alcançarem os processos de transição saudáveis, bem como os resultados alcançados.

Durante todo o percurso foi crucial a proximidade direta com a família, de forma a conhecer quais as redes de apoio que possuíam, quais as suas necessidades, e quais os significados atribuíam à situação de doença. Esta proximidade permitiu um conhecimento das exigências impostas à família e assim elaborar um plano cuidados ajustados à realidade de cada criança/família.

Para que ocorra uma transição, é exigido que haja uma reestruturação de comportamentos e responsabilidades, que advém da aquisição de estímulos e de novos conhecimentos com o intuito de se adaptar a uma nova realidade mantendo a sua integridade pessoal (Ruas, 2019). O EESIP ao fazer o levante das necessidades, desenvolve planos de cuidado personalizados, englobando aspetos emocionais, sociais e educacionais. Esta abordagem holística é crucial para garantir uma transição saudável, onde a família é capaz de se sentir apoiada e capacitada a lidar com a situação da criança/adolescente (Jesus, 2019). Ao atuar como agente facilitador deste processo, o EESIP não promove apenas a saúde da criança, mas também reforça os laços da dinâmica familiar (Jesus, 2019). No momento da alta, enquanto EESIP, devemos assegurar que a família está capaz e autónoma de garantir a continuidade dos cuidados da criança/adolescente no domicílio. Devemos por isso, ser capazes de proceder ao processo de capacitação, de forma ajustada e continuada, ao longo do internamento, para que, posteriormente, os pais consigam dar continuidade aos cuidados de saúde da criança/adolescente (Maximiano, 2023).

No contexto do estágio de Hemato-Oncologia, todas as oportunidades de contacto com a criança/adolescente e a sua família devem ser aproveitadas de forma a incentivar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde, promovendo uma diminuição do desgaste emocional e melhorando a qualidade de vida dos pais e da criança (Borges et al., 2023). O desenvolvimento e a capacidade para comunicar com a criança/jovem e a respetiva família foi também um aspeto bastante trabalhado e consolidado ao longo dos estágios, na medida em que, para além de ser uma das competências do EESIP (OE, 2018), é também de extrema importância para o estabelecimento de uma relação terapêutica e empática (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020; Hoglander et al., 2023).

Uma vez que a comunicação, seja verbal ou não verbal, é um dos principais instrumentos que o EESIP utiliza no contacto com a criança/adolescente e a sua família, esta deve ser estabelecida de forma tranquila, positiva e empática. É de salientar que quando a comunicação é apropriada, desencadeia um ambiente seguro capaz de explorar preocupações, permite expressar emoções e responder a questões ou dúvidas. Para além disso, favorece uma relação de confiança e garante cuidados de alta qualidade que vão ao encontro das necessidades do outro (Oliveira, 2021). Por estes motivos, o EESIP deve comunicar de forma consciente e refletida para não levar à incompreensão da mensagem (Hoglander et al., 2023). As estratégias comunicacionais utilizadas, permitiram que conseguíssemos dar respostas, evitando possíveis situações de frustração ou *stress* geralmente causadas pela ansiedade e falta de informação.

O brincar foi outro importante aspeto do desenvolvimento infantil que tivemos em especial atenção. Esta atividade tão simples, quando usada pelo EESIP, permite à criança a manifestação dos sentimentos, dos desejos, dos medos e experiências vividas, ao possibilitar que a mesma assuma papéis sociais, passando de ser passivo para ativo e compreendendo a sua realidade. Permite também que a criança aprenda a utilizar as suas capacidades fisiológicas de acordo com sua nova condição de vida (Souza et al., 2020). Já em relação aos adolescentes consideramos que foi possível desenvolver uma boa relação empática e comunicacional, para tal as estratégias de comunicação mais utilizadas foram a escuta ativa e o diálogo. Esta escuta ativa promove no adolescente a capacidade de resolução de uma necessidade, sendo um meio facilitador no processo de adaptação e potenciar a aquisição de novos comportamentos. Assim foi possível identificar vulnerabilidades e dificuldades de forma a desenvolver ações de educação e capacitação

para a promoção da sua saúde. Evidencia-se também a necessidade de ter uma linguagem de fácil compreensão, oportuna e sempre de acordo com a cultura e as necessidades dos adolescentes, evitando assim, atitudes e posturas desajustadas (Coelho et al., 2015).

Realçamos o contexto de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), em que a comunicação é extremamente sensível, já que as crianças/adolescentes e as suas famílias, quando recorrem ao serviço de urgência estão sob níveis elevados de *stress*, de ansiedade e consequentemente preocupação, o que conduz a sentimentos de incerteza, de medo e incapacidade. Assim, toda a nossa postura corporal, bem como, as nossas atitudes e palavras podem contribuir de forma benéfica e positiva na diminuição e controlo do *stress* e da ansiedade (Damião et al., 2019). Segundo Nascimento et al., (2017), é de extrema importância que o EESIP considere o componente emocional durante a realização de procedimentos técnico, já que numa situação de urgência pediátrica a exigência é acrescida e é necessário o estabelecimento dessa relação de confiança. Nestas situações importa utilizar uma linguagem simples e adequada, esclarecer dúvidas e atenuar todo o *stress*. Damião et al., (2019) referem que se deve dar reforço positivo, encorajar o envolvimento dos pais na parceria e prestação dos cuidados, mantendo-os presentes e explicar que só assim é possível dar conforto e segurança à criança doente, numa tentativa de minimizar acontecimentos traumatizantes inerentes ao contexto da urgência. É de salientar que quando a comunicação é apropriada, desencadeia um ambiente seguro capaz de explorar preocupações, permite expressar emoções e responder a questões ou dúvidas. Para além disso, favorece uma relação de confiança e garante cuidados de alta qualidade que vão ao encontro das necessidades do outro.

Por estes motivos, o EESIP deve comunicar de forma consciente e refletida para não levar à incompreensão da mensagem (Hoglander et al., 2023). Desta forma, a comunicação permitiu que conseguíssemos dar respostas, evitando possíveis situações de frustração ou *stress* geralmente causadas pelo medo, pela ansiedade e consequentemente pela falta de informação.

Por outro lado, face ao que já foi citado anteriormente, denotamos que os conhecimentos e os comportamentos adquiridos durante o desenvolvimento e crescimento infantil têm um impacto significativo posteriormente na vida adulta, e por isso mesmo, é fundamental incentivar as crianças e os jovens a adotar comportamentos e estilos de vida mais saudáveis (Afonso, 2020). Sendo a escola um espaço que prepara os

alunos para o futuro, através do conhecimento, que vai muito além dos raciocínios científicos, ou seja, o espaço escolar é onde a criança ou adolescente, tem a oportunidade de interagir com outras pessoas que não fazem parte do seu seio familiar e onde é permitido que toda a comunidade escolar aprenda e desenvolva competências que possibilitem a aquisição de hábitos e comportamentos saudáveis ao longo da vida (Brito et al., 2024). Assim, o ambiente escolar é essencial para o desenvolvimento da cidadania, constituindo assim um cenário cívico fundamental para a vida em sociedade (Brito et al., 2024).

A DGS (2015), através do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) que tem como objetivo contribuir para o aumento da saúde, educação, equidade, responsabilização e participação de todos com a qualidade de vida e o bem-estar das crianças. O PNSE abrange vários projetos, tais como o Programa da Alimentação Saudável em Saúde Escolar (PASSE), o Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), o Programa Nacional de Saúde Oral (PNSO), e por fim o Plano Nacional de Saúde Mental (PNSM), tendo sido estes os programas em que houve oportunidade de enquanto ESSIP intervirmos, com o objetivo de compreender, solucionar e agir sobre os comportamentos das nossas crianças e jovens (DGS,2015). Torna-se assim fundamental dotar de conhecimento e capacitar as crianças/jovens, bem como toda a comunidade escolar, através do aumento das suas competências e confiança na tomada de decisão.

No decorrer do estágio, em uma UCC da região Norte, foi possível participarmos na implementação de vários projetos nas diversas áreas de intervenção escolar, nomeadamente nas atividades do Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar (PRESSE), com a participação em formações sobre a “Educação para Afetos e Sexualidade” para alunos do 10º ano.

Destacamos também, a participação na sessão de Suporte Básico de Vida (SBV) para os alunos do 9º ano, através da implementação do algoritmo do SBV, após o levantamento das necessidades formativas junto da escola, contribuirmos desta forma, para a capacitação da comunidade escolar, a fim de os dotar de conhecimentos para intervirem em situações de emergência, bem como sobre os primeiros socorros, como forma de prevenir os acidentes na comunidade e garantir a segurança da mesma. As sessões de educação para a saúde relativas ao SBV tiveram primeiramente um momento de apresentação do algoritmo do SBV, de acordo com o Manual de Suporte Básico de Vida

do Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) de 2019 e com a parceria dos Bombeiros Voluntários da região. Posteriormente seguiram-se momentos de treino supervisionado do SBV. Com estas intervenções promovemos a atuação eficaz dos adolescentes quando estes se deparam com situações de emergências médicas, dotando-os de conhecimentos e capacitando-os para a atuação enquanto aguardam por ajuda diferenciada.

Num outro momento, através da saúde escolar, participamos junto dos alunos do 10º ano em formações sobre a “Educação para os Afetos e Sexualidade”, onde foi possível sensibilizar os adolescentes sobre o aumento das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST’s) em Portugal face aos dados de 2022. Abordamos também o tópico dos métodos contraceptivos, e sobre as pressões, dúvidas e mitos no que diz respeito ao início da vida sexual. Compreendemos que existe ainda um grande desconhecimento sobre as IST’s, sobre a devida função de cada método contraceptivo, bem como o seu uso correto, por parte dos adolescentes. Além de ter sido notório o início da atividade sexual cada vez mais precoce, foi também evidente o desconhecimento e mitos em relação a algumas temáticas ainda muito acentuados nesta geração.

Estas sessões revelaram-se, assim, de grande pertinência e essenciais para a promoção da educação para a saúde do adolescente, de modo, a que o próprio possa viver a sua vida sexual de forma consciente, segura e com conhecimento para ter poder de decisão e liberdade nas suas escolhas.

Ao longo do percurso da vida escolar podem existir algumas condicionantes de saúde que podem comprometer as aprendizagens dos alunos. Desta forma, a Saúde Escolar tem tido uma intervenção de apoio na melhoria dos indicadores de saúde de crianças e jovens, uma vez que um bom ambiente social e físico promove o bem-estar e o equilíbrio de todos os intervenientes. Assim, no que diz respeito às crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE), estas possuem algum tipo de condição de saúde que pode causar impacto, no desempenho escolar, e que, portanto, carecem de intervenção.

A Saúde Escolar tem assim, como objetivo proporcionar o bem-estar físico, psicológico e social da criança e respetiva família, juntamente com o objetivo de capacitar a comunidade educativa na aquisição de competências adequadas ao acompanhamento de crianças com NSE e, desta forma, favorecer a articulação entre a escola e os recursos de saúde disponíveis. Esta articulação envolve sempre, para além de um enfermeiro, um

elemento do estabelecimento de educação e ensino e, pelo menos, um dos pais (DGS, 2015).

Salientamos, a importância da presença do EESIP nesta articulação, uma vez que possui aptidões capazes de desenvolver intervenções autónomas que incluam a promoção da saúde e a prevenção da doença, sendo detentor de capacidades técnico-científicas no que concerne ao conhecimento das especificidades das características do crescimento e desenvolvimento da criança e adolescente (Galvão, 2018).

Ainda sobre o âmbito da Saúde Escolar, observámos a implementação e realização de vários Planos de Saúde Individuais (PSI). Segundo o PNSE (2015), cabe ainda à equipa de saúde escolar a elaboração de um PSI, com o objetivo das escolas responderem eficazmente às necessidades e intercorrências dos seus alunos.

No que diz respeito à comunidade escolar abrangida pela UCC onde foi realizado o estágio, destacamos a nossa intervenção enquanto EESIP na elaboração do PSI de um aluno com asma. O PSI elaborado constava a apresentação da patologia, dos cuidados necessários ao aluno portador da doença, quais os sintomas e sinais de alarme e a medicação prescrita em SOS, sendo necessário que durante o horário escolar o aluno faça-se acompanhar de prescrição médica da terapêutica imposta. A realização destes planos é fundamental para que haja uma correta articulação entre a Escola e a UCC, uma vez que, o aluno passa grande parte do seu tempo na escola, sendo crucial que esta esteja preparada para responder de forma eficaz às suas necessidades. Pretende-se sempre que as potencialidades do aluno sejam maximizadas e que este alcance o bem-estar físico, psicológico, mental e social (Diário da República, 2ª série - 179 - 18 de setembro de 2019). Ainda no decorrer do estágio, foi-nos possível acompanhar alguns processos de crianças no âmbito da inclusão escolar, onde após a referenciação da criança foi elaborado o PSI, adequado a cada criança com NSE. Este plano tem como objetivo avaliar o impacto das condições de saúde na complexidade dos problemas da criança e desta forma identificar as medidas de saúde a implementar (DGS, 2015). Compreendemos que todo o processo de inclusão escolar vai desde a elaboração e validação do PSI, até à concretização da entrevista com os pais, e do planeamento das intervenções adequadas para cada criança e respetiva família, e todas as ações são realizadas com base na parceria de cuidados. Desta forma, durante todas as etapas do processo, a informação é partilhada e confirmada pelos pais e pelo elemento do estabelecimento de ensino, permitindo mais

transparência durante o processo e, conseqüentemente, o aumento da confiança e adesão de todos os intervenientes ao PSI.

Além das intervenções nos alunos, o PNSE também preconiza intervenções na comunidade docente, não docente e nos encarregados de educação. Assim sendo, foi-nos proposto realizar uma sessão de educação para a saúde, tendo em vista a capacitação da comunidade escolar. O público-alvo foram os docentes e não docentes em contacto com a criança com NSE e o tema apresentado foi relativo à Diabetes *Mellitus* tipo I. Participamos assim na formação para os docentes e não docentes de uma escola primária sobre a “Diabetes *Mellitus* tipo I” dinamizada pela UCC na qual realizamos o estágio. Esta formação teve como objetivo sensibilizar, educar e capacitar o pessoal docente e não docente sobre uma realidade cada vez mais frequente na comunidade escolar. Esta necessidade foi identificada pela própria escola, que pediu apoio à UCC, no âmbito da saúde escolar para formar os seus profissionais sobre a temática, uma vez que, o número de crianças com doença crónica tem vindo a aumentar.

Assim, a formação realizada consistiu em dotar de conhecimento relativo à Diabetes *Mellitus* tipo I, as principais diferenças face à Diabetes tipo II, os sinais e sintomas de hiperglicemia e hipoglicemia e como atuar em situação de emergência. A sessão formativa, contou ainda com ensinamentos em relação à contagem de hidratos de carbono. A comunidade escolar foi ainda capacitada para o uso das máquinas de glicémia e sobre a administração da insulina. No final da formação, deixamos à disposição do pessoal docente e não docente a colocação de dúvidas.

Frazão et al., (2022) segundo a *National Association of School Nurses*, salienta o benefício da presença de um EESIP na escola. Tal alteração, coadjuvaria a melhorar o processo de ensino, ao adaptar os cuidados de enfermagem em relação a temáticas tais como a alimentação saudável, a promoção da atividade física, a saúde mental na infância e adolescência, a vacinação, a saúde oral, a saúde sexual e reprodutiva, a saúde da visão, a prevenção de acidentes, entre outros, com objetivo final de promover a adoção de estilos de vida saudáveis e conseqüentemente, que vão ao encontro das necessidades da comunidade escolar (Frazão et al., 2022). Segundo os mesmos autores a presença do EESIP em contexto escolar, permitiria uma melhor compreensão dos problemas dos alunos e conseqüentemente um maior acesso aos cuidados de saúde.

Em relação ao papel do EESIP na UCC, é essencial na educação e capacitação da criança/adolescente e dos seus pais, bem como da comunidade em que se insere na aquisição de competências promotoras de saúde. Este assume-se como um meio condutor para a educação e capacitação de aquisição de conhecimento potenciador para lidar com a doença aguda ou crónica, bem como, na promoção, educação e implementação de comportamentos potenciadores de saúde (Costa, 2019). Em contexto de cuidados na comunidade, o EESIP tem a responsabilidade de proceder à gestão de projetos e programas direcionados às crianças, família e comunidade na qual a criança/adolescente se insere, reconhecendo as especificidades do seu desenvolvimento e crescimento, através da compreensão da dinâmica familiar e da educação e capacitação da mesma (Bessa, 2022).

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

De acordo com a OE (2018), o EESIP presta cuidados em situações muito particulares e altamente complexas, e para isso utiliza um vasto leque de abordagens e terapias. Tendo por base o Regulamento n.º 422/2018, o processo de aquisição das competências de EESIP molda a nossa sensibilidade e capacidade para identificar situações especialmente complexas e graves, que carecem de atendimento imediato.

Segundo Mota et. al. (2019) e Bento et al., (2020), todos os eventos que decorrem na vida da criança ao longo da sua fase de crescimento e de desenvolvimento, têm um impacto significativo posteriormente na fase adulta, tornando a fase do desenvolvimento e crescimento infantil um período de grande importância no ciclo vital. Desta forma, por se tratar de um período dinâmico, uma eventual hospitalização é um momento que requer atenção e cuidado por parte do EESIP, salientamos o diagnóstico de doença oncológica, que surge como uma experiência perturbadora e que afeta as vivências, não só da criança/adolescente, mas também da família como um todo (Melo, 2022).

No que diz respeito à doença crónica/oncológica, esta é uma condição que obriga toda a estrutura familiar a novas exigências, desde a alterações nas rotinas, a internamentos frequentes, o que leva à necessidade por parte do EESIP, de prestar apoio e acompanhamento específico à criança e respetiva família (Melo, 2022). O mesmo autor, defende que este acompanhamento é promotor de uma relação empática e de confiança

por parte de toda a equipa de saúde, em particular do EESIP. O desenvolvimento de uma parceria de cuidados, permite que haja uma maior facilidade de capacitação e promoção do papel parental especial ou complexo, com o objetivo de potenciar a autonomia e bem-estar da criança doente e da família (Melo, 2022). Por outro lado, a perda e o sofrimento, são elementos inerentes a este cenário, que requer uma gestão emocional eficiente por parte do EESIP.

A prestação de cuidados no contexto do internamento oncológico pediátrico leva à necessidade de habilidades específicas, dando particular destaque no que diz respeito à gestão de emoções diante de situações sofrimento e perda. A criança com doença oncológica e/ou crónica, tem a necessidade de recorrer ao hospital com maior frequência que as outras crianças, sendo que muitas das vezes a necessidade de internamento é uma realidade frequente, e desta forma, torna-se inevitável a criação de um vínculo de familiaridade quer com o ambiente hospitalar, quer com a equipa multidisciplinar (Monteiro, Siqueira, Pellegrini, & Rodrigues, 2022), havendo assim uma ligação de proximidade na tríade enfermeiro-criança-família.

Desta forma, o EESIP depara-se diariamente com o sofrimento e a perda, quer destas crianças, quer destas famílias, o que segundo o autor Diogo (p.9, 2023), o “cuidar de enfermagem profissional centra-se num processo racional que implica a compreensão de experiências humanas das emoções.” Compreender a emocionalidade e a gestão de emoções, é parte integrante do cuidar em enfermagem, tendo por base as múltiplas dimensões da complexidade humana (Diogo., 2023). O acompanhamento contínuo dos pais durante o internamento de uma criança, permite diminuir os traumas emocionais e psicológicos intrínsecos ao internamento que possam influenciar de forma negativa o desenvolvimento da criança (Monteiro, Siqueira, Pellegrini, & Rodrigues, 2022). Ao longo do estágio neste contexto específico, foi evidente a promoção de cuidados não traumáticos ou atraumáticos, consignados na Convenção dos Direitos da Criança (1989) e na Carta da Criança Hospitalizada revista pela OE (2008) de forma a minimizar o impacto da dor nas crianças e jovens.

Durante o ato de cuidar, o EESIP pelas competências e conhecimento que possuiu, pode recorrer a estratégias como música, pintura, e uso de brinquedos para promover a expressão emocional, atenuando o impacto da experiência hospitalar e facilitando a compreensão da doença e dos tratamentos associados. Em ambiente hospitalar este

método ainda é mais eficaz, já que contribui para a aceitação por parte da criança da situação que está a experienciar e ainda contribui para uma melhoria da relação de confiança entre criança/família e EESIP (Correia et al., 2020). O EESIP, em colaboração com a família, deve incentivar intervenções que promovam o desenvolvimento físico e motor da criança, utilizando o ato de brincar como estratégia. O brincar terapêutico deve respeitar os limites e os desejos da criança com doença oncológica, sem colocar em risco a sua integridade física ou agravar complicações relacionadas com a doença e o tratamento (Ciuffo et al., 2023; Rodrigues et al., 2024). O EESIP ao promover brincar, está a potenciar o seu crescimento e desenvolvimento emocional e psicológico, uma vez, que os jogos e a diversão estimulam emoções positivas como alegria, prazer e satisfação. Desta forma, o ato de brincar deve ser uma parte integrada nas boas práticas de enfermagem, já que esta abordagem ajuda a distrair, a acalmar e a orientar as crianças antes de procedimentos que possam ser traumáticos, diminuindo a ansiedade, o medo, e a dor (Ciuffo et al., 2023; Rodrigues et al., 2024). De acordo, com o que já foi mencionado no capítulo anterior, o ato de brincar demonstrou ser um recurso muito utilizado com o intuito de minimizar e reduzir a dor, o medo e a ansiedade vivenciados pelos diferentes contextos.

O EESIP tem uma posição privilegiada para estabelecer uma maior proximidade com a criança e com a família, o que lhe permite ter uma intervenção diferenciada. O ato de cuidar envolve a tríade EESIP-criança/adolescente-família, ajudando a criança/adolescente no processo de crescimento e desenvolvimento e, em situação de doença, fornecer a assistência da forma mais positiva e benéfica possível. O conceito de cuidar em enfermagem é caracterizado pela atitude individual, atenção, experiência e sensibilidade, tendo como alicerce a comunicação baseada na escuta ativa, na compreensão e empatia (Johnstone & Duncan, 2021). Desta forma, o trabalho emocional é definido pelas habilidades envolvidas no ato do cuidar e no reconhecimento das emoções dos outros, nomeadamente nas emoções que os enfermeiros experienciam (Diogo, 2023). Portanto, o EESIP não pode ignorar as emoções humanas, já que o que caracteriza o cuidado emocional é a compreensão da experiência humana com as emoções, as suas partilhas e a capacidade de gerir as emoções de maneira adaptativa e positiva (Diogo, 2023).

Todo este contexto levou-nos aos cuidados paliativos pediátricos e, desta forma, sermos capazes de gerir todo o conjunto de emoções que este tipo de serviço acarreta para qualquer pessoa, nomeadamente os profissionais. Compreendemos assim, face ao tipo de serviço, que a equipa de profissionais vivencia diariamente emoções que causam desgaste, sofrimento e conduzem a emoções que podem ser condicionantes do desgaste da saúde do enfermeiro, tais como o *burnout* e o *stress*. Nesse sentido, Diogo (2023) apresenta o Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP) onde ressalva a importância da regulação emocional dos enfermeiros, com o objetivo de que estes se apresentem emocionalmente disponíveis para nutrir os cuidados com afeto, por meio do qual a estabilidade das relações se constrói, de forma a promover um ambiente seguro e afetivo, influenciando positivamente a gestão do estado emocional das crianças e das respetivas famílias.

A monitorização e controlo da dor são outros focos de atenção essenciais do EESIP (OE, 2013). Devido ao facto das crianças nem sempre conseguirem verbalizar a dor que sentem, a avaliação da dor exige habilidades únicas e uma compreensão ampla dos vários instrumentos de avaliação, bem como das reações das crianças e adolescentes à dor (Eull et al., 2022). Souza et al., (2022), referem que a dor diz respeito a um conhecimento emocional e sensitivo desagradável. A dor pode ser variável quanto à qualidade, intensidade, assim como à sua duração, o que leva a que possua vários mecanismos fisiopatológicos e significados, sendo que a dor aguda em crianças/adolescentes internadas permanece subavaliada e gerida de forma inefetiva, o que pode levar ao desenvolvimento de hipersensibilidade à dor, trauma emocional, evitamento de cuidados de saúde, e alterações cognitivas e da regulação do humor (Eull, et al., 2022). Assim, a gestão das medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da dor, na criança/adolescente, tem de ser amplamente eficaz tendo em conta os fatores que desencadeiam essa mesma sensação. Nos diferentes contextos da prática foram presenciadas situações de dor aguda, mas também situações de dor crónica devido à complexidade das patologias das crianças/adolescentes e dos seus tratamentos.

Muitas vezes, em relação à dor crónica, é necessário para além das medidas farmacológicas, recorrer também a medidas não farmacológicas, nomeadamente a aplicação combinada de frio e/ou de calor, o recurso a musicoterapia e às atividades

lúdicas. Neste sentido, o EESIP deve dominar os conceitos ligados à dor e as respetivas medidas farmacológicas e não-farmacológicas de controlo da mesma.

Destaca-se particularmente o estágio em contexto de Neonatologia, onde foi possível constatar que a gestão e controlo da dor tem um grande impacto no desenvolvimento do recém-nascido (RN). As escalas de avaliação da dor mais usadas foram: a escala de *Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né* (EDIN), que consiste numa escala comportamental que permite avaliar a dor através de manifestação de alterações comportamentais nas seguintes áreas: corpo, rosto, sono, interação e reconforto (DGS, 2010; Torres, 2022). Uma outra escala, muito utilizada neste contexto, foi a escala *Premature Infant Pain Profile* (PIPP), que permite avaliar os comportamentos (estado de alerta e as expressões faciais) e alguns parâmetros fisiológicos (saturação de oxigénio e frequência cardíaca) do RN (Torres, 2022). Esta escala é muito utilizada nos RN pré-termo extremos e no pré e pós cuidados ao neonato (Torres, 2022). Assim sendo, a deteção precoce de situações de instabilidade das funções vitais do RN é fulcral.

O neonato apresenta um sistema nervoso ainda imaturo, o que o torna mais vulnerável à dor. Assim, os RN pré-termo sentem mais dor que os RN de termo, devido ao desenvolvimento avançado das vias de receção de dor, e, estando as vias inibitórias da dor ainda em desenvolvimento, leva a que os neonatos vivenciem a sensação de dor por muito mais tempo (Souza et al., 2022).

No seguimento do que já foi abordado anteriormente, os cuidados humanizados abordam o controlo da dor, tornando-se um grande desafio para o EESIP, uma vez que o neonato não verbaliza ou quantifica a dor que sente. É, portanto, de extrema importância avaliar também parâmetros fisiológicos, bem como a agitação, as mudanças nas expressões faciais e as mudanças comportamentais (Martins, et al., 2022). Tendo em mente a condição individual de cada neonato, existe a necessidade e o direito ao acesso a estratégias para alívio e gestão da dor, podendo ser estratégias farmacológicas e/ou não farmacológicas, nas quais seja validada a sua eficácia na minimização da dor (Martins et al., 2019).

Neste contexto, destacamos enquanto estratégia não farmacológica a sucção não nutritiva com o recurso a sacarose ou com o recurso a leite materno e a contenção do RN. Estas estratégias demonstraram ser bastante eficazes no conforto e na proteção ao prematuro durante os procedimentos mais invasivos (Martins et al., 2019).

Verificámos ainda, que a contenção no RN pré-termo é bastante importante para minimizar o impacto das manipulações durante os cuidados, impedindo a desorganização comportamental do bebé (Vieira et al., 2024). Realçamos, a título de exemplo, os cuidados a um RN pré-termo de uma gravidez gemelar que, por se tratar de recém-nascidos com restrição de crescimento e baixo peso, era importante aplicar a contenção. Alinhando as mãos com a linha média do corpo e fazendo contenção com o auxílio de uma manta, isto permitia ao RN pré-termo organizar-se, estabilizar-se e consequentemente acalmar-se (Vieira et al., 2024).

O uso de chupetas, combinado ou não com sacarose, e realizando ao mesmo tempo que decorre a dieta por gavagem, também pode ser uma estratégia não farmacológica para acalmar e diminuir os estímulos dolorosos (Vieira et al., 2024). Esta estratégia, denominada de sucção não nutritiva, deve ser feita cerca de dois minutos antes da realização de qualquer procedimento, conseguindo assim ajudar na diminuição do *stress* do bebé. Esta procedimento potencia o amadurecimento do reflexo de sucção, além de ajudar no processo intestinal. No entanto, o uso de sacarose deve ser controlado, uma vez que, a literatura sustenta que, o seu uso descontrolado, pode ter impacto no desenvolvimento neurológico do RN (Vieira et al., 2024).

Uma outra estratégia, diz respeito ao banho em contenção, em situação de estabilidade clínica do RN. Este proporciona ao RN pré-termo uma sensação de segurança, uma vez que simula o meio uterino, através da contenção corporal que se faz com o tecido (Santos et al., 2020). Assim, o banho em contenção tem efeitos positivos no desenvolvimento e na estabilidade clínica do RN pré-termo e no seu relaxamento, sendo também uma forma de promover a segurança do bebé e dos respetivos pais (Santos et al., 2020). Segundo Santos et al., (2020) o tratamento não farmacológico diz respeito ao contato pele com pele por sessenta minutos, à sucção não nutritiva, o aleitamento materno, a glicose oral, a massagem, a contenção, o toque, o ninho, a musicoterapia e a redução dos estímulos auditivos e visuais, sendo todos estas intervenções não farmacológicas, que devem ser utilizadas na gestão e controlo da dor no RN pré-termo.

Ainda dentro das competências do EESIP nos cuidados à criança/jovem e família em situações de especial complexidade, destacamos também o estágio no contexto de Urgência Pediátrica, já que este percurso forneceu experiências enriquecedoras em relação às crianças/adolescentes em situações de instabilidade e risco de morte. Desta

forma, enquanto EESIP devemos orientar as nossas intervenções no contexto de urgência, considerando a possível necessidade de cuidados imediatos, muitas das vezes em circunstâncias extremamente complexas.

Com o intuito de minimizar os efeitos que a ida ao SUP pode ter no desenvolvimento socio-emocional da criança, os cuidados de enfermagem devem ter como foco o ambiente de hospitalização, especialmente em situações de urgência ou emergência, pela possibilidade de causar sentimentos como a ansiedade, a tristeza, o medo e a culpa, tanto para a criança/adolescente quanto para a sua família (Damião et al., 2019; Maximiano, 2023).

A triagem é um momento muito importante, pois, através da recolha de dados rápida, assertiva e rigorosa, da observação e avaliação da criança e jovem na sua totalidade e tendo em consideração as queixas que são apresentadas (Cruz et al., 2019; Damião et al., 2019), é viável a seleção do fluxograma mais ajustado à situação e posteriormente o estabelecimento da prioridade de urgência. Cruz (2019), reforça ainda que a triagem no contexto pediátrico diz respeito ao processo de cuidados organizados e sistematizados, que permitem a avaliação cuidadosa da criança ou adolescente com o objetivo de fornecer os cuidados adequados e especializados à sua situação. Torna-se assim crucial a identificação precoce de situações de instabilidade e que consequentemente possam colocar em causa a vida e o bem-estar da criança. Neste sentido, a triagem tem um papel fulcral para avaliar e estabelecer prioridades rapidamente, e desta forma, maximizar a qualidade dos cuidados. No que diz respeito aos momentos na triagem, estes conduziram a importantes contributos para o desenvolvimento e aprendizagem das competências enquanto EESIP, principalmente em relação à importância de uma avaliação objetiva da criança/jovem, sustentando a nossa prática na priorização de necessidades. Devemos assim, enquanto EESIP, valorizar a queixa da criança e da família, e possuir competências para identificar prováveis sinais de alarme que exijam uma intervenção prioritária, bem como um olhar crítico e reflexivo. A triagem pode também ser um importante momento de capacitação dos pais, sendo fundamental que reconheçam sinais de alarme, os motivos que devem motivar uma ida ao SUP e quais as intervenções que podem realizar no domicílio antes de recorrerem ao serviço em questão, nomeadamente com o intuito de promover o conforto através da gestão adequada da dor. Assim, o estágio neste contexto, foi diversificado no que diz

respeito a situações clínicas, sendo possível prestar cuidados que a crianças e respetivas famílias que já se encontravam a passar por um processo de adaptação a uma doença crónica, como em situações agudas.

Ainda sobre o estágio no contexto de SUP, foi possível conhecer e ver em prática os diferentes protocolos de cuidados que o serviço implementou na sua instituição. Destacamos dois, o projeto “*KIDS DAY*”, que se encontra em funcionamento desde maio de 2024 e diz respeito ao acompanhamento das crianças e adolescentes da especialidade de Otorrinolaringologia ao longo do perioperatório. No âmbito deste projeto, um EESIP do SUP realiza periodicamente um turno no serviço de Unidade Cirúrgica de Ambulatório (UCA) acompanhando a criança no pré e pós-operatório de forma a prestar cuidados diferenciados às crianças intervencionadas. Um outro projeto em curso no SUP diz respeito aos cuidados mais humanizados, de forma a promover os cuidados atraumáticos em pediatria. Como refere Carvalhais et al., (2022) quando a criança se encontra num ambiente desconhecido, os procedimentos dolorosos e as mudanças na rotina diária são alguns dos fatores que causam ansiedade e medo na criança e consequentemente na família. O mesmo autor refere que estes fatores podem tornar a hospitalização em pediatria uma experiência desfavorável, com efeitos adversos, que podem refletir no desenvolvimento da criança, como atraso no crescimento, diminuição do sono, alterações na alimentação e falta de energia. Segundo Flora et al., (2023) a prestação de cuidados atraumáticos tem um papel crucial na redução destes efeitos, com o objetivo de diminuir os efeitos prejudiciais da hospitalização.

Tento em mente os cuidados mais humanizados à criança ou adolescente, o SUP criou um protocolo sobre a qualidade dos cuidados atraumáticos. Um dos focos deste protocolo remete aos benefícios de a criança manter no domicílio o cateter venoso periférico, em situações em seria possível capacitar a família para a sua vigilância e manutenção. Desta forma seria possível a criança continuar a cumprir com a antibioterapia endovenosa na Consulta de Pediatria durante os dias úteis seguintes, e recorrer ao SUP nos fins de semana, sem a necessidade de se prolongar o internamento da criança quando reunia condições clínicas seguras para a alta.

Ainda sobre a gestão da dor, as atividades desenvolvidas neste contexto, foram ao encontro da mesma, de forma a minimizar o desconforto, o medo e a ansiedade que a criança sente quando é submetida a procedimentos invasivos, nomeadamente no que diz

respeito ao à distração, como estratégia não farmacológica no controlo e gestão da dor (Correia et al., 2020; Rodrigues et al., 2024). Incentivávamos e encorajávamos as crianças ao uso da sala de brincar, existente nos diferentes contextos de estágio, sempre que as condições clínicas das crianças o permitiam. De acordo com o que já foi abordado em capítulos anteriores, a utilização de um brinquedo e do ato de brincar é também uma estratégia bastante utilizada e benéfica no controlo e gestão da dor e da ansiedade associadas aos respetivos internamentos e procedimentos invasivos (Amatuzzi et al., 2019; Mustapha et al., 2024). Os cuidados atraumáticos, ao serem implementados de forma consciente e, sempre que possível, permitem preparar a criança antes de qualquer procedimento, e permitir que ela mesma expresse os seus sentimentos, como o medo ou a ansiedade (Flora et al., 2023). Torna-se, assim, essencial reforçar que o uso de intervenções centradas na redução da dor e da ansiedade, durante procedimentos invasivos, o que aumenta não só a segurança e o senso de controlo da criança, como também permite, ao mesmo tempo, diminuir os efeitos nocivos inerentes à hospitalização (Flora et al., 2023).

Ressalvamos ainda que nos diferentes contextos, para a realização de procedimentos dolorosos era sempre garantida a presença dos pais ou adulto significativo e, sempre que possível, permitida a colocação de música, de desenhos animados, ou meios audiovisuais de acordo com a preferência da criança/adolescente, sendo que todas intervenções se demonstraram eficazes na gestão e no controlo da dor (Flora et al., 2023).

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

A OE (2018) salienta as competências específicas do EESIP, como tendo capacidades e conhecimentos para intervir nas várias etapas do ciclo vital, promovendo o máximo potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à adolescência. Assim, tendo por base o Regulamento das Competências Específicas, o EESIP presta cuidados específicos atendendo ao ciclo de vida e desenvolvimento em que a criança e adolescente se encontram.

O desenvolvimento infantil consiste num processo dinâmico que envolve um sistema de crescimento e desenvolvimento das habilidades físicas, cognitivas, psicológicas e

socioemocionais que levam ao aumento da autonomia, da independência e das suas competências (Souza et al., 2020). Segundo Fernandes et. al. (2022) a infância diz respeito a um período caracterizado por mudanças evidentes no crescimento e no desenvolvimento da criança. Esta fase é assim influenciada pelas variações do ambiente físico, familiar e social em que a criança está inserida. Enquanto EESIP procuramos em todas as oportunidades realizar, sustentada em evidência científica, uma avaliação do desenvolvimento infantil, ao nível da visão e manipulação, da audição e linguagem, da motricidade global, do comportamento e da adaptação, e sobre a relação entre a díade criança/adolescente e família, bem como, a relação da criança/adolescente no ambiente comunitário e escolar (Frazão et al., 2022). A promoção do desenvolvimento e crescimento infantil é uma competência que nos acompanha em todos os momentos de prestação de cuidados especializados à criança e adolescente (OE, 2018).

A *International Family Nursing Association* salienta que as famílias possuem características, forças e processos interativos distintos que afetam as suas decisões, metas, propósitos, bem como comportamentos em relação aos seus objetivos de saúde. Ainda assim, todas as famílias têm a capacidade para otimizar e melhorar a sua qualidade de vida, bem como a sua saúde (Ferreira, 2023), desta forma, constituem oportunidades de intervenção todos os momentos de contacto com a criança e com a família. O foco no desenvolvimento e crescimento da criança/jovem decorreram ao longo de todos os estágios, embora neste capítulo iremos dar maior ênfase aos contextos de cuidados de saúde primários e Neonatologia.

No que diz respeito ao estágio na USF, observamos e participamos nas consultas de saúde infantil que se regem pelas orientações normativas da DGS e do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ). As consultas de saúde infantil são realizadas em parceria entre EESIP e médico de família, promovendo-se assim, uma articulação mais eficaz entre a equipa de saúde familiar. As consultas ao terem por base o PNSIJ, conduziram a momentos produtivos e enriquecedores ao nível da aquisição e aprofundamento de competências do EESIP na área do desenvolvimento infantil, bem como no cumprimento do Plano Nacional de Vacinação (PNV, 2020), no despiste de sinais de alarme e possíveis problemas de saúde ao longo do crescimento e desenvolvimento. Na USF onde foi realizado o estágio de Saúde Infantil na Comunidade existe uma sala designada às consultas de saúde infantil. Esta sala encontra-se dotada de

paredes decoradas, móveis alusivos à população pediátrica, bem como uma zona de brincar com brinquedos e jogos didáticos, tudo isto, com o intuito de promover a diminuição da ansiedade e medo, que possam ser vivenciados pelas crianças (Afonso, 2020).

Em Portugal, uma das escalas utilizadas pelo SNS, para a avaliação do desenvolvimento infantil nos CSP é a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (EADMSM). Esta escala serve como padrão de referência da normalidade, com vários quadros representativos dos itens a pesquisar e sinais de alarme de acordo com a idade, notas explicativas e material sugerido para a utilização da escala, sendo usada desde o primeiro mês até aos cinco anos de idade. Outro recurso de avaliação do desenvolvimento infantil é o questionário *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), na qual é respondido pelos pais. Este questionário é usado como rastreio, nas consultas entre os dezoito e os vinte e quatro meses de forma a detetar indicadores precoces da PEA. Caso o questionário tenha resultado positivo, isso implica que haja uma reavaliação da criança, bem como a confirmação de algumas respostas para se poder referenciar para a Especialidade de Desenvolvimento Infantil no Hospital (Afonso, 2020).

Ainda na consulta de saúde infantil, enquanto EESIP realiza-se intervenções com o intuito dotar de conhecimento e promover a capacitação dos pais e consequentemente o aperfeiçoamento das suas habilidades, de forma, a que os pais conseguiam ter uma resposta eficaz às necessidades dos filhos (Sales et al., 2022). A título de exemplo, reforçamos os ensinamentos acerca da diversificação alimentar no primeiro ano de vida, a prevenção de acidentes, a educação postural, a educação relativa à higiene oral e à prática de exercício físico, o despiste de sinais e sintomas de alarme, entre outros ensinamentos. A realização do teste da visão, é realizado a partir dos três anos, com a colaboração da criança e com base no Manual de Boas Práticas em Oftalmologia, sendo que, caso seja detetada alguma alteração na visão da criança, o médico de família poderá referenciar para avaliação em consulta de Oftalmologia (DGS, 2008; Sales et al., 2022).

Verificamos ao longo do estágio, que algumas crianças e adolescentes avaliados tinham excesso de peso, bem como, falta de exercício físico na sua rotina diária. Além disso, estas crianças e adolescentes possuíam hábitos de vida pouco saudáveis nomeadamente a pouca ingestão de legumes e fruta na dieta e o aumento do consumo de alimentos

processados, sendo posteriormente encaminhados para a consulta de Nutrição. Estas situações permitiram que chegássemos à conclusão da importância que é a vigilância de saúde infantil e do papel principal que os CSP assumem neste âmbito (Sales et al., 2022).

No que diz respeito ao PNV, o EESIP tem um papel crucial uma vez que se torna fundamental dotar de informação os pais dos riscos e benefícios da vacinação. Realizamos um panfleto sobre “*VACINAÇÃO*” (APÊNDICE V) onde explicamos um pouco sobre o esquema vacinal em Portugal e os sinais e sintomas esperados ao longo do esquema vacinal. Realçamos a importância de não preparar as vacinas em frente às crianças/adolescentes, uma vez que isso poderia desencadear ansiedade, pânico e medo (Succi, 2018). Importa também referir como essencial a adoção de estratégias não farmacológicas aquando da administração de vacinas com a finalidade de diminuir a dor, o medo e ansiedade associados aos procedimentos invasivos e aos cuidados de saúde (Correia et al., 2020).

No decorrer das consultas na USF, como EESIP foi notória a forma como são planeadas as intervenções em parceria com os pais, tendo sempre presente o respeito pelas crenças e desejos dos mesmos, de forma a promover uma participação ativa da família no cuidado à criança/adolescente (DGS, 2015).

No que diz respeito ao serviço de Neonatologia, o EESIP tem um papel muito importante no bem-estar e na promoção da saúde do RN e da família. Embora a intervenção do EESIP seja fulcral no tratamento, é também extremamente importante do ponto de vista da prevenção/promoção da saúde (Vieira et al., 2024), tal como acontece no processo de vinculação entre a família/bebé e na parceria de cuidados estabelecida. Assim, ao longo do estágio na Neonatologia, surge a necessidade de implementar diferentes estratégias, designadamente apoiar os pais a conhecerem, aceitarem e entenderem o RN de forma a facilitar condições para os próprios prestarem cuidados ao mesmo, nomeadamente os cuidados ao coto umbilical e os cuidados de higiene (Vieira et al., 2024).

Como EESIP temos a oportunidade de facilitar o envolvimento dos pais nos cuidados ao RN e promover o seu *empowerment* na sua dimensão física, emocional e psicológica, estando sensíveis ao processo de transição que está a ser vivenciado por eles. Todas as preocupações mencionadas pelos pais devem ser valorizadas de modo a percebermos se existem motivos para alarme ou se, por outro lado, os pais necessitam de

ser capacitados e orientados no cuidado e conhecimento desenvolvimental do RN (Ruas, 2019). Perante esta realidade destaca-se os cuidados humanizados através do Método Canguru, sendo que este método realça não só os cuidados individualizados e neuroprotetores ao RN, como também permite que haja organização fisiológica e comportamental do RN prematuro (Vieira et al., 2024). Trata-se de um método capaz de minimizar as sequelas da excessiva exposição e manipulação provenientes de estímulos dolorosos e estressantes, conduzindo assim a um desenvolvimento cerebral saudável (Vieira et al., 2024). O Método Canguru é reconhecido como uma estratégia para minimizar a dor, promover o aleitamento materno, o processo de vinculação e potenciar o papel ativo dos pais (Martins et al., 2019; Santos et. al., 2020). A vinculação é a ligação entre o RN e os pais, sendo um processo de formação de laços afetivos (International Council of Nurses, 2024). Este método é considerado um estado emocional dinâmico, humanamente necessário, entre o bebé e sua mãe/pai, e cuja qualidade afeta o desenvolvimento infantil (Nordahl et al., 2020).

O processo de transição para a parentalidade inicia-se já na gravidez, pois durante este período os pais desenvolvem expectativas, idealizam o seu bebé e consequentemente idealizam planos para um futuro em família (Araújo et al 2024). No entanto, quando ocorre um parto prematuro, isso leva a que ocorra uma separação do RN pré-termo dos pais. Surgem assim sentimentos como a culpa, a ansiedade, o medo e até mesmo a depressão que estão relacionados ao medo de perder o RN, e por se tratar de uma maior fonte de *stress* para os pais, consequentemente, existe um atraso no processo de vinculação, correndo um maior risco de existir alterações na parentalidade e no papel parental (Araújo, et al 2024). Assim, o foco vinculação acarreta uma complexidade de fatores pela sua especificidade e é enquadrado nas competências de ação do EESIP, que adota uma abordagem holística às necessidades do RN e dos pais.

A título de exemplo perante o que foi citado, destacamos um caso em particular que vivenciámos no decorrer do estágio, que diz respeito ao nascimento de dois gémeos pré-termo que possuíam uma idade gestacional inferior a trinta e cinco semanas. Estes pais vivenciaram a segunda gravidez da mãe com medo, angústia e receio sobre o futuro. Foi necessário trabalhar com os pais a promoção do papel parental, tendo também por base o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, e como tal capacitando a mãe e o pai face ao desenvolvimento infantil dos filhos. Enquanto EESIP devemos explicar aos

pais os diferentes estágios do ciclo de desenvolvimento esperados para o RN, como explicar que a competência de um RN pré-termo de trinta e três semanas é diferente das competências de um RN pré-termo de trinta e seis semanas. Desta forma, desde o primeiro dia de cuidados a estes gémeos e família, procuramos promover um processo de vinculação e ligação parental (Araújo et al 2024). Como tal, para promovermos uma vinculação efetiva e a ligação parental positiva tivemos que ter em atenção a individualidade da situação, a necessidade de conhecer os pais, conhecer a história familiar desta família, bem como conhecer a história desta gravidez. Pelo facto de já terem um primeiro filho de três anos, tivemos também de ter em consideração o irmão mais velho ao longo de todo o processo. O cuidado centrado na família corresponde não só aos pais, mas também aos irmãos (Rodrigues et. al., 2019; Bernardo et al., 2023) e, enquanto EESIP tivemos a oportunidade de conhecermos e participarmos no projeto “Um diário para mim”. Este projeto consiste na entrega de um diário ao irmão mais velho - idealizado para uma faixa etária entre os quatro e os doze anos, para que haja um registo da evolução do irmão pré-termo e até mesmo o envio de mensagens, através do diário, sobre as conquistas do RN pré-termo, como por exemplo quando retirou o *Continuous Positive Airway Pressure* (CPAP) ou quando fez a primeira vez o método canguru, entre outras conquistas. Juntamente com o diário é entregue ao irmão mais velho uma boneca de arroz vaporizado, que tem como objetivo simbolizar o irmão que está internado e à medida que o irmão se vai desenvolvendo e crescendo no decorrer do internamento, a boneca de arroz acompanha o desenvolvimento do RN.

Consideramos estes dois projetos uma mais-valia no processo de vinculação entre irmãos. Consistem também numa forma de promover a vinculação e a transição positiva para a parentalidade, uma vez que permite que haja um elo entre o filho saudável e o filho internado, onde os próprios pais têm um papel ativo na realização deste processo (Ruas, 2019).

Bernardo et al., (2023), salientam a importância de promover a vinculação entre irmãos referindo que enquanto EESIP, devemos instruir e apoiar os pais para estarem disponíveis para ouvir os medos, as angústias, as revoltas e ansiedades da criança e desta forma promover a comunicação com os filhos, encorajando-os a falar e partilhar emoções e sentimentos. Os autores referem ainda que os pais devem fornecer informações à

criança, de forma clara, honesta e adequada à faixa etária, capacitando a família para a receção de estratégias de *coping*.

A inclusão dos irmãos ao longo de todo o processo de internamento do RN pré-termo favorece todo o sistema familiar na consolidação da adaptação, da coesão e do bem-estar de todos os membros da família, além de que, reforça o sentimento de pertença no seio familiar, estimulando o bem-estar da criança e o processo de assimilação do papel de irmão (Bernardo et al., 2023).

O apoio à amamentação foi outro importante fator que acompanhamos ao longo dos diferentes contextos da prática. O EESIP tem o papel fundamental de aplicar os seus conhecimentos técnico-científicos e possuir sensibilidade para ser capaz de aconselhar e compreender de que a amamentação é um processo complexo. Este processo inclui aspetos culturais, de valores, que depende da própria sociedade, fisiologia e emoção da mulher, sendo eficientes na descoberta das verdadeiras necessidades/dificuldades das mães ao longo da amamentação. Só assim, podemos ajudar a tornar a amamentação num processo de união física e emocional entre mãe-filho, gerando sentimentos de amor, carinho e vínculo afetivo (Sousa & Souza, 2022). Uma escuta ativa por parte do EESIP é extremamente importante também para captar possíveis desvios na relação entre mãe e filho, e desta forma conseguirmos ajudar a promover o vínculo entre eles (Sousa & Souza, 2022).

Um outro autor, Nordahl et. al., (2020), cita que o EESIP ao longo da prática clínica, promove e incentiva à amamentação, bem como à extração de leite materno, numa fase em que a amamentação está condicionada pelo estado desenvolvimental do RN pré-termo e devido à situação de internamento e da impossibilidade de permanência durante 24h da mãe. Assim, enquanto EESIP procuramos envolver os pais na prestação de cuidados ao RN, de acordo com o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, que já foi aprofundado e mencionado anteriormente, reconhecendo esta necessidade vital tanto do RN como dos pais. É ainda de salientar a importância de adaptar os ensinamentos consoante o desenvolvimento do RN em causa e perante a situação atual. É imprescindível adaptar os ensinamentos à realidade da família, e para tal, devemos questionar os pais de como pretendem prestar os cuidados no domicílio e ajustar a sua rotina ao RN.

Tivemos também a oportunidade de conhecer um projeto implementado pelo Serviço de Neonatologia “*Crescer com Afetos*” que visa o apoio à parentalidade não só

ao longo do internamento, mas também após a alta hospitalar. A criação deste projeto emergiu da necessidade de ajudar e acompanhar os bebés e as suas famílias, seja ao longo do internamento, seja após a alta, tendo como foco a promoção da vinculação e capacitando os pais de forma a sentirem-se mais seguros nos cuidados ao RN. O projeto visa também ajudar os irmãos, que por vezes sentem-se deixados para segundo plano, durante todo o processo de transição para a parentalidade.

O processo de preparação do luto é angustiante e doloroso, leva tempo e, muitas vezes, é vivenciado pelos pais a vida toda (Pires et al., 2023). Quando ocorre a perda de um filho RN, há tendência do sofrimento conduzir à depressão ou a outros problemas psíquicos. Nesse sentido, o EESIP deve ajudar os familiares, através da comunicação terapêutica no processo de morte dos neonatos. Desta forma, destacamos um outro projeto, que tivemos a oportunidade de conhecer, que presta apoio aos pais em luto perante a morte do filho pré-termo. Este projeto visa também o auxílio do próprio profissional de saúde no que concerne à sua gestão emocional perante a morte do RN pré-termo. Este projeto tem como objetivo minimizar a dor e apoiar a família com o intuito de promover um luto saudável face à morte de um filho. É criada uma caixa de memórias, onde se coloca a pulseira de identificação do RN, a manta e a roupa que usou, ou outro objeto significativo, e através da criação de uma pegada do pé do RN num cartão personalizado com o nome. Neste momento de grande sofrimento, importa que o EESIP incentive o diálogo participativo, de acordo com as necessidades e vontade dos pais (Pires et al., 2023).

Um outro facto, presenciados no decorrer dos estágios, diz respeito ao uso excessivo de tecnologias e redes sociais. Segundo Paiva & Costa (2015), o uso recorrente das tecnologias de informação e comunicação pode provocar alterações no desenvolvimento físico, cognitivo e social, assim como potenciar a depressão, a ansiedade e o isolamento social. Os pais inclusive incentivavam à utilização dos telemóveis, computadores e outros equipamentos equivalentes como estratégia para gestão da ansiedade, ou simplesmente como recurso aos ecrãs para que a criança/adolescente tivesse com que se ocupar. Desta forma, de acordo com o aconselhamento do PNSIJ preconizado pela DGS (2013), apresentamos aos pais estratégias alternativas como brincar ou ler, de forma a potenciar o desenvolvimento saudável do filho.

Nos diferentes contextos da prática, foi importante compreender que, para que o EESIP tenha sucesso nas suas intervenções e estabeleça uma parceria de cuidados eficaz, é necessário que enquanto profissionais de saúde sejamos detentores de uma atitude e prática de respeito, de apoio e de colaboração, bem como, habilidades de negociação e sobretudo comunicação, sendo esta última um aspeto crucial para a eficácia e qualidade dos cuidados de enfermagem e para a criação da parceria de cuidados e nomeadamente uma eficaz relação empática (Ramos & Barbieri-Figueiredo, 2020).

Em suma, no decorrer dos diferentes contextos de estágio, foi possível desenvolver uma relação terapêutica com a criança/adolescente e família, garantindo confidencialidade, respeito pelos valores, costumes e crenças. Juntamente com a equipa foi possível criar uma comunicação empática, mais próxima dos pais, e consequentemente mais eficaz na gestão de medos, receios e ansiedade, que foram sendo demonstrados. Foi-nos possível aperfeiçoar não só as nossas competências relacionais, como também as nossas competências comunicacionais, tendo em consideração que a nossa própria experiência profissional na área pediátrica foi facilitadora na participação ativa nos cuidados, o que foi bastante positivo e enriquecedor

1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

A entrada no Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MESIP) visa alcançar um elevado nível de excelência profissional, o que exige a atualização e aprofundamento contínuos do conhecimento, com foco na especialização nesta área específica da enfermagem. Para atingir o grau de mestre, é necessário demonstrar domínio e compreensão aprofundada de saberes, conforme definido no Decreto-Lei n.º 63/2016, de 13 de setembro.

A conquista do título de Mestre baseia-se nos critérios estabelecidos no artigo 15.º da mesma legislação, o que fez com que, ao longo do percurso académico, fossem desenvolvidos conhecimentos e competências fundamentais para a consolidação deste grau académico (Diário da República, 2016). Assim, enquanto futuros EESIP, devemos possuir uma base sólida de conhecimento, aliada a uma compreensão crítica e reflexiva que sustente e aprofunde os conteúdos adquiridos, com suporte na investigação científica, tornando possível a atribuição do grau de Mestre (Diário da República, 2016).

Neste sentido, o curso de MESIP revelou-se essencial para consolidar e expandir os conhecimentos adquiridos na licenciatura em Enfermagem, ao mesmo tempo que desenvolveu as competências gerais dos enfermeiros especialistas, com ênfase na área da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Este progresso deve-se tanto aos conteúdos das aulas teóricas quanto aos diversos trabalhos realizados nas unidades curriculares, os quais exigiram pesquisa bibliográfica baseada em evidência científica, domínio da escrita académica e partilha de saberes entre colegas.

Durante o processo de aquisição das competências específicas de EESIP, houve também um reforço do pensamento crítico e da capacidade de identificar as necessidades dos contextos clínicos onde foram realizados os estágios. Esta análise permitiu elaborar intervenções fundamentadas em evidência científica, contribuindo para a melhoria da prática clínica dos e uma prestação de cuidados de elevada qualidade. Neste cenário, emergiu a necessidade de realizar uma revisão integrativa da literatura (Dantas et al., 2021), em resposta à constatação de lacunas no apoio escolar prestado à criança com doença oncológica durante a sua reintegração. O objetivo da investigação, portanto, é dar resposta a uma necessidade real, identificada ao longo da formação teórica e prática como futuros especialistas e mestres em saúde infantil e pediátrica.

2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

O EESIP, enquanto profissional que integra as equipas multidisciplinares especializadas no acompanhamento das crianças/famílias com doença crónica/oncológica, e no domínio legal das suas competências comuns e específicas representa um importante apoio às famílias, assegurando a prestação de cuidados à criança, a educação para a saúde e identificando e mobilizando recursos de suporte, de forma a promover uma melhor qualidade de vida (Mendes, et. al., 2022).

Segundo a OE (2018), são competências específicas do EESIP a prestação de cuidados especializados ao recém-nascido e à criança/jovem e família em situação de doença oncológica, estimulando a vinculação, a parceria de cuidados e a parentalidade, tentando minimizar o impacto da hospitalização nos mesmos. Assim, denota-se que a enfermagem, com o evoluir dos tempos tem enfrentado maiores exigências e complexidades, causadas maioritariamente pelos constantes avanços tecnológicos e científicos para além dos dilemas que surgem constantemente, sendo por isso, fundamental oferecer uma resposta eficiente e eficaz para garantir a qualidade dos cuidados. (Lourenço, et. al., 2022)

Desta forma, estudos sistemáticos da literatura têm guiado a prática clínica, conduzindo à consolidação e reconhecimento da Enfermagem como uma ciência, e fomentando um impacto positivo na segurança, intervenções e prognósticos clínicos dos utentes nos serviços de saúde. A eficácia clínica, juntamente com a redução dos custos hospitalares, também é influenciada pela melhoria nas abordagens terapêuticas ou nas intervenções direcionadas e fundamentadas nas evidências científicas obtidas através dessas pesquisas. Todos esses fatores configuram o que se chama de PBE (Dantas, et. al., 2021). A PBE é definida como uma abordagem resolutiva com o objetivo de proporcionar um cuidado em saúde fundamentado nas melhores evidências provenientes de estudos rigorosamente conduzidos (Dantas, et. al., 2021). Esta prática é fundamental para garantir a segurança dos doentes. O desenvolvimento de competências para a intervenção do EESIP é um processo complexo, uma vez que é necessário que o EESIP não saiba apenas executar um conjunto de ações técnicas, mas também que estas sejam acompanhadas pelo melhor conhecimento, seguido da melhor capacidade de recolher e processar informação, de modo a guiar decisões corretas em diversos contextos, assegurando que as ações têm repercussões positivas na promoção ou reabilitação da saúde (Santos et al., 2022).

2.1. PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO

Com os avanços da ciência e da medicina através da evolução da investigação e dos tratamentos em relação à doença oncológica infantil, surge cada vez mais crianças com uma elevada taxa de sucesso na recuperação do cancro (Parrillo et al. 2022). Segundo a OMS (2018) estima-se que a taxa de sobrevivência é de cerca de 80% nos países desenvolvidos (Martinez-Santos et al., 2021). No entanto apesar da melhoria das taxas de sobrevivência, continuam a existir muitos efeitos a longo prazo devido ao tratamento do cancro. Estes efeitos podem muitas vezes começar durante ou após o tratamento e podem perpetuar os seus efeitos durante anos no decorrer do desenvolvimento e crescimento da criança, o que implica significativamente uma redução da qualidade de vida da mesma e posteriormente impacto na vida adulta (Parrillo et al., 2022).

No decorrer dos estágios deparamo-nos com a necessidade de colmatar algumas lacunas à cerca da reinserção da criança com doença oncológica após um internamento prolongado face ao combate da doença. Inclusive Libman et al., (2017) na sua investigação afirma que o processo de reinserção escolar é uma das questões mais promotoras de *stress* e de ansiedade relacionadas à reintegração social, o que intensificou a necessidade de os enfermeiros estarem mais despidos a questões particularmente relacionadas à reinserção escolar da criança com doença oncológica. Um outro estudo afirma ainda que a capacitação e a preparação dos professores aparenta ser útil para uma escolaridade bem-sucedida e para a minimização das dificuldades no ambiente escolar (Martinez-Santos et al., 2021).

Assim sendo, a escolha da questão de investigação para a revisão norteia-se sobre a problemática das intervenções de enfermagem na capacitação dos professores na reinserção da criança com doença oncológica no âmbito da prática de cuidados de enfermagem de saúde infantil e pediátrica, com o intuito de capacitar os professores para a reinserção saudável da criança após o tratamento, minimizando os impactos da doença no decorrer do desenvolvimento físico, emocional e social da criança.

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA CAPACITAÇÃO DOS PROFESSORES
NA REINSSERÇÃO DA CRIANÇA COM DOENÇA ONCOLÓGICA
NURSING INTERVENTIONS FOR THE TRAINING OF TEACHERS IN THE
REINTEGRATION OF CHILDREN WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN
SCHOOLS

Ribeiro, Ana¹; Marques, Goreti²; Silva, Sofia³:

1. Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), Porto, Portugal
[anapatriciasribeiro@gmail.com]

2. PhD; Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), Porto, Portugal
[goreti.marques@santamariasaude.pt]

3. PhDs; Escola Superior de Saúde Santa Maria (ESSSM), Porto, Portugal
[sofia.silva@santamariasaude.pt]

RESUMO

Introdução: A OMS (2018) estima que cerca de 300.000 crianças são diagnosticadas com cancro por ano. A taxa de sobrevivência tem vindo a aumentar, sustentada pelos enormes avanços da medicina e tecnologia. No entanto, o cancro infantil representa um desafio significativo, nomeadamente para as crianças em idade escolar, condicionando não só a saúde física, mas também o desenvolvimento social e educacional. As escolas desempenham um papel crucial no desenvolvimento das crianças, proporcionando um ambiente onde podem adquirir competências cognitivas e desenvolver vínculos sociais.

Objetivo: Identificar as intervenções do Enfermeiro na capacitação dos professores na reinserção da criança com doença oncológica.

Metodologia: Revisão Integrativa de Literatura; Extração de dados realizada a 5 de julho de 2024, nas bases de dados *MEDLINE® Complete*, *CINAHL® Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* e *Cochrane Central Register of Controlled Trials*. Critérios de inclusão: artigos produzidos nos idiomas português, inglês e espanhol.

Resultados e Discussão: A amostra final integrou cinco artigos, na qual se verifica a necessidade de os enfermeiros intervirem na capacitação dos professores em diferentes domínios: formação e capacitação dos professores; apoio à reintegração escolar; promoção de comunicação eficaz; e Criação de Protocolos e Estratégias de Suporte.

Conclusão: A intervenção do enfermeiro na capacitação dos professores para a reinserção positiva da criança com doença oncológica é fundamental, sendo assim possível promover um desenvolvimento escolar positivo para a criança após um longo período de tratamento.

Palavras-chave: criança em idade pré-escolar; enfermeiro, professor; cancro

SUMMARY

Introduction: OMS (2018) estimates that approximately 300,000 children are diagnosed with cancer each year. Survival rates are increasing, supported by major advances in medicine and Technology. However, childhood cancer remains a significant challenge, particular for School-aged children, affecting not only their physical health but also their social and educational development. Schools play a crucial role in children's development, providing an environment in which they can acquire cognitive skills and develop social bonds.

Aims: To identify the nurse interventions in teacher training for the reintegration of children with cancer.

Methodology: Integrative literature review; data extraction performed on 5 July 2024, in the databases *MEDLINE® Complete*, *CINAHL® Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e Cochrane Central Register of Controlled Trials*. Inclusion criteria: articles written in Portuguese, English and Spanish.

Results and discussion: The final sample consisted of five articles that demonstrate the need for nurses to intervene in teacher education in different areas: training and empowering teachers, supporting school reintegration, promoting effective communication, and creating protocols and support strategies.

Conclusion: The intervention of nurses in the training of teachers is fundamental for the positive reintegration of children with cancer, thus making it possible to promote positive school development of the child after a long period of treatment.

Keywords: pre-school child, nurse, teacher, cancer

INTRODUÇÃO

A doença oncológica infantil é uma preocupação significativa em termos de saúde pública. A OMS (2018) estima que cerca de 300.000 crianças são diagnosticadas com cancro por ano. A taxa de sobrevivência de 80%, especialmente nos países desenvolvidos, sustenta o notório avanço da medicina e da tecnologia, envolvendo a necessidade do acompanhamento a longo prazo (Martinez-Santos et al., 2021). O cancro infantil representa assim um desafio significativo para as crianças em idade escolar, condicionando não só a saúde física, mas também o desenvolvimento social e educacional (Fatma et al., 2023).

Devido ao tratamento prolongado e às hospitalizações frequentes, as crianças com doença oncológica são privadas de diversas experiências diárias fundamentais, tais como, a ida à escola e a socialização com seus colegas e professores (Fatma et al., 2023). Os mesmos autores, referem ainda que estes fatores podem influenciar negativamente o desenvolvimento psicossocial e emocional da criança, bem como, o seu rendimento escolar.

A limitação da interação com o mundo exterior e a necessidade de adaptação a novas realidades podem conduzir a desafios emocionais, que precisam ser tidos em consideração tanto por profissionais de saúde como por professores (Fatma et al., 2023; Martinez-Santos et al., 2021; Soejima et al., 2015). Desta forma, as escolas desempenham um papel crucial no desenvolvimento das crianças, proporcionando um ambiente onde podem adquirir competências cognitivas e desenvolver vínculos sociais. A interrupção desta rotina devido aos tratamentos de saúde pode resultar em lacunas na aprendizagem e na formação de laços emocionais, contribuindo para um sentimento de isolamento e exclusão (Fatma et al., 2023; Martinez-Santos et al., 2021). Torna-se assim essencial que haja suporte adequado nas escolas, nomeadamente a nível emocional e social, para que as crianças com doença oncológica possam reintegrar-se nas suas rotinas escolares e superar os obstáculos impostos pela doença. A criação de programas de apoio, inclusão escolar e uma abordagem multidisciplinar são essenciais para garantir que os direitos à educação e ao lazer sejam respeitados, promovendo o bem-estar integral das crianças afetadas pelo cancro (Libman et al., 2017).

Libman et al., (2017) reforçam que a evidência científica sustenta que o processo de reinserção na escola é uma das questões mais stressantes e criadoras de ansiedade da reintegração social. Os autores desenvolveram o Modelo de Reentrada na Escola, consiste num modelo projetado para os enfermeiros pediátricos para melhorar as questões de reintegração social e escolar das crianças. No modelo são esquematizados os fatores que influenciam a reentrada na escola de uma criança com cancro, assim como as relações entre as crianças, os seus colegas e professores. O aumento do conhecimento, da confiança e da autoeficácia do enfermeiro em relação a programas de educação permitirão que este esteja preparado para antecipar as necessidades cognitivas, sociais e emocionais das crianças com doença oncológica e desta forma promover junto dos professores uma reinserção escolar saudável.

Na mesma linha de pensamento, Fatma et. al. (2023), refere que a evidência salienta ser crucial existir uma ligação entre as unidades de oncologia pediátrica, família e escolas, para ajudar na compreensão das necessidades e capacidades de cada criança. A comunicação eficaz foi vista como fundamental para estabelecer a colaboração contínua e manter todos os membros da equipa enquadrados e reciprocamente informados (Soejime et al., 2015; Libman et al., 2017). Desta forma, e atendendo à pertinência do tema, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura (RIL) com o intuito de identificar na literatura intervenções de enfermagem na capacitação dos professores na reinserção da criança com doença oncológica.

PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

A elaboração desta RIL baseia-se nas orientações de Dantas et al. (2021) norteando-se por sete etapas: desenvolver uma postura crítica e argumentadora sobre o tema escolhido; elaborar a questão de investigação; pesquisa na literatura; análise crítica e síntese da evidência científica encontrada; análise crítica dos estudos incluídos; avaliação e interpretação dos resultados da intervenção fundamentada em evidências; e por fim a apresentação da RIL.

Sousa et. al. (2017) mencionam também que depois da pesquisa nas bases de dados, o passo seguinte diz respeito à análise dos artigos, primeiramente pela leitura dos títulos, de seguida a leitura dos resumos, e por último, a leitura do texto integral. Após a identificação do problema procedeu-se à formulação da questão de investigação, de

acordo com a estratégia PICO, com o acrónimo Participantes, Intervenções, Comparação e Outcomes ou Resultados (Dantas et. al., 2021).

A estratégia PICO é essencial para a resolução da questão de investigação, já que maximiza a recuperação de evidência, evita a realização de pesquisas desnecessárias e destaca o objetivo da investigação (Santos et al.,2007). Assim, a utilização da estratégia PICO conduziu à formulação da questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem para a capacitação dos professores no regresso à escola da criança com doença oncológica?”, estando representada na seguinte tabela (Tabela 1).

Tabela 1. Estratégia PICO.

P	Participantes	Professores
I	Intervenções	Intervenções de Enfermagem
C	Comparação	Não aplicável
O	Outcomes (Resultados)	Reinserção da Criança com Doença Oncológica na escola

Foram definidos como critérios de inclusão: investigações com foco em intervenções de enfermagem para a capacitação de professores de crianças em idade pré-escolar (entre os 2 anos e os 5 anos) e escolar (entre os 6 anos e os 12 anos); artigos relacionados com a reinserção escolar da criança com doença oncológica, artigos nos idiomas português, inglês e espanhol, sem qualquer limite temporal.

Foram definidos como critérios de exclusão: artigos que abordem os pais como foco de intervenção na reinserção da criança à escola, revisões da literatura e artigos de opinião.

Foram definidos e validados os descritores através da consulta do vocabulário MeSH (Medical Subject Heading) disponível na Nacional Library Medicine, assim como termos de linguagem natural os operadores booleanos, patenteados pelos conectores OR e AND.: School Teacher, Teach*, School, Nurs*, Child, preschool, Neoplasms, cancer e tumor. Desta forma, a frase booleana utilizada através das palavras chave supracitadas, foi a seguinte: ((school teacher OR teacher, school OR teaching) AND (Nurs*) AND (child, preschool OR child) AND (neoplasms OR cancer OR tumor))

Procedeu-se à pesquisa através da frase booleana e com recurso ao motor de busca EBSCO nas seguintes bases de dados: MEDLINE Complete; CINAHL Complete;

Cochrane Central Register of Controlled Trials; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Library e Informations Science & Technology Abstracts, a qual decorreu a 5 de julho de 2024.

Os resultados obtidos foram exportados através de um gerenciador de referências - EndNote™. Após exportação dos resultados, as referências duplicadas foram excluídas e procedeu-se à análise e seleção dos estudos. Dois investigadores, de forma independente, analisaram os estudos por título, resumo e texto integral e de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

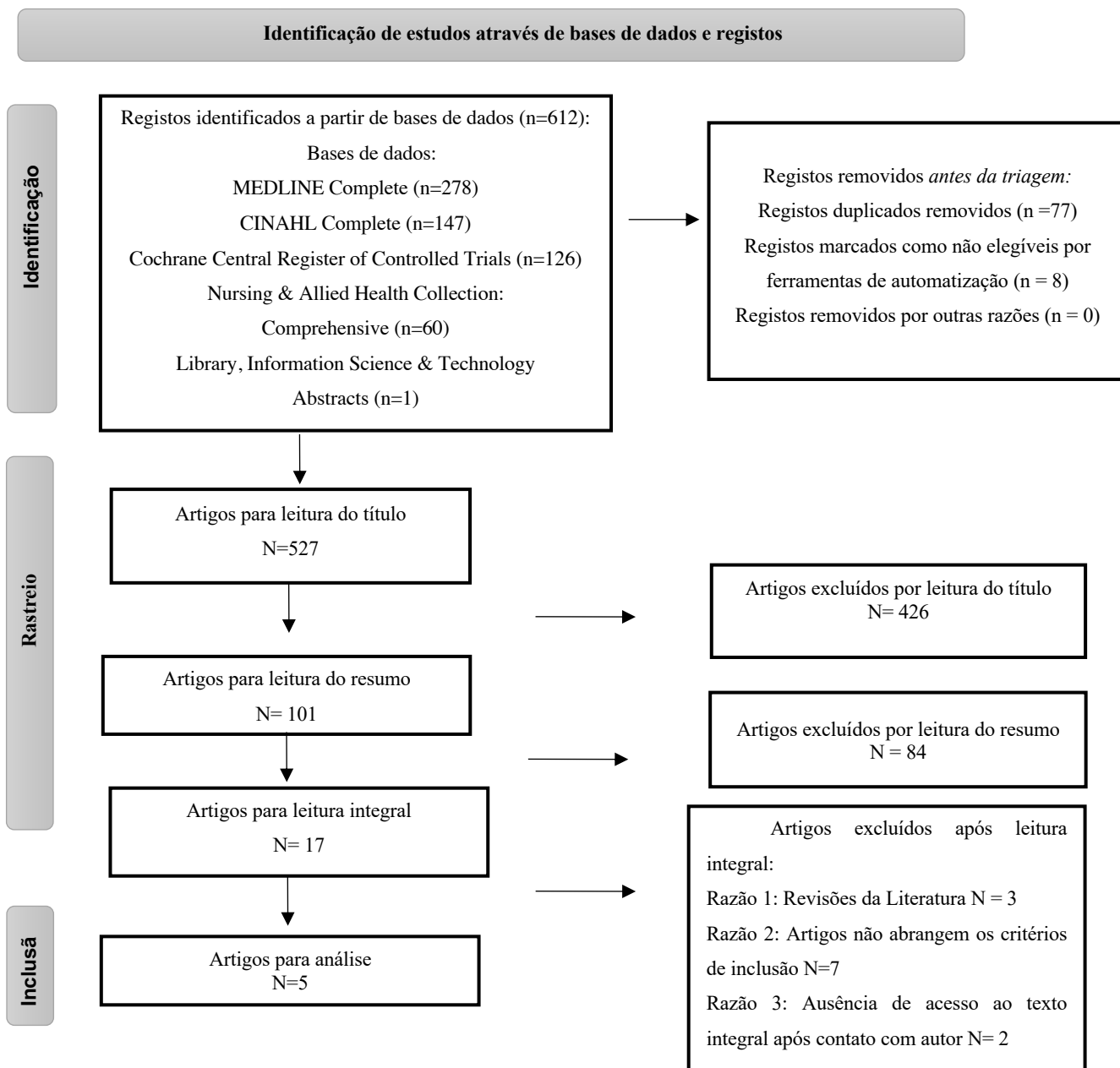
No caso de divergências entre os investigadores, foram resolvidas por um terceiro investigador, responsável por decidir a inclusão ou não do estudo em questão.

RESULTADOS

Na extração dos dados foi elaborado um instrumento com o objetivo de registar as características dos estudos bem como as principais evidências encontradas. A distribuição de artigos pelas diferentes bases de dados, nomeadamente na *MEDLINE Complete* com 278 artigos; na *CINAHL Complete* com 147 artigos, a *Cochrane Central Register of Controlled Trials* com 126 artigos, a *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive* com 60 artigos e por fim na *Library, Information Science & Technology Abstracts* com 1 artigo.

De forma a representar de forma esquemática o processo de seleção dos artigos foi utilizado o fluxograma PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), que se encontra representado no Fluxograma PRISMA apresentado na figura abaixo (Figura 1):

Figura 1. Fluxograma PRISMA.



Após a pesquisa inicial realizada, de acordo com os critérios supramencionados anteriormente, identificaram-se 612 artigos, estando estes distribuídos pelas seguintes bases de dados: MEDLINE Complete (278 artigos); CINAHL Complete (147 artigos); Cochrane Central Register of Controlled Trials (126 artigos); Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive (60 artigos) e Library, Information Science & Technology

Abstracts (1 artigo). Por estarem duplicados, eliminaram-se 85 artigos, ficando assim 527 artigos para análise do título.

Após a leitura dos títulos foram excluídos 426 artigos, ficando 101 artigos para leitura do resumo. Destes artigos, foram excluídos 84 artigos, ficando assim 17 artigos para leitura e análise do texto integral. Após leitura e análise integral dos 17 artigos foram excluídos 12 (3 dos artigos por serem revisões da literatura, 7 artigos por não abrangerem os critérios de inclusão, não dando resposta à questão de investigação e por fim mais 2 artigos foram excluídos porque os autores não forneceram o artigo para análise integral). Foram assim selecionados 5 artigos. De forma a destacar os resultados, apresentamos na tabela seguinte as intervenções de enfermagem para a capacitação dos professores no regresso à escola da criança com doença oncológica.

Com o objetivo de dar resposta à questão de investigação, que foi previamente delineada, deu-se início à síntese descritiva de cada artigo. Sendo que esta continha aspetos cruciais no que diz respeito a cada artigo incluído na revisão, comparativamente ao tipo de estudo, os principais resultados e conclusões obtidos e consequentemente quais as intervenções de enfermagem realizadas, como explanados na tabela seguinte (Tabela 2). Os artigos obtidos foram publicados entre 1984 e 2023, o que poderá demonstrar uma necessidade de maior investigação nesta temática.

Tabela 2. Síntese dos artigos selecionados para a RIL.

Estudo (Número e Título do Artigo)	Autores/ Ano	Tipo de Estudo	Objetivos	Resultados/Conclusões	Intervenções de Enfermagem
E1: Hospital classroom experiences of hospitalized school-age pediatric oncology patients: A qualitative study	Fatma et al., 2023	Estudo qualitativo - com recurso à entrevista	Analisar as experiências de sala de aula em meio hospitalar em crianças que recebem tratamento e cuidados pediátricos numa clínica de hematologia-oncologia na Turquia	O enfermeiro contribui para o bem-estar geral da criança ao facilitar a continuidade da educação e o retorno progressivo às atividades escolares. Portanto, a colaboração entre enfermeiros, professores e outros profissionais de saúde é vital para garantir que as crianças tenham uma experiência hospitalar mais positiva e enriquecedora e consequentemente um regresso à escola de sucesso.	- Promover a partilha de informação entre professores, colegas de turma, família e criança; - Capacitar os docentes da escola através de ações formativas e workshops sobre o estágio de desenvolvimento e tratamento da criança em contexto de internamento; - Capacitar os professores no sentido de desenvolver estratégias comunicacionais; - Facilitar grupos de apoio para desenvolver protocolos de apoio de melhoria à prática educacional em contextos hospitalares; - Organizar as rotinas de enfermagem em prol das rotinas escolares e ter material necessário no serviço (tablet, Internet, videojogos) que facilite o processo de aprendizagem e diminua o impacto do internamento.
E2: Support for school reentry and relationships between children with cancer, peers, and teachers	Soejime et al., 2015	Estudo transversal – através de questionários e entrevistas	Esclarecer a associação entre o apoio à reentrada na escola e as relações com colegas e professores.	O estudo conclui que a comunicação eficaz entre uma equipa multidisciplinar, incluindo médicos, enfermeiros e educadores, é essencial para facilitar a reinserção escolar, promovendo um ambiente de compreensão e apoio às crianças com cancro.	- Promover as visitas domiciliares dos colegas e professores com a criança com doença oncológica, - Capacitar os professores de forma a que consigam ajustar a informação sobre a doença e o processo de recuperação da criança com cancro de forma ajustada à idade dos colegas de escola; - Capacitar os professores através de sessões formativas sobre aparência física, o diagnóstico/tratamento, o desempenho escolar e a experiência hospitalar da criança com doença oncológica; - Promover estratégias comunicacionais entre professores e a criança com doença

					oncológica, de forma a promover um vínculo relacional; - Desenvolver competências sólidas na comunicação com os professores; - Capacitar os docentes para o suporte social da criança; - Promover a vinculação de relações empáticas entre profissionais de saúde, docentes, família e criança através de experiências positivas envolvidas no combate e na superação de doenças graves; - Promover estratégias de apoio na disseminação de informações sobre o diagnóstico e o tratamento da criança.
E3: School liaison program for children with brain tumors	Bruce et al., 2012	Estudo quantitativo - Entrevistas	Criar um programa de ligação escolar para crianças com tumores cerebrais de forma a conseguir capacitar os docentes nas necessidades destas crianças no regresso à escola e registar esta experiência através do programa.	O modelo escolar deve assim garantir uma comunicação interprofissional e colaborativa tendo em conta o desenvolvimento infantil e parental. O modelo deve prestar apoio e orientação às famílias, demonstrar a clareza da importância do papel dos profissionais de saúde e educação, criar sistemas para permitir o fluxo de informações, estabelecer serviços coordenados, planos de cuidados individualizados e foco nas estratégias de intervenção precoce	- Desenvolver e aprofundar as competências comunicacionais enquanto enfermeiro; - Promover uma parceria eficaz com a família e professores com recurso a reuniões presenciais, comunicação eletrónica, videochamadas e teleconferências; - Elaborar de um plano individualizado baseado em expectativas realistas através da capacitação dos professores sobre a doença e o tratamento da criança; - Aprimorar as suas capacidades de coping para ajudar a família, criança e os docentes a gerir a ansiedade, frustração e stress perante a doença e o regresso à escola. - Promover estratégias comunicacionais entre criança e professores; - Planear 3 reuniões com os professores para partilha de informação após o regresso escolar; - Facilitar a criação de redes de apoio para a criança em relação aos trabalhos da escola, como aulas de explicações; - Promover a comunicação aberta entre criança, família, professores e equipa

					multidisciplinar através de reuniões periódicas.
E4: Normalizing the return to school of the child with cancer	Chekiry, 1986	Estudo quantitativo - Entrevista	Descrever a experiência do retorno à escola a partir da perspectiva da criança, dos pais e do professor	O enfermeiro deve adotar estratégias de forma a promover a comunicação, a integração social e o apoio dos colegas e professores no retorno à escola.	- Identificar a importância do brincar da criança doente com os colegas; - Promover nas crianças estratégias comunicacionais que potenciem o desenvolvimento das suas habilidades sociais; - Capacitar a equipa multidisciplinar para ajustar as rotinas do internamento com as rotinas hospitalares; - Promover o contacto com os colegas de escola através de visitas hospitalares ou domiciliárias, de cartões, cartas ou áudios; - Promover estratégias de comunicações da criança com doença com os enfermeiros sobre o regresso à escola.
E5: Peer education in schools for children with cancer	Ann-Shirley Goodell, 1984	Estudo qualitativo - descritivo	Mostrar como um programa educacional pode ajudar os jovens a lidar com o cancro.	O enfermeiro especialista deve trabalhar para a prevenção em parceria com os professores. O sucesso do programa depende da teoria do aprendizado dos professores e de acordo com a capacidade de atenção e parâmetro de desenvolvimento de cada criança.	- Promover estratégias de comunicação e de apoio ao ensino com base na capacidade de atenção e faixa etária da criança; - Capacitar os professores e colegas de turma à cerca da doença e tratamento da criança com doença oncológica.

Após a análise integral de todos os artigos selecionados para a RIL, foi possível identificar quatro categorias, conforme representado na tabela seguinte (Tabela 3):

Tabela 3. Divisão dos artigos por categorias.

Categorias	Artigos
Formação e Capacitação dos Professores	E1; E2; E3; E4 e E5
Apoio à Integração Escolar	E1 e E4
Promoção de uma Comunicação Eficaz	E2 e E3
Criação de Protocolos e Estratégias de Suporte	E1; E2; E3; E4 e E5

De seguida, procede-se à discussão dos resultados encontrados, de acordo com as categorias determinadas.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o objetivo principal de identificar as intervenções de enfermagem para a capacitação dos professores na reinserção escolar da criança com doença oncológica, estas foram organizadas em quatro diferentes categorias.

- Formação e Capacitação dos Professores

A formação e capacitação dos professores pretende que estes sejam dotados de conhecimento relativamente aos desafios encontrados pela criança com doença oncológica, a nível socio emocional, nomeadamente nas relações interpessoais, ansiedade e depressão (Burns et al., 2020). Estes desafios expõem as crianças com doença oncológica a um maior risco de obter resultados escolares desfavoráveis, como desempenho escolar inferior, e uma funcionalidade social reduzida, quando comparados a colegas que não apresentaram essas condições (Burns et al., 2020).

Desta forma, o enfermeiro deve reconhecer as necessidades específicas de cada criança e família, bem como, as dificuldades e dúvidas que os professores possam vir a

sentir. Chekiryn, et al. (1986), Soejime et al. (2015), e Bruce et al. (2012), referem que os enfermeiros devem promover a capacitação dos professores, tendo um papel ativo na facilitação e promoção eficaz do retorno da criança com doença oncológica à escola. Soejime et al. (2015) afirmam, que o enfermeiro tem o importante papel de capacitar a compreensão dos docentes sobre a aparência física, o diagnóstico/tratamento, o desempenho escolar e a experiência hospitalar da criança com doença oncológica através de sessões formativas, assim como, de intermediário entre hospitais e escolas, contribuindo para o suporte social da criança. Não atuando apenas no ambiente hospitalar, o enfermeiro também cinge na promoção da saúde e na educação, colaborando com os professores de forma a garantir que as necessidades de saúde das crianças sejam respondidas de forma integral.

Além disso, o enfermeiro contribui para a conscientização de prevenção de doenças, sobre os estadios de desenvolvimento e crescimento da criança, além de contribuir para a promoção e aquisição de hábitos saudáveis. Desta forma, favorece um ambiente mais inclusivo e seguro para as crianças, sendo assim essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável das crianças, proporcionando o acesso a cuidados harmonizados tanto no contexto hospitalar quanto no escolar.

Assim, é importante que o enfermeiro faculte a formação necessária para que o professor reconheça as especificidades de cada criança no seu regresso à escola, e proceda aos ajustes necessários ao processo de ensino. De acordo com Bruce et al. (2012), a capacitação e a preparação dos professores parecem ser úteis para uma escolaridade bem-sucedida e para a redução das dificuldades no ambiente escolar, uma vez que, a falta de compreensão ou sensibilização demonstrou ter um impacto negativo no progresso educativo. Bruce et al. (2012), destacam a importância de criar programas individuais de aprendizagem de acordo com a idade da criança e o momento de tratamento, para a possibilidade de ajustar o período de presença física na escola e o trabalho de casa, seja este em meio hospitalar ou em ambulatório. Bruce et al. (2012) enfatizam a importância de o enfermeiro providenciar no mínimo três reuniões planejadas ao longo do ano letivo, para a partilha de informação relativa à saúde da criança, à sua relação com os colegas e professores, e ainda sobre o seu aproveitamento escolar.

Muitas vezes o déficit no desempenho escolar da criança, pode não estar associado com a sua própria dificuldade de aprendizagem, mas sim, pela ausência de compreensão do professor. Bruce et al. (2012) reforçam que os professores que não tinham uma noção do verdadeiro estado de saúde da criança, assim como as condicionantes da doença, podiam estar a influenciar o sucesso escolar da criança com doença oncológica. Parrillo et al. (2022) corroboram os autores supramencionados, evidenciando a importância da formação dos professores para uma adequada compreensão das necessidades específicas das crianças com doença oncológica, e como o apoio adequado fornecido durante todo o processo de reintegração na escola é crucial para o sucesso escolar. Reforçam ainda, que o conhecimento dos professores em relação à doença oncológica, influencia a forma como fornecem o apoio escolar e emocional no processo de integração escolar.

Bruce et al. (2012) enfatizam a necessidade de o enfermeiro identificar e transmitir as especificidades de cada criança e família, sendo assim possível a criação de um plano individualizado, baseado em expectativas realistas. Para que a formação e capacitação dos docentes seja eficaz, Fatma et al. (2023) corrobora das evidências de Soejime et al. (2015) e Bruce et al. (2012), ao enfatizar a importância da capacitação dos professores através do recurso a formações sobre a fase de desenvolvimento da criança, sobre a doença e sobre as vivências da criança em contexto hospitalar, desta forma, torna-se possível de o professor compreender melhor a criança no seu todo e conseguir articular estratégias de forma a facilitar a comunicação entre ambos. Fatma et al. (2023) refere ainda, que caso se alcance este grau de capacitação dos docentes, enquanto enfermeiros especialistas, estaremos a favorecer o processo de tratamento oncológico, se este ainda se mantiver em curso, bem como o sucesso escolar da criança.

- Promoção de uma comunicação eficaz

Segundo o National Cancer Institute (2020), o avanço médico e tecnológico no diagnóstico do cancro e o avanço das estratégias ao seu tratamento, aumentou a esperança de vida e de recuperação do cancro infantil, consequentemente, é considerado uma condição crónica (Martinez-Santos et al., 2021). Assim, a criança com doença oncológica, está frequentemente sujeita a interrupções consideráveis ao longo do seu percurso educacional, podendo acumular até dois anos de ausências escolares durante a

fase de tratamento, e até três anos de frequência irregular na escola após o término do mesmo. Importa ainda ter em consideração que os tratamentos intensivos a que estão sujeitas podem resultar em efeitos cognitivos tardios, como a diminuição do coeficiente intelectual, défices de memória, de atenção e até mesmo no desenvolvimento de competências sociais (Burns et al., 2020).

Chekiryn, et al. (1986), Soejime et al. (2015), Bruce et al. (2012), defendem que, é essencial facilitar a comunicação entre a criança e os professores, de forma a promover o interesse em relação às temáticas lecionadas, adaptando o ensino de acordo com a fase de tratamento, seja esta em meio hospitalar ou em ambulatório, com o recurso a tecnologias audiovisuais. Soejime et al. (2015) e Bruce et al. (2012) através das suas pesquisas, afirmam que o enfermeiro deve adotar estratégias de forma a promover a comunicação, integração social e apoio dos colegas e professores no retorno escolar. A comunicação eficaz é ainda vista como fundamental para estabelecer a colaboração contínua e promover sinergias entre os elementos da equipa de saúde e educação. Tanto professores como pais relataram os benefícios de uma comunicação mais consistente e eficaz, sendo evidente o sucesso da criança (Bruce et al., 2012).

Surge assim, a necessidade de promover uma ligação escolar como ponte de comunicação entre profissionais de saúde, famílias, colegas e professores para ajudar na compreensão partilhada das necessidades e potencial de cada criança (Martinez-Santos et al., 2021). Os autores enfatizam o papel enfermeiro como um vínculo de comunicação entre famílias e professores, no sentido de facilitar a compreensão das necessidades e potenciais de cada criança individualmente. Muitas vezes, o papel do enfermeiro consiste em facilitar o mecanismo de comunicação, através de reuniões presenciais e por videoconferência (Bruce et., 2012). Parrillo et al. (2022) reforçam que uma comunicação eficaz foi considerada fundamental para estabelecer uma colaboração contínua, e manter todos os membros da equipa integrados e mutuamente informados, para fomentar a aprendizagem de cada criança, de acordo com as suas capacidades.

Por sua vez, Soejime et al. (2015) salienta a ideia de que o enfermeiro deve desenvolver competências sólidas na comunicação e capacitação dos docentes, com o intuito de fortalecer o seu papel como intermediário entre hospitais e escolas, com vista

a contribuir para o suporte social da criança e a criação de relações empáticas entre profissionais de saúde, docentes, criança e família. Em contrapartida, Bruce et al. (2012) referem que o enfermeiro deve apoiar os professores no desenvolvimento de estratégias de coping com o intuito de ajudar a criança e a sua família a gerir sentimentos como a ansiedade, a frustração e o stress, resultantes da reinserção escolar. Compreende-se assim a importância de o enfermeiro desenvolver competências comunicacionais sólidas para promover a criação de uma relação empática entre os profissionais de saúde, professores, colegas de escola e a criança. Soejime et al. (2015) reforçam ainda que o enfermeiro deve desenvolver competências na partilha de informação com os colegas de escola, de acordo com a faixa etária e estágio de desenvolvimento, de acordo com eventuais necessidades de compreensão do processo de doença.

- Apoio à Integração Escolar

O processo de reinserção na escola é uma das questões mais causadoras de stress e ansiedade no que diz respeito à reintegração social. O aumento da sobrevivência pós-tratamento oncológico intensificou a necessidade de o enfermeiro estar ciente dos desafios relacionados com a reinserção escolar da criança com doença oncológica (Libman et al., 2017). Por outro lado, Burns et al. (2020) e Bruce et al. (2012), realçam a necessidade de um suporte educacional eficaz para as crianças que sobrevivem ao cancro, quer seja durante o tratamento, quer seja durante o período de recuperação.

De acordo com Burns et al. (2020), que corrobora os autores Chekiryn, et al. (1986) e Martinez-Santos et al. (2021), as crianças com doença oncológica passam por interrupções abruptas, bem como ausências prolongadas ao longo do seu percurso escolar. Considerando os efeitos da doença e do seu tratamento intensivo, Burns et al. (2020) e Soejime et al. (2015), enfatizam que para além dos desafios sociais relativos à reintegração, também as relações entre colegas e o apoio contínuo dos professores desempenha um papel vital na mitigação desses desafios.

As hospitalizações prolongadas e sucessivas, segundo Fatma et al. (2023), podem conduzir a um distanciamento da comunidade escolar bem como ao desenvolvimento de dificuldades da própria criança aquando do regresso à escola. Através da investigação de Fatma et al. (2023), os professores em meio hospitalar demonstraram ser capazes de

transmitir às crianças internadas uma sensação de bem-estar, permitindo a continuidade das rotinas das crianças, bem como a interação com os colegas da escola. Os autores reforçam ainda, a importância da interligação entre os professores presentes no contexto hospitalar e os professores da escola, possibilitando a criação de oportunidades de aprendizagem, nomeadamente atividades com recurso ao a tablet e à internet. Os jogos e os meios digitais tornaram a aprendizagem mais divertida e promovem o interesse de aprendizagem das crianças ao longo do internamento (Fatma et al, 2023).

Uma das estratégias que Fatma et al. (2023) e Chekiryn, et al. (1986) sugerem, passa pela colaboração entre a equipa médica, a equipa de enfermagem e juntamente com a equipa do conselho escolar. Esta colaboração tem como intuito, de em conjunto, criarem oportunidades que possibilitassem a criança com doença oncológica de assistir às aulas durante o internamento. Para que tal fosse passível de ser alcançado, os autores sugerem o apoio da equipa pedagógica do hospital, ou com o recurso a meios digitais.

Ainda segundo a evidência, o facto da boa relação entre colegas de escola estar favoravelmente relacionado à boa reinserção escolar, Fatma et al. (2023) e Chekiryn, et al. (1986), recomendam o recurso a visitas hospitalares ou no domicílio, o envio de cartões, cartas ou áudios com o intuito de potenciar o vínculo com os colegas de turma e desta forma a manter a promoção do contacto com os colegas de escola. Assim, tornasse possível minimizar medos e o receio de rejeição por parte dos próprios colegas de sala aquando do regresso escolar.

Relativamente sobre o suporte educacional, Fatma et al. (2023), reforçam as afirmações de Burns et al. (2020) e Bruce et al. (2012), ao assegurar a importância das salas de aulas em contexto de internamento na educação contínua das crianças. Segundo os autores, as salas de aulas em meio hospitalar beneficiam uma reinserção eficaz na comunidade escolar após a alta hospitalar. A criação de salas de aulas em contexto de internamento são uma forma de manter o ensino escolar, permitem à criança manter a continuidade das suas rotinas diárias, conseguindo inclusive, comunicar e interagir com os colegas. Também Martinez-Santos et al. (2021) afirmam que as ausências prolongadas recorrentes, as mudanças físicas, cognitivas e psicossociais têm impacto na participação social das crianças, nos relacionamentos entre colegas e na reintegração escolar. A

colaboração da equipa multidisciplinar é fundamental para uma reinserção eficaz da criança no ambiente escolar e consequentemente minimizar o isolamento e a solidão que possam suceder devido à natureza do tratamento prolongado da doença oncológica.

Enfatiza-se a necessidade de a equipa de enfermagem realizar reuniões regulares com a equipa escolar e com os pais, uma vez que este suporte é vital para assegurar o acompanhamento e as necessidades educacionais das crianças com doença oncológica (Burns et al., 2020). Também os programas direccionados aos professores, que abordem a transição da criança no regresso à escola e o apoio dos profissionais de saúde com vista à capacitação para a adaptação escolar de crianças com cancro, são critérios fundamentais para facilitar a reintegração e promover o sucesso escolar das crianças, tanto no decorrer do tratamento como após a sua conclusão (Burns et al., 2020). Por fim, Fatma et al. (2023) reforçam a ideia de que o enfermeiro deve promover a permuta de informação entre o professor do hospital e o professor da escola através de integração em reuniões periódicas ao longo do ano letivo, bem como, o ajuste às rotinas escolares em ambiente hospitalar com recurso as ferramentas tecnológicas como tablet, telemóveis, e até videojogos enquanto materiais de aprendizagens e de estudo, para preparar o regresso à escola.

- Criação de Protocolos e Estratégias de Suporte

A maioria das crianças, quando questionadas acerca do primeiro dia de escola após o diagnóstico de uma doença oncológica, descrevem como sendo assustador e difícil, o que reforça a necessidade de um plano de reinserção escolar que atenda às necessidades específicas de cada criança (Martinez-Santos et al. 2021). Estudos realizados por Martinez-Santos et al. (2021) e Burns et al. (2020), indicam que as ausências à escola foram mais frequentes durante o primeiro ano letivo procedente ao regresso escolar. Neste primeiro ano foi notório que, a falta de um plano formal na reinserção escolar, está diretamente relacionado a um processo de reinserção mais desafiante e incerto.

Ann-Shirley Goodell (1984), Chekiryn et al. (1986) e Burns et al. (2020), enfatizam a necessidade de adaptações no programa escolar da criança. Segundo os autores, o facto de os professores ajustarem o programa de estudos à fase de tratamento em que a criança se encontra, nomeadamente através da possibilidade de assistir a aulas à distância, leva a uma melhor adaptação da criança ao contexto escolar. Um outro autor,

Bruce et al. (2012), salientam o benefício da presença de um enfermeiro alocado às escolas para beneficiar a articulação equipa de saúde-escola (Bruce et al., 2012). Ann-Shirley Goodell (1984) enfatiza que ao alocar às escolas um enfermeiro, não só permite capacitar face à doença os professores, como também permite capacitar os colegas da criança, de acordo com a fase de desenvolvimento. Sendo assim pertinente a alocação de um enfermeiro de saúde infantil nas escolas como meio de suporte à reinserção escolar saudável da criança com doença oncológica.

Uma outra estratégia de suporte à reinserção escolar, diz respeito às visitas domiciliárias. Autores como Soejime, et al. (2015), salientam que as a ida a casa da criança, de colegas e professores, permite manter a ligação com os pares e docentes, fazendo-a sentir-se integrada. Ann-Shirley Goodell (1984) reforça a necessidade de o enfermeiro promover o contacto com os colegas de escola através de visitas hospitalares ou domiciliárias se possível, ou através de cartões, cartas ou áudios, como forma de manter a manter o contacto e preservar relações entre a criança doente com os colegas e professores.

No que diz respeito às estratégias de suporte no regresso à escola, Chekiryn, et al. (1986) e Fatma et al. (2023), demonstram ser essencial promover o brincar com os colegas. Esta atividade não só proporciona o desenvolvimento das habilidades sociais da criança, como também possibilita a libertação de *stress* e permite a gestão da ansiedade. Fatma et al. (2023) enfatizam ainda que o apoio à aprendizagem através da brincadeira, permite que a criança, apesar dos elementos de distração provenientes do contexto hospitalar, consiga uma aprendizagem mais eficaz. Trata-se por isso pertinente que os professores criem atividades lúdicas como forma de facilitar a aprendizagem da criança e ao criarem horários mais flexíveis, conseguem resultados mais eficazes (Fatma et al., 2023).

Em suma, a evidência científica encontrada sugere que a implementação das salas de aula enquanto estratégia de suporte em contexto de internamento, tem um papel significativo no aumento da adaptação das crianças às condições hospitalares, e na garantia da continuação da escola em prol de se conseguir bons resultados na aprendizagem escolar. No que diz respeito à prática de enfermagem, implica que o

enfermeiro especialista encaminhe as crianças com doença oncológica aquando das suas hospitalizações longas e repetidas, para as salas de aulas inseridas no hospital (Fatma et al. 2023). Isto irá permitir que a criança se adapte mais facilmente aos procedimentos realizados no internamento, mas também, que consiga manter as rotinas escolares que tinha anteriormente ao momento da hospitalização. A implementação deste protocolo de salas de aulas nos hospitais permite que no momento da alta, o retorno à escola preveja-se mais facilitado. Além disso, permite que seja possível potenciar um melhor desenvolvimento de todo o processo de tratamento ao assegurar as rotinas da criança (Burns et al. 2020).

Para que a reinserção escolar seja saudável e positiva, Bruce et al., 2012; Parrillo et al., 2022 reforçam a necessidade de aumentar a consciencialização partilhada sobre as necessidades das crianças, sendo pertinente a elaboração de um plano individual para cada criança, além de orientar os pais em relação a recursos e processos necessário, da promoção de uma abordagem colaborativa entre pais, docentes e profissionais de saúde, sem descurar da importância da promoção de uma comunicação e partilha organizada de informações entre equipa de enfermagem, família e comunidade escolar. Torna-se, portanto, fundamental, promover uma boa comunicação entre profissionais, família e criança de acordo com o desenvolvimento infantil para uma intervenção organizada e consequentemente para uma melhor colaboração entre enfermeiro, comunidade escolar e família/criança (Ann-Shirley Goodell, 1984; Bruce et al., 2012; Burns et al., 2020; Parrillo et al., 2022).

Salienta-se ainda, a pertinência em criar sistemas que permita a partilha de informações, de forma a estabelecer serviços coordenados, com planos de cuidados individualizados e com foco nas estratégias de intervenção precoce (Bruce et al., 2012, Parrillo et al., 2022).

CONCLUSÃO

A reinserção da criança com doença oncológica no ambiente escolar constitui um desafio significativo para a própria criança, para os profissionais de saúde, para as famílias e para a comunidade escolar no geral. Considerando os resultados obtidos com esta RIL, pode-se concluir que a capacitação dos professores é essencial para criar um

ambiente escolar inclusivo, sendo que as intervenções de enfermagem desempenham um papel crucial nesse processo. Estas intervenções não fornecem apenas apoio emocional e técnico, mas também promovem a consciencialização acerca das necessidades específicas destas crianças.

Tendo em vista a importância de preparar os docentes para o regresso de crianças com doença oncológica, o enfermeiro deve ser detentor de conhecimentos e estratégias que promovam uma transição positiva para a escolaridade após um período longo de tratamento e/ou internamento, o que irá também contribuir para o desenvolvimento socio-emocional e educacional das crianças com doença oncológica. Uma colaboração eficaz entre profissionais de saúde e professores é essencial para facilitar a reinserção escolar, assegurando o bem-estar e o sucesso escolar destas crianças. O enfermeiro desempenha ainda um papel vital na promoção da comunicação entre a tríade escola-família-profissionais de saúde, e através de workshops e formações, na sensibilização e capacitação os docentes sobre a realidade das crianças com cancro e as estratégias facilitadoras que podem ser utilizadas para uma gestão adequada dessa situação.

Como limitações desta RIL, salienta-se a falta de estudos a longo prazo sobre o percurso escolar das crianças e o fraco investimento da investigação desta temática nas últimas décadas. Como tal, sugerimos a realização de estudos a longo prazo, no processo de reintegração da criança com doença oncológica.

Agradecimentos

Esta Revisão Integrativa da Literatura está incluída no plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, da Escola Superior de Santa Maria no Porto.

Financiamento

Não existe qualquer tipo de financiamento externo para a realização deste projeto.

Conflito de interesses

Não existe qualquer tipo de conflito de interesses na realização deste projeto.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bruce, B. S., Newcombe, J., & Chapman, A. (2012). *SCHOOL LIAISON PROGRAM FOR CHILDREN WITH BRAIN TUMORS*. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 29(1), 45–54. <https://doi.org/10.1177/1043454211432296>
- Burns, M. A., Fardell, J. E., & Wakefield, C. E. (2020). *School and educational support programmes for paediatric oncology patients and survivors: A systematic review of evidence and recommendations for future research and practice*. Psycho-Oncology, 30:431–443. <https://doi.org/10.1002/pon.5606>
- Chekryn, J., Deegan, M., & Reid, J. (1986). *Normalizing the to School of the Child with Cancer*. Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses, 3(2), 20–26. <https://doi.org/10.1177/104345428600300206>
- Dantas, H. L., Costa, C. R. B., De Miranda Crispim Costa, L., Lúcio, I. M. L., & Comassetto, I. (2021). *Como elaborar uma revisão integrativa: sistematização do método científico*. Revista Recien, 12(37), 334–345. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>
- Dinç, F., Kurt, A., & Yıldız, D. (2023). *HOSPITAL CLASSROOM EXPERIENCES OF HOSPITALIZED SCHOOL-AGE PEDIATRIC ONCOLOGY PATIENTS: A QUALITATIVE STUDY*. Journal of Pediatric Nursing, 73, e220–e226. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.014>
- Goodell, A. (1984). *PEER EDUCATION IN SCHOOLS FOR CHILDREN WITH CANCER*. Issues in Comprehensive Pediatric Nursing, 7(2–3), 101–106. <https://doi.org/10.3109/01460868409009048>
- Martinez-Santos, A., Del Carmen Fernandez-De-La-Iglesia, J., Sheaf, G., & Coyne, I. (2021). *A systematic review of the educational experiences and needs of children with cancer returning to school*. Journal of Advanced Nursing, 77(7), 2971–2994. <https://doi.org/10.1111/jan.14784>

- Parrillo, E., Petchler, C., Jacobson, L. A., Ruble, K., Paré-Blagoev, E. J., & Nolan, M. T. (2022). *Integrative review of school integration support following pediatric cancer*. *Journal of Cancer Survivorship*, 18(2), 325-343. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01276-y>
- Santos, K. L. A., da Silva Miranda, R., Luísa Alves, C., da Silva, N. I., de Souza Xavier, T., & Gondim Magalhães, A. K. (2022). *Entraves na implementação da prática baseada em evidências (PBE) em enfermagem: revisão integrativa*. *Diversitas Journal*, 7(1), 0238–0246. <https://doi.org/10.48017/dj.v7i1.1491>
- Soejima, T., Sato, I., Takita, J., Koh, K., Maeda, M., Ida, K., & Kamibeppu, K. (2015). *SUPPORT FOR SCHOOL REENTRY AND RELATIONSHIPS BETWEEN CHILDREN WITH CANCER, PEERS, AND TEACHERS*. *Pediatrics International*, 57(6), 1101–1107. <https://doi.org/10.1111/ped.1273>

3. IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Considerando os resultados obtidos na RIL, a reintegração da criança com doença oncológica em contexto escolar constitui um desafio para a criança, família profissionais de saúde e comunidade escolar. Desta forma, o EESIP tem um papel fundamental neste processo.

Emerge assim a necessidade de serem delineadas algumas sugestões para a prática clínica, visando proporcionar um suporte adequado que promova uma transição saudável para o ensino escolar após um longo período de tratamento.

É fundamental adequar as intervenções às necessidades específicas de cada criança e família, bem como da comunidade escolar. Tendo como base este pressuposto o EESIP deve promover **sessões de educação para a saúde** direcionadas à comunidade escolar, com o intuito de capacitar sobre a doença, especificidades do tratamento e implicações clínicas. Esta capacitação, além de permitir que a comunidade escolar reconheça determinados sinais de alarme, permite que adotem estratégias de comunicação eficazes com a criança doente e família, bem como as restantes crianças, de forma a promover um ambiente de aprendizagem seguro e acolhedor. O EESIP deve fomentar a comunicação entre escola, família e profissionais de saúde, através da adoção de estratégias de comunicação eficazes. É de salientar a importância da intervenção do EESIP enquanto mediador entre a comunidade escolar, criança e família, e do seu papel na elaboração de planos escolares ajustados às necessidades de cada criança e família. Assim, é fundamental **desenvolver estratégias de reinserção escolar que contemplem as necessidades de cada criança com doença oncológica**.

As ferramentas tecnológicas têm um papel importante no processo de aprendizagem durante os longos períodos de internamento/tratamento. A **promoção da utilização de ferramentas tecnológicas** é essencial, uma vez que permite facilitar a continuidade do ensino, manter a comunicação entre a criança, professores e os colegas.

A realização de **reuniões periódicas** entre EESIP, comunidade escolar e família, permite avaliar de forma sistemática as necessidades da criança doente, ajustando as intervenções às exigências emergentes ao longo do processo.

O brincar é também fundamental, pois permite promover a socialização e desenvolvimento multidimensional da criança, além de que facilita a adaptação ao

ambiente escolar. Por isso, é importante **promover e incentivar o brincar**, tendo em conta a sua condição clínica. A promoção de um ambiente escolar inclusivo, onde a criança com doença oncológica se sinta valorizada e integrada é fundamental. O EESIP deve colaborar na implementação de algumas estratégias inclusivas de reinserção da criança.

Em suma, as intervenções do EESIP na capacitação de professores, pessoal de ação educativa, e família são fundamentais para assegurar uma reinserção bem-sucedida da criança com doença oncológica na escola. Desta forma sugerem-se intervenções a diferentes níveis:

Educação para a Saúde:

- Realizar sessões informativas para professores sobre a doença oncológica infantil, tratamentos e especificidades da condição clínica da criança.

Comunicação Eficaz:

- Capacitar a comunidade escolar para adoção de estratégias de comunicação eficazes entre escola, família, criança doente e colegas.

Plano Individualizado:

- Estabelecer estratégias e desenvolver um plano individualizado para cada criança em articulação com os professores.

Adaptação da Atividade Letiva:

- Auxiliar os professores no reconhecimento da necessidade de adequação das atividades escolares à condição clínica da criança.

Uso de Tecnologia:

- Promover a utilização de ferramentas tecnológicas para garantir a continuidade do ensino-aprendizagem e facilitar a comunicação entre a criança, professores e colegas.
- Promover a capacitação dos professores para o uso destas ferramentas.

Monitorizar e Reavaliar:

- Realizar reuniões periódicas para avaliar as necessidades e redefinir estratégias conforme a evolução da condição da criança.

Promoção do Brincar:

- Incentivar atividades lúdicas ajustadas à condição clínica da criança para favorecer a socialização.

Articulação Interdisciplinar:

- Facilitar a comunicação e cooperação entre a equipa de saúde, equipa pedagógica e a família para uma abordagem integrada no cuidado à criança.

No sentido de facilitar a compreensão da proposta previamente sugerida, apresenta-se de seguida um esquema síntese da mesma:

Figura II. Síntese da Proposta de Intervenção.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão do Mestrado culmina com a realização deste relatório, na qual proporcionou uma ampla oportunidade para a aquisição, mobilização e aprofundamento de conhecimentos, bem como, o planeamento, a implementação e avaliação de intervenções de enfermagem fundamentadas na evidência científica. Na qual resultou em experiência adquirida que certamente influenciará a qualidade dos cuidados prestados enquanto EESIP.

As diversas fases abordadas neste relatório elucidam para compreensão da importância da prestação de cuidados à criança/jovem e respetiva família por parte do EESIP. Na qual, este último ao ser titular de um conhecimento amplo no que diz respeito à área de saúde infantil e pediátrica, diferenciando-se assim, do enfermeiro generalista. O EESIP diferencia-se através da assistindo a criança/jovem e sua família na maximização de saúde, através dos cuidados específicos prestados em resposta às necessidades do ciclo de vida, bem como do desenvolvimento da criança/jovem e desta forma, sendo capaz de mobilizar recursos de suporte, tendo sempre em mente os pais/família/cuidadores como agentes ativos na prestação e no planeamento dos cuidados.

Os objetivos deste trabalho foram, inicialmente, descrever e refletir de forma fundamentada sobre o percurso, as experiências e as aprendizagens adquiridas ao longo do Mestrado, em especial durante os estágios. Essas experiências foram cruciais para a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências comuns ao enfermeiro especialista e também das competências específicas enquanto enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, permitindo a prestação de cuidados especializados à criança e ao adolescente em parceria com as famílias nos diferentes contextos.

A adoção dos Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e Cuidados Centrados na Família confere uma nova dimensão de cuidados onde o enfoque dos cuidados técnicos e instrumentais se desvanecem em detrimento da componente relacional, educacional e de apoio. Assim, o cuidado passa a ser direcionado a criança/jovem e os seus pais/cuidadores como uma unidade, sendo estes integrados e tornam-se parceiros nos cuidados. O EESIP, enquanto educador que é por excelência, identifica os seus recursos e potencialidades para um cuidado autónomo através da realização de ensinamentos, supervisão e apoio.

No que diz respeito à segunda parte do relatório, pretendeu-se aprofundar a temática “Quais as intervenções de enfermagem para a capacitação dos professores no regresso à escola da criança com doença oncológica?”, através da realização de uma RIL, com o intuito de compreender qual o contributo do EESIP na capacitação dos professores no reingresso da criança com doença oncológica ao seio escolar. Como já mencionado em capítulos anteriores, o cancro infantil representa um desafio significativo para as crianças em idade escolar, condicionando não só a saúde física, mas também o desenvolvimento social e educacional (Fatma et al.,2023). Devido ao tratamento prolongado e às hospitalizações frequentes, as crianças com doença oncológica são privadas de diversas experiências diárias fundamentais, tais como, a ida à escola e a socialização com seus colegas e professores (Fatma et al., 2023).

Posto isto, as importâncias do tema, bem como das evidências encontradas, ressaltam a importância da intervenção do EESIP através de ensinamentos, supervisão e apoio na capacitação dos docentes com o objetivo de assegurar uma reintegração bem-sucedida das crianças com doenças oncológicas à escola (Parrillo et al., 2022). Como tal, sugerimos a realização de futuros estudos na área da oncologia pediátrica, nomeadamente na capacitação dos professores à reinserção escolar da criança.

Salienta-se ainda, que apesar de algumas dificuldades vivenciadas ao longo da realização do presente documento, considera-se que os objetivos foram alcançados. A fim de colmatar as barreiras é de referenciar o empenho e dedicação das Professoras Orientadoras, bem como, dos seus contributos na resolução dos entraves e limitações que foram surgindo.

Terminamos este percurso com sentimento de realização profissional e pessoal, com a perspetiva de contribuir para o desenvolvimento de conhecimentos acerca do tema em estudo na área de enfermagem, implementação de projetos nesta e outras áreas de interesse com o intuito de aumentar a qualidade e caminhar no sentido da excelência dos cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Afonso, S. F. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(2), 215–220. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v36i2.12501>
- Almeida, S. Q., Fernandes, R. Á. Q., Santos, M. R. D., Da Costa Alves, F., & Rodrigues, M. R. K. (2023). Intervenções para a prática do cuidado centrado na criança e família. *Revista Recien*, 13(41), 461–469. <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.461-469>
- Almeida, T. (2021). Autism spectrum disorder: The link between primary and secondary health care. *Acta Médica Portuguesa*, 34(12), 884. <https://doi.org/10.20344/amp.17382>
- Alves, J. M. N. O., Amendoeira, J. J. P., & Charepe, Z. B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Rev. Gaúcha Enferm.* 38(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>
- Amatuzzi, E., Souza, M. A., & Melo, L. de L. (2019). Vivências de famílias de crianças em intraoperatório: A arte como possibilidade de cuidado [Experiences of families of children in intraoperative period: Art as a care option] [Vivencias de familias de niños en intraoperatorio: El arte como posibilidad de cuidado]. *Revista Enfermagem UERJ*, 27. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2019.36678>

- Amendolair, D. (2021). Art and science of caring of nursing: Art-based learning. *International Journal of Human Caring*, 25(4), 249-255. <http://dx.doi.org/10.20467/HumanCaring-D-20-00032>
- Araújo, V., Duarte, M., Figueiredo, S., & Andrade, M. (2024). *Transição para a parentalidade da família face ao primeiro filho: Revisão de escopo*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 77(5), e20230487. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0487pt>
- Assembleia Geral das Nações Unidas. *Declaração Universal dos Direitos do Homem*. UNICEF. <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>
- Barros, I., Lourenço, M., Nunes, E., Charepe, Z. (2021). Intervenções de Enfermagem Promotoras da Adaptação da Criança/Jovem/Família à Hospitalização: uma Scoping Review. *Enfermería Global*, 61, 556-574. <https://doi.org/10.6018/eglobal.413211>.
- Bento, M., Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2020). A criança-família. Da centralidade dos cuidados à relação de parceria. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 276-282. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19898>.
- Bernardo, N., Vasconcelos, R., Santos, C., Patrício, V., & Rocha, M. (2023). *O papel do enfermeiro especialista no envolvimento dos irmãos perante o internamento do recém-nascido*. *Revista Recien*, 13(41), 324–334. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2023.13.41.324-334>

- Bessa, J. M. (2022). *O desenvolvimento de competências do Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* [Master's thesis, Escola de Enfermagem - Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/38243/1/203035526.pdf>
- Borges, A. P. C., Almeida, R. G. S., Barboza, E. S., & Arruda, G. O. (2023). Simulation training of caregivers at hospital discharge of patients with chronic diseases: An integrative review. *Rev. Bras. Enferm.*, 76(6). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0043pt>
- Brito, M. I. B. da S., Mesquita, Évelly de O. S., Andrade, E. de A., Farias, M. E. de S. e S., da Silva, N. de C., de Souza, G. M. L., Santos, K. R. M., & de Farias, W. S. (2024). Contribuição da enfermagem no ambiente educacional: Enfermagem escolar. *Revista Foco*, 17(1). <https://doi.org/10.54751/revistafoco.v17n1-044>
- Bruce, B. S., Newcombe, J., & Chapman, A. (2012). School liaison program for children with brain tumors. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(1), 45–54. <https://doi.org/10.1177/1043454211432296>
- Burns, M. A., Fardell, J. E., & Wakefield, C. E. (2020). School and educational support programmes for paediatric oncology patients and survivors: A systematic review of evidence and recommendations for future research and practice. *Psycho-Oncology*, 30, 431-443. <https://doi.org/10.1002/pon.5606>

- Carvalhais, M. (2022). *Guia de Orientação de Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem com a Família na Comunidade*. Escola Superior de Saúde Norte, Cruz Vermelha Portuguesa. Oliveira de Azeméis.
<https://essnortecvp.pt/pt/cursos/saude-infantil-e-pediatria/enfermagem-de-saude-da-crianca-e-do-jovem-com-a-familia-na-comunidade/>
- Caselhas, S. M. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/33567>
- Chekryn, J., Deegan, M., & Reid, J. (1986). Normalizing the to school of the child with cancer. *Journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 3(2), 20-26.
<https://doi.org/10.1177/104345428600300206>
- Ciuffo, L. L., Souza, T. V. de, Freitas, T. M. de, Moraes, J. R. M. M., Santos, K. C. O. dos, & Santos, R. O. J. F. L. dos. (2023). *The use of toys by nursing as a therapeutic resource in the care of hospitalized children*. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(2), e20220433. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0433>
- Coelho, M. (2015). *Comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros*. [Doctoral dissertation, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto]. RCAAP.<https://repositorioaberto.up.pt/bitstream/10216/82004/2/33990.pdf>.
- Correia, S., Aparício, G., Condeço, L., & Martins, M. P. (2020). Pain management in pediatrics: Contributions to the quality of nursing care. *Millenium - Journal of*

Education, Technologies, and Health, 2(5e), 185–193.
<https://doi.org/10.29352/mill0205e.19.00309>

Costa, M. J. G. (2019). *Ambiente de cuidados: Fator promotor e protetor da saúde da criança e da família* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Setúbal; Escola Superior de Enfermagem São João de Deus - Universidade de Évora; Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Beja; Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Portalegre; Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias - Instituto Politécnico de Castelo Branco]. RCAAP.
<http://hdl.handle.net/10400.26/30391>

Cruz, M. (2019). *Triagem realizada por Enfermeiros no serviço de urgência pediátrica: Fatores que influenciam a satisfação dos pais* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu].

Damião, M. (2019). *Stress da Criança em Idade Pré-Escolar em Contexto de Urgência: Foco de Atenção do Enfermeiro Especialista* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa]. RCAAP).
<https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32091>

Dantas, H. L. de L., Costa, C. R. B., Costa, L. de M. C., Lúcio, I. M. L., & Comassetto, I. (2021). Como elaborar uma revisão integrativa: Sistematização do método científico. *Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem*, 12(37), 334–345.
<https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.37.334-345>

Decreto-Lei n.º 48/95 do Código Penal. Diário da República: I-A Série, nº 63 (15 de março de 1995). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1995-34437675>

Decreto-Lei nº156/2015 da Assembleia da República. Diário da República: I Série, nº 181 (16 de setembro de 2015). <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

Decreto-Lei nº 161/96 do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro. Diário da República: I Série, nº 205 (1996). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Decreto-Lei nº161/96 do Ministério da Saúde. Diário da República: I Série, nº 205 (4 de setembro de 1996). <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-241640>

Decreto-Lei n.º 47344 do Código Civil. Diário da República: I Série, nº 274 (25 de novembro de 1966). <https://diariodarepublica.pt/dr/legislacao-consolidada/decreto-lei/1966-34509075>

Dinç, F., Kurt, A., & Yıldız, D. (2023). Hospital classroom experiences of hospitalized school-age pediatric oncology patients: A qualitative study. *Journal of Pediatric Nursing*, 73, 220–226. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.09.014>

Diogo, P. (2019). Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: um Modelo orientador da prática (2ª versão revista). Research Gate. [DOI:10.13140/RG.2.2.16091.31528](https://doi.org/10.13140/RG.2.2.16091.31528)

Diogo, P. (2023). Capítulo 2: Investigação que deu origem ao modelo. Martins (Ed.), *Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica*. Lisbon Internacional Press.

Diogo, P., M., J., Freitas, B., H., B., M., Costa, A., I., L. & Gaíva, M., A., M. (2021). Care in pediatric nursing from the perspective of emotions: from Nightingale to the present. *Rev Bras Enferm.*, 74(4). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0377>

Direção-Geral da Saúde. (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças.

DGS.https://www.spp.pt/userfiles/file/evidencias%20em%20pediatria/orientacao%20dgs_014.2010%20de%20dez.2010.pdf

Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil.

DGS.<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Eull, D., Looman, W., & O'Conner-Von, S. (2022). Transforming acute pain management in children: A concept analysis to develop a new model of nurse, child and parent partnership. *Journal of Clinical Nursing*, 32, 5230-5240. <https://doi.org/10.1111/jocn.16625>

Ferreira, P. (2023). *Enfermagem de cuidados de saúde à família em contexto de unidade de saúde familiar*. [Master's thesis, Repositório da Escola Superior de Saúde de Leiria]. [https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9930/1/Relatório%20-%20Enfermagem%20de%20Cuidados%20à%20Família%20em%20Contexto%20de%20USF%20final_R01%20\(1\).pdf](https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/9930/1/Relatório%20-%20Enfermagem%20de%20Cuidados%20à%20Família%20em%20Contexto%20de%20USF%20final_R01%20(1).pdf)

- Fernandes, D. C., Zanon, B. P., Anversa, E. T. R., & Flores, G. C. (2022). Atuação do enfermeiro frente a educação em saúde no contexto escolar: Nurses' performance against health education in the school context. *Brazilian Journal of Health Review*, 5(4), 13377–13391. <https://doi.org/10.34119/bjhrv5n4-115>
- Flora, M., Silva, A., Gonçalves, B., & Reis, R. (2023). Intervenções em crianças com doença oncológica submetidas a procedimentos invasivos: Uma revisão integrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (31), 231-254. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2023.11870>
- Frazão, J., Arruda, F., & Alves, F. (2022). *Integrative review on the importance of the insertion of nurses in schools. Research, Society and Development*, 11(5), e10611527978. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i5.27978>
- Gomes, B. (2022). *Cuidados Centrados nas necessidades da criança com dificuldade respiratória e sua família* [Master's thesis, Instituto Politécnico da Guarda]. Biblioteca Principal do IPG. <http://hdl.handle.net/10314/8216>
- Goodell, A. (1984). Peer education in schools for children with cancer. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 7(2–3), 101–106. <https://doi.org/10.3109/01460868409009048>
- Hart, R., & Walton, M. (2010). Magic as a therapeutic intervention to promote coping in hospitalized pediatric patients. *Pediatric Nursing*, 36(1), 11-17. [Magic as a therapeutic intervention to promote coping in hospitalized pediatric patients \(PDF\)](#)

Hoglander, J., Holmstrom, I., Lovenmark, A., Van Dulmen, S., Eide, H., & Sundler, A. (2023). Registered nurse-patient communication research: An integrative review for future directions in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 79, 539-562. <https://doi.org/10.1111/jan.15548>

International Council of Nurses (2024, April 07). ICNP Browser 2024 release. <https://www.icn.ch/icnp-browser>

Instituto de Apoio à Criança. (2008). Carta da criança hospitalizada. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Jesus, M. I. de S. e C. (2019). Cuidados Especializados à Criança em Cuidados Paliativos: Importância da Equipa de Suporte Integrado Pediátrico [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28816/1/Relat%c3%b3rio%20Ap%c3%b3s%20Prova%20P%c3%bablica%20Marta%20Jesus.pdf>

Johnstone, J., & Duncan, D. (2021). Coronavirus: The 7th C affecting the 6Cs. A focus on compassion, care and touch. *British Journal of Nursing*, 30(15), 928- 933. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.15.928>

Leininger, M. (2002). Culture care theory: A major contribution to advance transcultural nursing knowledge and practices. *Journal of Transcultural Nursing*, 13(3), 189-192. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/10459602013003005>

Libman, R., Sherrod, B., & Weyant, D. (2017). Leininger, M. (2002). NURSES' EDUCATION TO SUPPORT SCHOOL REENTRY FOR CHILDREN WITH CANCER.

Pediatric

Nursing

<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/search/ebsearch.ebscohost.com/15pmc.ncbi.nlm.nih.gov/15>

Lima, K. da S., Novaes, M. W. C., de Oliveira, E. F., & Cordeiro de Souza, A. (2023).

Enfermagem na prevenção de risco para o infarto agudo do miocárdio em crianças e adolescentes. *Revista Brasileira de Saúde Funcional*, 11(2).

<https://doi.org/10.25194/rebrasf.v11i2.1677>

Lopes, A. (2017). *Cuidar em pediatria: A importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros* [Master's thesis, Escola de Enfermagem - Universidade Católica Portuguesa]. Repositório UCP.

<http://hdl.handle.net/10400.14/22074>

Lopes, I. (2021). *Humanização dos cuidados de enfermagem em pediatria: atuação do enfermeiro especialista* [Master's thesis, Universidade Católica Portuguesa: Instituto de Ciências da Saúde – Escola de Enfermagem].

<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36829/1/202947424.pdf>

[ciencia.ucp.pt+3repositorio.ucp.pt+3comum.rcaap.pt+3](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36829/1/202947424.pdf)

Lopes, N. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: Perspetiva dos enfermeiros* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto].

RCAAP.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LO>

[PES.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LO)

- Loureiro, F., Antunes, A., & Charepe, Z. (2021). Theoretical nursing conceptions in hospitalized child care: Scoping review. *Rev. Bras. Enferm.*, 74 (3), 1-11. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Loureiro, F. M., Antunes, A. V. d. R. A., & Charepe, Z. B. (2020). Concepções teóricas de enfermagem nos cuidados à criança hospitalizada: Scoping review. *Rev. Bras. Enferm.*, 74(3), 1-12. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0265>
- Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: Uma revisão narrativa da literatura. *Gestão e Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>
- Luiz, F. S., Vasconcellos, L. J. de, Barbosa, A. C. S., Paiva, A. do C. P. C., Santos, K. B. dos, Sanhudo, N. F., & Carbogim, F. da C. (2020). Papel do pensamento crítico na tomada de decisão pelo enfermeiro: Revisão integrativa. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, (38). <https://doi.org/10.25248/reas.e1763.2020>
- Machado, D., Almeida, A., & Tavares, J. (2022). Relação entre características sociodemográficas e profissionais e comportamentos assertivos dos enfermeiros. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 5(2), 47-58. <https://doi.org/10.37914/riis.v5i2.236>
- Mano, M. (2002). Cuidados em parceria às crianças hospitalizadas: Predisposição dos enfermeiros e dos pais. *Revista Referência*, (8), 53-61. https://web.esenfc.pt/v02/pa/conteudos/downloadArtigo.php?id_ficheiro=171&codigo=

- Martins, S. (2019). *Perceções de pais e profissionais de saúde dos apoios à parentalidade positiva. Um estudo das dimensões e determinantes das necessidades de apoio* [Master's thesis, Universidade do Minho]. RepositóriUM. <https://hdl.handle.net/1822/66109>
- Martinez-Santos, A., Del Carmen Fernandez-De-La-Iglesia, J., Sheaf, G., & Coyne, I. (2021). A systematic review of the educational experiences and needs of children with cancer returning to school. *Journal of Advanced Nursing*, 77(7), 2971–2994. <https://doi.org/10.1111/jan.14784>
- Maximiano, A. R. P. dos S. (2023). *A Doença na Criança/Jovem e a Família: Parceria de Cuidados* [Relatório de Estágio de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde; Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus; Instituto Politécnico de Beja, Portalegre e Castelo Branco]. Repositório Científico do IPS. <https://repositorio.ips.pt/>
- Meleis, A., Sawyer, L., Im, E., Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Melo, P. (2022). *Promoção da saúde na criança com doença crónica: Intervenções de enfermagem na gestão da asma* [Master's thesis, Escola Superior de Saúde - Politécnico de Viseu]. Repositório IPV. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7243/1/PatriciaFernandesMachado_Melo_RM.pdf

Mendes, M. (2016). Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros. *Disenos de la moderna investigación universitaria* (pp.531-542). McGraw – Hill Education. <https://hdl.handle.net/1822/50685>.

Mota, C. & Ferreira, S. (2019). Estilos parentais, competências sociais e o papel mediador da personalidade em adolescentes e jovens adultos. *ISPA*, 37(3), 269-284. <https://doi.org/10.14417/ap.1548>.

Monteiro, J., Reisinho, C., & Carvalho, F. (2023). Educação parental em oncologia pediátrica: Uma scoping review. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 27-37. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11741>

Monteiro, R. M. M. (2022). *Papel parental durante a hospitalização da criança: Perceção dos pais, mães* [Mather's thesis, Escola Superior de Saúde - Politécnico de Viseu]. Repositório IPV. <http://hdl.handle.net/10400.19/7274>

Mustapha, H. A., Couto, L. C. L. V., de Oliveira, A. I. R., de Oliveira, Á. B., Xavier, G. R., Valadares, J. F. M., ... Moretto Lusvarghi, E. F. (2024). *Manejo da dor pós-operatória em crianças submetidas a cirurgias ortopédicas: revisão integrativa*. *Journal of Medical and Biosciences Research*, 1(3), 871–876. <https://doi.org/10.70164/jmbr.v1i3.167>

Nascimento, W., Silva, L., Dias, M., Brito, M. & Neto, J. (2017). Cuidado da equipe de enfermagem na emergência pediátrica: revisão integrativa. *SANARE, Sobral – V.16 n°01 pp. 90-99, Jan/Jun, Disponível em: https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/1099/610*;

- Nordahl, D., Høifødt, R. S., Landsem, I. P., Csifcsák, G., Bohne, A., Pfuhl, G., Rognmo, K., Braarud, H. C., Goksøyr, A., Moe, V., Slinning, K., & Wang, C. E. A. (2020). Newborn behavioral observation, maternal stress, depressive symptoms and the mother-infant relationship: Results from the Northern Babies Longitudinal Study (NorBaby). *BMC Psychiatry*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02669-y>
- Nordahl, D., Rognmo, K., Bohne, A., Landsem, I. P., Moe, V., Wang, C. E. A., & Høifødt, R. S. (2020). Adult attachment style and maternal-infant bonding: The indirect path of parenting stress. *BMC Psychology*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-020-00424-2>
- Oliveira, S. M. B. M. d. (2021). *Elementos facilitadores do processo de comunicação na prestação de cuidados de saúde em contexto pediátrico: Uma revisão scoping* [Master' thesis, Escola Superior de Saúde de Viseu –Politécnico de Viseu].
Repositório IPV.
https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/7014/1/SandraMariaBranquinhoOliveira_DM.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2009). *Linhas de orientação para a elaboração de catálogos CIPE*. Genebra: International Council of Nurses.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde familiar. Lisboa: OE, 4.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/PQCEESaudeFamiliar.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (pp.17-44). Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. [GOBP_ParentalidadePositiva_vf.pdf \(ordemenfermeiros.pt\)](#)

Ordem dos Enfermeiros (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Paiva, N., & Costa, J. (2015). A influência da tecnologia na infância: desenvolvimento ou ameaça? Brasil. <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0839.pdf>

Parrillo, E., Petchler, C., Jacobson, L. A., Ruble, K., Paré-Blagoev, E. J., & Nolan, M. T. (2022). Integrative review of school integration support following pediatric cancer. *Journal of Cancer Survivorship*, 18(2), 325-343. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01276-y>

Pereira, P. & Botelho, M. A. R. (2014). Qualidades pessoais do enfermeiro e relação terapêutica em saúde mental: Revisão sistemática da literatura. *Pensar Enfermagem*, 18(2). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23806/1/Artigo4_61_73%20%281%29.pdf

- Pires, C., Silva, R., Souza, S., & Oliveira, F. (2023). *Vivências da equipe de enfermagem diante do luto parental em terapia intensiva neonatal*. Revista de Enfermagem da UFSM, 13, e11416. <https://doi.org/10.1590/ce.v28i0.86643>
- Proença, R., Vaz, H. & Pais, S. (2021). O papel da formação profissional contínua no processo de humanização do ambiente hospitalar. *On*, 42(4), 30-37. <https://doi.org/10.31877/on.2021.42.04>
- Ramos, A. L., & Barbieri-Figueiredo, M. do C. (2020). *Enfermagem em saúde da criança e do jovem*. Lidel. ISBN 978-989-752-344-1
- Regulamento n. 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II Série, nº 26 (6 fevereiro) (2019). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n. 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, Diário da República: II Série, nº 133 (12 julho) (2018). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2018/07/133000000/1919219194.pdf>
- Relvas, R. (2018). *Implementação e organização da formação em serviço na USF SALUS* [Mather's thesis, Escola Superior de Saúde - Politécnico de Portalegre]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/10400.26/23528>
- Rodrigues, A. (2023). Cuidados centrados na família: Uma abordagem integrativa na enfermagem. *Rev. Bras. de Enferm.*, 76(2), 123-130.

- Rodrigues, I. (2020). Conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento infantil dos filhos em idade pré-escolar: contributos do enfermeiro de família. [Master' thesis, Escola Superior de Saúde de Aveiro]. RIA. <https://ria.ua.pt/handle/10773/29071>.
- Rodrigues, J., Fernandes, S. & Marques, G. (2020). Preocupações e necessidades dos pais de crianças hospitalizadas. *Saúde Soc. São Paulo*, 29(2), 1-14. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020190395>.
- Rodrigues, M., Marques, G., & Silva, S. (2024). Promoção do desenvolvimento infantil na criança/adolescente com doença oncológica: Revisão integrativa da literatura. *Onco.News*, 17(48), Publicação de janeiro a junho. <https://doi.org/10.31877/on.2024.48.02>
- Rosenblatt, M. (2023). *Educar filhos com perturbação do espectro autista: Um olhar parental sobre empatia e gestão construtiva de conflitos* [Dissertação de Mestrado, Universidade Fernando Pessoa]. UFP. <https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/12389>
- Ruas, C. (2019). *Empowerment parental: O contributo do Enfermeiro Especialista em enfermagem de saúde infantil e pediatria para a capacitação parental na comunidade* [Master's thesis, Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP. <http://hdl.handle.net/20.500.12207/4895>
- Sales, D., Silva, L., Rebelato, A., Itiyama, A., Maximiano, D., Marconi, C., Dipieri, M., & Dantas, L., (2022). Atuação da enfermagem na saúde da criança. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research – BJSCR*, 41(2), 101-106. <http://www.mastereditora.com.br/bjscr>

- Santos, M., Silva, J., Góes, B., Santos, N., Araújo, M., & Santos, M. (2020). *Banho em envoltório em bebês prematuros em unidade neonatal: A prática na perspectiva de enfermeiros*. *Revista Rene*, 21, e42454. <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202142454>
- Santos, K. L. A., da Silva Miranda, R., Luísa Alves, C., da Silva, N. I., de Souza Xavier, T., & Gondim Magalhães, A. K. (2022). Entraves na implementação da prática baseada em evidências (PBE) em enfermagem: Revisão integrativa. *Diversitas Journal*, 7(1), 238-246. <https://doi.org/10.48017/dj.v7i1.1491>
- Santos, T. (2014). Nursing interventions to reduce preoperative anxiety in school-age children: An integrative review [Intervenções de enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: Revisão integrativa]. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 149–155. <https://doi.org/10.12707/RIV14001>
- Silva, B. N., Lira, A. L. B. de C., & Pinto, E. S. G. (2023). Análisis de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural de Madeleine Leininger. *Cultura de los Cuidados*, 27(67), 355–374. <https://doi.org/10.14198/cuid.23001>
- Silva, E. M., Silva, D., Aparício, G., Bica, I., Albuquerque, C., & Cunha, M. (2020). Promoção da saúde mental das crianças: Contributos dos enfermeiros. *Acta Paul Enferm.*, 33. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0254>

- Silva, J., Santos, O., Menezes, N., Lopes, A., Melo, S., & Silva, P. (2020). Utilização da prática baseada em evidências por Enfermeiros no serviço hospitalar. *Cogitare Enfermagem*, 26. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.67898>
- Silva, M. P. C., Sampaio, M. V. R., Rocha, N. H. G., Fonseca, L. M. M., Rocha, J. B. D. A., & Contim, D. (2021). Newborn bath: construction and validation of the instrument content. *Rev Bras Enferm*, 74(Suppl 4(Suppl 4)), e20200102. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0102>
- Silva, S., Pires, A., Gonçalves, M., & Moura, M. de J. (2002). Cancro infantil e comportamento parental. *Psicologia, Saúde e Doenças*, III(1), 43–60. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36230104>
- SNS (2020). Programa Nacional de Vacinação 2020. Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2020/09/30/programa-nacional-de-vacinacao-2020/>
- Soejima, T., Sato, I., Takita, J., Koh, K., Maeda, M., Ida, K., & Kamibeppu, K. (2015). Support for school reentry and relationships between children with cancer, peers, and teachers. *Pediatrics International*, 57(6), 1101–1107. <https://doi.org/10.1111/ped.12730>
- Sousa, G. & Souza, C. (2022). Papel do enfermeiro na orientação da lactante no aleitamento materno. *Scire Salutis*, 12 (1), 228-235. <http://doi.org/10.6008/CBPC22369600.2022.001.0025>.

- Sousa, P., Paiva, A., Pereira, F., Parente, P., & Sousa, P. (2022). O exercício parental durante a hospitalização do filho: Modelo de intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados. *Cadernos de Saúde*, 15(1), 4-17. <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2023.11580>
- Souza, T., Macedo, C., Fidelis, A., Bezerra, M., Filha, F., Pereira, M., Silva, R., Reis, M., Gondim, M., & Filho, I. (2020). Modelos teóricos utilizados por enfermeiros para avaliação da família: Reflexão teórica. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12 (4), 1-15. <https://doi.org/10.25248/reas.e2614.2020>
- Succi, R. C. de M. (2018). Vaccine refusal – what we need to know. *Jornal de Pediatria*, 94(6), 574–581. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2018.01.008>
- Torres, J. (2022). Avaliação da dor em procedimentos e do conforto em cuidados intensivos neonatais através do Newborn Infant Parasympathetic Evaluation [Master's thesis, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto]. Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/141798/2/568786.pdf>.
- Vieira, D. de S., Dias, T. K. C., Pedrosa, R. K. B., Vaz, E. M. C., Collet, N., & Reichert, A. P. da S. (2019). Processo de trabalho de enfermeiros na vigilância do desenvolvimento infantil. (2019). *REME-Revista Mineira De Enfermagem*, 23. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20190090>
- Vieira, G. B., Gomes, G. C., Novo, R. M., Peixoto, R. da S., Santos, S. O., & Vidal, E. Z. B. (2024). Manuseio mínimo como instrumento de neuroproteção em

neonatologia: revisão integrativa. *CONTRIBUCIONES A LAS CIENCIAS SOCIALES*, 17(4), e6060. <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.4-121>

APÊNDICES

**APÊNDICE I - CARTAZ: “REDUZIR A ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO:
ESTRATÉGIAS NÃO FARMACOLÓGICAS”**

REDUZIR A ANSIEDADE NO PRÉ-OPERATÓRIO

Estratégias não-farmacológicas



O **jogo terapêutico** consiste num simulador para as crianças manipularem, tendo contato com a rotina operatória (colocação da pulseira de identificação, avaliação dos sinais vitais, colheita de sangue, entre outros).

- Através de programas de preparação pré-cirúrgica como: role play com bonecos;
- Técnicas de relaxamento ou teatro com a participação da criança/adolescente simulando a situação de hospitalização;
- Informações narradas, vídeos informativos e visita hospitalar.



Crianças até aos 3 anos



- Pais calmos e que saibam gerir a sua ansiedade, transmitem confiança e segurança aos filhos;
- Faça-se acompanhar por um brinquedo, um peluche ou objeto preferido da criança para ela ter consigo durante a hospitalização.

Crianças dos 4 até aos 11 anos

- Explique de forma simples e neutra a ida ao hospital;
- Leve uma fotografia ou brinquedo preferido para que o seu filho se sinta sempre seguro, mesmo no momento da separação;
- Incentive o seu filho a colocar questões e angústias ao médico e/ou enfermeiro que o irá acompanhar.



Adolescente dos 12 até aos 17 anos



- Faça com que o adolescente acompanhe as decisões médicas desde o início;
- Incentive-o a colocar dúvidas e medos aos profissionais de saúde;
- Deixe-o levar auscultadores, livros, jogos, telemóvel, consola de jogos que o façam distrair e gerir a sua própria ansiedade;
- Dialogue com o adolescente e faça-o sentir integrado no processo de tomada de decisão durante todo o processo de hospitalização.



Estudantes do 3º Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior Saúde Santa Maria

Autoras:
Ana Patrícia Ribeiro
Lina Pires
Mónica Canales



**APÊNDICE II - PANFLETO: “A GESTÃO DE EMOÇÕES DO ENFERMEIRO DE
PEDIATRIA NO INTERNAMENTO DE HEMATO-ONCOLOGIA FACE À PERDA
E SOFRIMENTO”**

Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica (TEEP)

O Modelo TEEP apresenta soluções de enfermagem que têm como finalidade transformar as vivências das emoções negativas e perturbadoras em bem-estar, crescimento e conforto, a minimizar o *stress* e prevenir situações de *Burnout*.



ESCOLA SUPERIOR SAÚDE SANTA MARIA
Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

A GESTÃO DE EMOÇÕES DO ENFERMEIRO FACE À PERDA E SOFRIMENTO

ENFERMAGEM ONCOLÓGICA
PEDIÁTRICA



“O cuidar de enfermagem profissional centra-se num processo relacional que implica a compreensão da experiência humana das EMOÇÕES”

Paula Diogo, 2023

- Promover um ambiente seguro e afetuoso na equipa;
- Nutrir os cuidados com afeto
- Facilitar a gestão das emoções dos enfermeiros;
- Construir a estabilidade na relação
- Regular a disposição emocional para cuidar



ESTRATÉGIAS PARA A GESTÃO DE EMOÇÕES PARA A EQUIPA DE ENFERMAGEM



- Formação no segundo trimestre sobre a “**Gestão de emoções do Enfermeiro**” associadas a situações como o sofrimento e a morte;
- Treino semanalmente na passagem de turno sobre **estratégias de gestão emocional**: exercícios de respiração; terapia do riso...

- Criação de **espaços de relaxamento**, meditação, yoga, dança ou pintura proporcionados pelas Instituições de Saúde;
- Criação de um site ou **fórum na Intranet** para expressão e discussão de experiências que sejam emocionalmente perturbadoras associadas aos cuidados de enfermagem.



- Criação de contextos de trabalho **saudáveis e positivos** nos quais as emoções são trabalhadas em equipa e os afetos tem lugar, por exemplo “A pausa do café”;
- Realizar sessões frequentes de análise das práticas e de **Journal Club**;

Antor: Patrícia Ribeiro nº 2020042
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Goreti Silva
Enf.ª EESIP Ana Oliveira;
Enf.ª EESIP Mª José Rato



(Diogo, P., 2023)



Scan me!

**APÊNDICE III – PANFLETOS DE ENSINOS REALIZADOS NO CONTEXTO DE
ENSINO CLÍNICO NUMA USF DO NORTE**

NOTAS IMPORTANTES

Não existem recomendações específicas, contudo, para realização de uma dieta vegetariana durante o 1º ano de vida, importante reforçar:

- Quando bem planeada e vigiada uma dieta vegetariana, pode suprir as necessidades nutricionais de uma criança, permitindo o seu crescimento e desenvolvimento normais;
- Uma forma de promover a digestão da proteína vegetal passa por demolhar, descascar, e cozinhá-las em panelas de pressão.
- Até aos 12 meses, as refeições devem ter o mínimo de fibras possíveis. Os alimentos isentos de fibras, como o puré de frutas ou de vegetais, bem como o iogurte de tofu ou soja devem ser tidos como preferência.
- Durante o 2º ano de vida da criança, o consumo de fibras deve ser alvo de atenção pois a velocidade de crescimento mantém-se elevada.
- A dieta vegetariana pode conduzir a alguns défices nutricionais, como a vitamina D e cálcio (afeta o crescimento e a saúde óssea), vitamina B12 (associado a compromisso do desenvolvimento cerebral e do crescimento) e ferro (compromisso do desenvolvimento neuro-cognitivo e motor e da imunidade). É recomendado avaliar a alimentação através de um profissional de saúde e se necessário recorrer ao uso de suplementos.
- As leguminosas ou hortícolas verdes são também fontes ricas em ferro. Alimentos ricos em vitamina C otimizam a sua absorção.

NOTAS IMPORTANTES



Entre todas as dietas vegetarianas, a dieta ovo-lacto-vegetariana é a que se associa a um menor risco no compromisso no desenvolvimento e crescimento dos lactentes e das crianças, devendo ser privilegiada em relação às restantes. No entanto, se forem diariamente utilizados produtos vegetais com um conteúdo nutricional semelhante aos de origem animal, tendo em atenção a biodisponibilidade dos seus nutrientes, é possível satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes e crianças e permitir o seu normal desenvolvimento com qualquer tipo de dieta vegetariana.

Vegetarianismo em Lactentes



Vegetarianismo em Lactentes

Ter uma alimentação vegetariana é algo que tem crescido na Europa, podendo estar associado a questões religiosas, éticas, ambientais ou até mesmo de saúde, tendo crescido bastante no seio familiar, ou seja, crianças e adolescente vivem com este estilo de alimentação.

Segundo a *European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition*, a *American Academy of Pediatrics*, a *American Dietetic Association* e inclusive a *Academy of Nutrition and Dietetics*, referem que *ter uma dieta vegetariana, desde que bem planeada, é possível mesmo na diversificação alimentar*. Sendo capaz de satisfazer as necessidades nutricionais dos lactentes e permitir o seu normal desenvolvimento estado-ponderal e cognitivo.

PRIMEIROS 6 MESES DE VIDA

A OMS defende a **amamentação em exclusivo** durante os primeiros 6 meses de idade. Inclusive sempre que possível, manter a amamentação a par da diversificação alimentar e durante a introdução na dieta familiar, ou seja, até aos 12-24 meses. No entanto, na ausência de leite materno, e caso optem por padrão vegano, recomenda-se as fórmulas infantis com proteína de soja ou com proteína de arroz.

As fórmulas com proteína de soja contêm fitatos, alumínio e fitoestrogénios e as com proteína de arroz podem ter contaminação com arsénio.

Vegetarianismo em Lactentes

6 MESES – 7 MESES

- Aos 6 meses pode ser introduzido o tofu natural (como alternativa à carne ou peixe), numa dose máxima de 30 g/dia, a juntar ao creme de legumes. Oferecer uma peça de fruta (maçã, pera, banana) crua, assada, cozida ou em puré como sobremesa.
- Aos 7 meses, o tofu pode ser adicionado à farinha de pau, açorda, quinoa, entre outros cereais, sempre muito bem cozinhados. Os frutos ricos em vitamina C devem ser consumidos após as refeições com alimentos ricos em ferro, por potenciarem a sua absorção.

As leguminosas (feijão, grão, fava, lentilha e ervilha), preferencialmente de fácil digestão, podem ser introduzidas a partir dos 7 meses sob a forma de puré, sendo uma importante fonte de proteína, fibra, ferro, vitaminas e minerais.

- O consumo de ervilha deve ser ponderado devido ao seu considerável teor em proteína e sódio.
- Progressivamente, pode introduzir-se a soja, devendo ser evitada a soja granulada por se tratar de um alimento processado.

8 MESES

- Introdução do iogurte ou preparado fermentado de soja natural, sem aditivos, como alternativa ao leite ou papa de cereais.
- A gema de ovo pode ser introduzida, de forma gradual, na sopa ou prato principal, em substituição das fontes proteicas vegetais (máximo de 3-4 gemas por semana).
- Outras opções: proteína de cânhamo (máximo 1 colher de café por refeição), o grémio de trigo e o levedura de cerveja (máximo 1 colher de café por refeição aos 8 meses)

Vegetarianismo em Lactentes

9 MESES - 10 MESES

- Clara de ovo pode ser introduzida aos 9 meses, assim como os frutos oleaginosos, o amendoim, o coco e as sementes, desde que bem triturados e sobre vigilância de possíveis reações alérgicas.
- As algas com menor teor de sódio (nori, wakame, arame) podem ser introduzidas em pequenas quantidades, até 3-4 vezes por semana, como complemento do creme de legumes.
- 1 colher de sobremesa por refeição aos 9 meses de levedura de cerveja.



- A alga *hijiki* não é recomendada na infância;
- A alga *spirulina* e cianobactéria *chlorella* contêm cianocobalamina, análogo inativo da vitamina B12, sem qualquer interesse nutricional.

11

MESES—12 MESES

- Pode ser introduzido o *tempeh* (produzido através da fermentação de grãos de soja) e o *seitan biológico* (produzido a partir do glúten de trigo), ambos fontes de proteína vegetal.
- Não é recomendada a adição de molho de soja.
- As bebidas vegetais, como as bebidas de soja, amêndoas e aveia, nunca devem ser introduzidas antes dos 24 meses (preferencialmente aos 36 meses)
- As bebidas de arroz não devem ser introduzidas antes dos 5 anos → contêm vestígios de arsénio inorgânico, considerado carcinogénico.

MEDIDAS A ADOPTAR PARA MINIMIZAR OS RISCOS DE ACIDENTES

- ⇒ Colocar cancelas no primeiro e último degrau, estando estas sempre aparafusadas à parede;
- ⇒ As varandas ou terraços devem ter grades com mínimo de 1,10 m de altura e sem locais onde a criança possa apoiar os pés;
- ⇒ Colocar limitadores de abertura de janelas e portas;
- ⇒ A cadeira de comer deve ser estável, adequada ao peso de bebé;

♦ AFOGAMENTO

- ⇒ o bebé não deve ser deixado sozinho no banho, as cadeiras de banho são perigosas;
- ⇒ ter cuidado com baldes, tanques de lavar a roupa, banheiras e piscinas sem proteção.

♦ INTOXICAÇÕES

- ⇒ medicamentos, produtos corrosivos ou tóxicos, produtos de limpeza devem ser colocados em local alto e fechado;
- ⇒ todos os produtos devem ser mantidos nas embalagens originais, com rótulos de origem;

♦ CHOQUES ELÉTRICOS

- ⇒ optar por tomadas e fichas com alvéolos protegidos, ou colocar protetores de tomadas;
- ⇒ enrolar fios de candeeiros, ou aparelhos elétricos e escondê-los em locais altos e inacessíveis;

MEDIDAS A ADOPTAR PARA MINIMIZAR OS RISCOS DE ACIDENTES

♦ OUTRAS RECOMENDAÇÕES

- ⇒ Fixar móveis e estantes à parede;
- ⇒ Colocar travões em gavetas, limitadores de aberturas de armários;
- ⇒ Colocar protetores em esquinas de móveis que possam ferir;
- ⇒ Não deixar pequenos eletrodomésticos ligados à corrente em bancadas de cozinha.

CONTACTOS QUE PODEM SALVAR VIDAS

- Em caso de Acidente ligue para Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM): 112
- Em caso de Intoxicação ligue para Centro de Informação Anti-Venenos (CIAV): 808 250 143
- Em caso de Doença ligue para SNS24: 808 24 24 24
- Farmácias de Serviço: 118
- APSI: 218 870 161
- SOS-Criança: 800 202 651 ou 217 931 617



Prevenção de acidentes no 1º ano de vida



INTRODUÇÃO

Os acidentes no primeiro ano de vida são uma das causas de incapacidade e até mesmo de morte nos bebés, apesar de muitos serem evitáveis. São vítimas de acidentes como quedas, asfixia, aspiração de pequenos objetos, intoxicações, e queimaduras são uma realidade diária nas urgências hospitalares portuguesas. No primeiro ano de vida, é essencial que as crianças estejam em permanente vigilância, apesar da crença comum de que bebés pequenos apenas dormem e comem, os acidentes podem acontecer ao mínimo descuido.



MEDIDAS A ADOPTAR PARA MINIMIZAR OS RISCOS DE ACIDENTES

♦ TRANSPORTE NO CARRO

A primeira viagem deve ser uma viagem segura.

- ⇒ Verifique se a cadeira é adequada ao peso e à idade do bebé;
- ⇒ Certifique-se que a utiliza sempre voltada para trás e corretamente instalada;
- ⇒ Se o seu carro tiver airbag frontal, não pode nunca instalar a cadeira no banco da frente;
- ⇒ Não devem ser colocadas, mantas, almofadas ou fraldas debaixo do corpo do bebé;
- ⇒ Existem espelhos que podem ser colocados no encosto da cabeça que permitem o contacto visual da criança;

MEDIDAS A ADOPTAR PARA MINIMIZAR OS RISCOS DE ACIDENTES

- ⇒ Em transporte automóvel, mantenha a cadeira da criança voltada para trás, até ser possível ou até pelo menos aos 18 meses, embora a recomendação seja até aos 4 anos.



♦ BERÇO

O berço deve obedecer às normas de segurança europeias, ter em atenção:

- ⇒ a base do berço;
- ⇒ firmeza e tamanho do colchão;
- ⇒ altura e distância entre as grades;
- ⇒ roupa da cama e a posição do bebé no berço.

♦ QUEIMADURAS

- ⇒ Preparar a água do banho: primeiro água fria e só depois a quente;
- ⇒ verificar sempre a temperatura da água antes de mergulhar o bebé;
- ⇒ verificar sempre a temperatura do leite, da sopa e da papa antes de dar ao bebé;
- ⇒ não transportar ou ingerir bebidas quentes com a criança ao colo;
- ⇒ quando a criança começar a sentar ou gatinhar não colocar aquecedores no caminho, colocar protetores de lareira, cuidado com portas do forno.



MEDIDAS A ADOPTAR PARA MINIMIZAR OS RISCOS DE ACIDENTES

- ⇒ Queimaduras solares não se esqueça que os bebés são extremamente sensíveis aos raios solares, mesmo estando à sombra - use sempre protetor solar de grau elevado recomendado pelo seu médico.

- ⇒ Nesta idade, o bebé não deve ir à praia ou a locais muito expostos ao sol, a não ser no início da manhã (até às 10h30) ou ao fim da tarde (depois das 18h30)

♦ ASFIXIA / ESTRANGULAMENTO

- ⇒ a roupa da cama deve ficar à altura dos ombros;
- ⇒ não colocar almofadas, brinquedos, laços, fitas, colares ou fios no bebé;
- ⇒ não colocar o berço ou cama junta a janelas com estores ou candeeiros;
- ⇒ os alimentos sólidos devem ser partidos em pequenos pedaços, evitar alimentos sólidos ou lisos ou duros; evitar gomas e rebuçados;
- ⇒ evitar brinquedos de pequeno diâmetro tais como <32 mm ou 45mm se redondos;
- ⇒ retirar balões vazios e sacos plásticos do alcance da criança.

♦ QUEDAS

- ⇒ nunca deixar o bebé sozinho na cama, sofá, no mda-fralda; apertar sempre o arnés do cda ou da espreguiçadeira;



CONSELHO

Para ajudar a impedir que áreas achatadas se desenvolvam na cabeça do bebé, ele deve passar algum tempo deitado de barriga para baixo, APENAS, quando estiver acordado e sendo observado por alguém.

Os pais podem começar curtos períodos de tempo de barriga para baixo logo depois da alta hospitalar. O tempo de barriga para baixo deve ser aumentado regularmente para, pelo menos, 15 a 30 minutos por dia até o bebé completar sete semanas de idade. Para ajudar a arredondar a cabeça do bebé, os pais devem mudar a direção da cabeça do bebé, enquanto ele dorme no berço.

Deve evitar deixá-lo por demasiado tempo nos assentos dos carros, carrinhos de bebé e berços suspensos.

ATENÇÃO PAIS: Monitores e produtos domésticos que afirmam impedir a síndrome da morte súbita



infantil **NÃO** têm evidência científica suficiente para garantir a eficácia destes aparelhos.

O QUE É A SÍNDROME DE MORTE SÚBITA DO LACTENTE?

O Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL), diz respeito à morte repentina e sem explicação de um bebé, geralmente, durante o sono e acontece maioritariamente no primeiro ano de vida do bebé.

Constitui uma das principais causas de morte no primeiro ano de vida nos países desenvolvidos, excluindo o período de recém-nascido. Acontece sem aviso prévio em bebés aparentemente saudáveis.

QUAIS AS CAUSAS DESTA SÍNDROME?

As causas da SMSL permanecem desconhecidas, podendo estar na sua origem uma multiplicidade de fatores, entre os quais: **genéticos e ambientais**.

POSSÍVEIS FATORES DE RISCO

- ⇒ Dormir em superfícies moles;
- ⇒ Sobreaquecimento;
- ⇒ Tabagismo durante e após a gravidez;
- ⇒ Prematuridade e/ou baixo peso ao nascer;
- ⇒ Partilha da cama com os pais : aumenta o risco de SMSL e o risco de asfixia;



ALGUNS CONTACTOS ÚTEIS

SNS24: 800 24 24 24

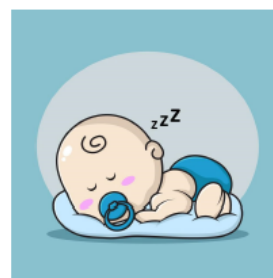
Nº Emergência Nacional: 112

USF Felgaria Rubens: 255 310 923

UOC Felgueiras: 255 312 997



PREVENÇÃO DO SÍNDROME DE MORTE SÚBITA



COMO REDUZIR O RISCO DE SMSL

1. COLOQUE O BEBÉ DE COSTAS PARA DORMIR

- ⇒ Deite o bebé a dormir de barriga para cima, pois o risco de morte súbita aumenta muito quando o bebé é colocado a dormir de lado ou de barriga para baixo.
- ⇒ Dormir de lado não é tão seguro como de costas. Quando são deitados de costas, os bebés não bolsam nem aspiram mais o vômito do que se estiverem em qualquer outra posição.
- ⇒ A posição mais segura é dormir em decúbito dorsal, esta é recomendada pela DGS e consta no boletim de Saúde Infantil;



2. DESTAPE A CARECA DO BEBÉ PARA DORMIR

Não cubra a cabeça do bebé:

- ⇒ não cobrir o bebé acima da linha dos ombros;
- ⇒ mantenha o cobertor preso nas laterais;
- ⇒ os pés devem tocar no fundo do berço.



3. NÃO DURMA COM O BEBÉ NA SUA CAMA

Dormir com o bebé é perigoso e o risco aumenta :

- ⇒ Se fuma;
- ⇒ Se estiver cansado;
- ⇒ Se consumiu álcool;
- ⇒ Se tomou medicamentos que provoquem sonolência;
- ⇒ Nunca adormeça no sofá com o bebé;
- ⇒ O bebé deve dormir num berço apropriado, colocado ao lado da cama dos pais.



COMO REDUZIR O RISCO DE SMSL



4. NÃO AQUEÇA DEMASIADO O BEBÉ

- ⇒ O risco de SMSL pode estar associado ao aquecimento excessivo.
- ⇒ Vista o bebé de forma a estar confortável e não quente.
- ⇒ Verifique a temperatura colocando o dorso da sua mão na nuca ou na barriga do bebé.
- ⇒ Se o bebé tem febre precisa de menos roupa – não o agasalhe em excesso.
- ⇒ A temperatura ideal do quarto deverá estar entre 18º -21ºC.
- ⇒ O colchão deve ser firme e não devem existir espaços entre o colchão e o berço;
- ⇒ Evite ter almofadas, peluches ou objetos soltos no berço

5. COLOQUE O BEBÉ ACORDADO noutras posições

- ⇒ Quando está acordado o bebé pode ser colocado de barriga para baixo para brincar. Assim fortalece os músculos do pescoço e das costas.



6. O USO DE CHUPETA PODE SER UM FATOR PROTETOR

- ⇒ Ofereça uma chupeta ao bebé para dormir mas se ele a rejeitar não force. Se o bebé for amamentado, a chupeta não deve ser oferecida nas primeiras semanas de vida, pois pode prejudicar a adaptação de bebé à mama.



QUANDO RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA, CENTRO DE SAÚDE OU LIGAR SNS24

- ⇒ A criança apresenta febre e tem menos de 3 meses;
- ⇒ Temperatura axilar $>39^{\circ}\text{C}$ ou retal $>40^{\circ}\text{C}$; ou febre com duração a 3 dias;
- ⇒ Sonolência excessiva ou incapacidade em adormecer;
- ⇒ Irritabilidade ou gemido constante;
- ⇒ Não tolerância ao colo;
- ⇒ Dor perturbadora
- ⇒ Convulsão;
- ⇒ Aparecimento de manchas nas primeiras 24 ou 48h de febre;
- ⇒ Respiração rápida ou cansaço;
- ⇒ Tosse com expectoração esverdeada ou acastanhada;
- ⇒ Vômitos repetidos sem tolerância de alimentos;
- ⇒ Dificuldade em mobilizar os membros ou alterações da marcha
- ⇒ Lábios ou unhas roxas e/ou tremores intensos aquando da subida da temperatura.



ATENÇÃO!

- Por rotina não deve usar meios físicos para baixar a temperatura febre (por exemplo banho tépido).
- Utilize inicialmente o arrefecimento natural e posteriormente a administração de fármacos.
- utilize o paracetamol respeitando a posologia prescrita pelo médico.
- nos casos de alergia ao paracetamol poderá administrar-se ibuprofeno. Contudo, não deve dar ibuprofeno nas seguintes situações: varicela, diarreia e vômitos moderados a graves, se a criança tiver uma alergia a qualquer medicamento anti-inflamatória e/ou idade inferior a 6 meses



FEBRE



FEBRE

A temperatura corporal normal situa-se entre os 36°C e os 37°C . Contudo depende:

- Da pessoa e da sua idade;
- Da altura do dia;
- Da parte do corpo em que está a ser avaliada a temperatura.

AValiação CORRETA DA TEMPERATURA

- Na 1ª semana de vida, a temperatura é avaliada na axila de preferência com termómetro digital;
- A partir da 2ª ou 3ª semana de vida a temperatura pode ser avaliada rectal ou axilar;
- A partir dos 3 anos, pode ser avaliada a temperatura timpânica;
- A partir dos 5 anos pode ser avaliada a temperatura oral; timpânica ou axilar.



COMO AVALIAR A TEMPERATURA:

1. TEMPERATURA AXILAR:

- É o método mais usado e prático; difere de uma axila para a outra;
- Deve-se manter o braço sempre encostado ao tronco por cerca de 5 min, posteriormente liga-se o termómetro e aguardar o toque sonoro;
- O termómetro deve ser colocado na posição posterior da axila;
- Considerar febre se temperatura axilar $>37,6^{\circ}\text{C}$.



2. TEMPERATURA RETAL

- Introduzir o termómetro digital no ânus e esperar pelo toque sonoro;
- É o método rigoroso e o que melhor corresponde à temperatura central;
- Considerar febre se temperatura rectal $>38^{\circ}\text{C}$



COMO AVALIAR A TEMPERATURA:

3. TEMPERATURA TÍMPÂNICA:

- É o método mais rápido e higiénico.
- Devem ser realizadas 3 avaliações consecutivas;
- Considerar febre se temperatura timpânica $>37,8^{\circ}\text{C}$;



4. TEMPERATURA ORAL

- Boca permanentemente fechada e avaliar durante 3 minutos, a ponta do termómetro deve ser colocada debaixo da língua;
- Considerar febre se temperatura oral $>37,6^{\circ}\text{C}$



EM CASO DE FEBRE DE UMA CRIANÇA DEVE:

- Manter a criança com roupa fresca e num ambiente não muito aquecido;
- Adequar o vestuário e a roupa da cama à sensação de frio ou calor;
- Administrar antipirético (paracetamol)



O QUE DEVEM OS PAIS FAZER?

Crianças maiores de 1 ano:

A manobra de Heimlich, que consiste em compressões abaixo das costelas, com sentido de cima para baixo, abraçando a criança por trás, até que o objeto estranho seja deslocado da via aérea para a boca e seja expelido para fora.



REPETE ESTES DOIS PASSOS ATÉ O OBJETO SAIR OU A CRIANÇA TOSSIR. CHAMA O 112 SE A CRIANÇA FICAR INCONSCIENTE OU SE O OBJETO CONTINUAR SEM SAIR DEPOIS DE 3 TENTATIVAS.



ENGASGAMENTO O QUE É ?

O engasgamento é quando ocorre a obstrução das vias respiratórias por um alimento ou objeto.

Quando as vias aéreas são bloqueadas, o bebê não consegue respirar e pode desmaiar. Trata-se por isso de uma situação de urgência que pode colocar em risco a vida da criança. O engasgamento ocorre sobretudo em crianças com idade inferior a 5 anos.

Os bebês exploram o mundo à volta deles e muitas vezes levam todo o tipo de objetos à boca. Desta forma, muitas vezes engasgam-se com objetos pequenos que introduzem na boca e acabam por obstruir a garganta. Deve segurar o bebê pelos pés caso não consiga tossir, chorar, emitir sons, ou ficar com tom azulado e dificuldade em respirar.

Primeiro de tudo deve PREVINIR! Ou seja, na altura das refeições não coloque demasiada comida na boca do bebê, não deixe que coma deitado e vigiar a ingestão de alimentos que podem "partir" (ex. banana inteira)



MANOBRAS DE HEIMLICH

Bebês

Criança



Engasgamento



O QUE DEVEM OS PAIS FAZER?

- Ofereça pedaços de comida pequenos e fáceis de se dissolver na boca. **Atenção** se oferecer frutos secos, uvas ou banana sem desfazer, deve vigiar a ingestão destes alimentos.
- O bebê não deve ter comida na boca enquanto fala, gatinha, ri, ou chora. Evite que a criança tenha ao seu alcance moedas, botões, pilhas, peças ou brinquedos que sejam pequenos. Tenha em atenção aos brinquedos que são fornecidos e a respetiva idade que corresponde ao brinquedo.

Caso, o bebê se engasgue e comece a tossir muito, não faça nada, deixe-o terminar, pois pode ser que o objeto ou a comida saia espontaneamente com a tosse.

Se notar que com o engasgamento o bebê fica demasiado aflito e até note que não consegue respirar:

- ⇒ Dê-lhe umas palmadas firmes nas costas. Coloque a criança de boca para baixo sobre o seu braço segurando a cabeça com a sua mão. A cabeça deve estar mais baixa que o corpo. Com a palma da mão dê 5 pancadas fortes no meio das costas, entre as duas omoplatas.



O QUE DEVEM OS PAIS FAZER?

Caso as 5 pancadas nas costas não surtam efeito, faça compressões sobre o peito.

- ⇒ Volte o bebê e coloque-o de cabeça para cima sobre o seu outro braço, sustentando a cabeça com a mão e mantenha a cabeça mais baixa. Com 2 dedos realize 5 compressões no meio do peito.

Repita estas 2 manobras até que as vias fiquem desobstruídas.

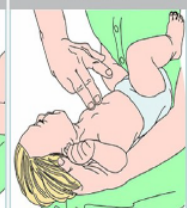
Peça sempre ajuda!! Devem ligar o 112 enquanto fazem as manobras !!

Esta manobra é designada de manobra de Heimlich e deve ser feita em crianças com idade inferior a 1 ano.

PASSO 1



PASSO 2

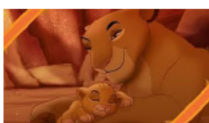




UMA MASSAGEM EFICAZ

Lembre-se que não há um limite oficial para deixar de fazer a massagem. O seu bebé há de arranjar maneira de lhe mostrar que já não quer massagem no seu quotidiano.

Atenção: use apenas os produtos mais naturais (pelo risco de alergia) livres de perfume e de parabenos (conservantes usados em alguns cosméticos).



Lembre-se: mais que fazer a massagem de forma perfeita, é a massagem ser um momento de CONEXÃO e AFETO entre pais e bebé !

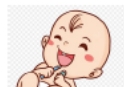


"Nutrir uma criança, sim! Mas não só com leite. É preciso pegá-la ao colo. É preciso acariciá-la, embolá-la e massajá-la. É necessário conversar com a sua pele, falar com as costas que têm sede e fome como a sua barriga."

Leboyer, Frédérick

A UCC de Felgueiras dispõe do Curso de Massagem Infantil toda 2ª-feira das 14h00 até as 15h00, no total de 4 sessões!!

Destina-se a todos os pais e os seus bebés dos 0 aos 12 meses!



Massagem Infantil



O QUE É A MASSAGEM?

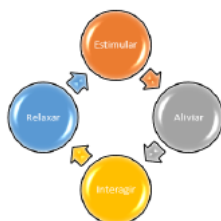
A massagem infantil é um conjunto de técnicas de tem como objetivo fortalecer o vínculo entre o bebé e os pais. Proporciona inúmeros benefícios para o desenvolvimento fisiológico, psicológico e emocional do bebé. A massagem é uma das primeiras formas de comunicação que os pais podem criar com o filho através do toque.

UMA MASSAGEM EFICAZ



Deve ser feita com o bebé relaxado e pode ser feita antes de ir dormir, depois de ter mudado uma fralda, ou depois do banho. O mais importante é que tanto o bebé como os pais estejam disponíveis e calmos para partilharem alguns minutos de cumplicidade. A massagem deverá ocorrer uma hora antes ou depois da refeição. Pode começar a massajar assim que o cordão umbilical cair. Quando o bebé tiver um mês, pode ser massajado durante 5 a 10 minutos. É preferível fazer massagens curtas diariamente do que fazer massagens longas e só de vez em quando.

QUAIS OS BENEFÍCIOS ?



- ⇒ Promove o toque nutritivo;
- ⇒ Promove a comunicação e facilita a vinculação segura;
- ⇒ Relaxamento do bebé e dos pais;
- ⇒ Sono mais tranquilo;
- ⇒ Alívio da ansiedade do bebé e dos pais;
- ⇒ Promoção da segurança parental;
- ⇒ Papel importante na diminuição da depressão pós-parto.
- ⇒ Ajuda no desenvolvimento psico-motor e do sistema nervoso;
- ⇒ Melhoria da circulação;
- ⇒ Alívio das cólicas;
- ⇒ Equilíbrio do sistema imunitário;

OE (2019)

MASSAGEM COMO COMUNICAÇÃO COM O SEU BEBÉ

A massagem do bebé é uma forma de estratégia para facilitar a relação pais-bebé, promovendo o vínculo entre ambos.

A Massagem é muito mais do que um conjunto de técnicas. A massagem permite a proximidade, a construção de uma relação saudável, equilibrada e de respeito mútuo, o que conduz à criação de laços fortes entre pais-filho.

Esta missão de promover o "toque" baseia-se num conjunto de técnicas que se aplicam a qualquer bebé e em qualquer idade.

O bebé aprende a sentir o mundo maravilhoso dos afetos, envolvido num ninho de segurança e amor que o vai ajudar a organizar e regular os seus estádios comportamentais.





Dos 10 aos 12 meses



Nesta fase o bebé já consegue comer os alimentos bem cozidos e em pedaços pequenos.

Deve continuar a oferecer um alimento novo a cada 4-5 dias de forma a desenvolver o paladar do bebé.

- ⇒ Introduzir o peixe gordo (cavala, sardinha, atum, salmão) até 30g/dia
- ⇒ Ofereça água num copo de transição e nunca deixe o bebé a comer sozinho.
- ⇒ Pode oferecer o 2º prato ao bebé de alimentos já introduzidos. Se o prato for de carne/peixe ou ovo, retirar esses alimentos da sopa
- ⇒ Oferecer fruta no final do almoço ou jantar, pois facilita a absorção de ferro presente nos vegetais.
- ⇒ Espinafres, nabo, nabiças, aipo, pimento, tomate ou beterraba devem ser introduzidos preferencialmente a partir dos 12 meses.

Incentive o bebé a comer com as mãos ou colheres, de forma a promover a motricidade fina. Estes alimentos devem ser macios e fáceis de dissolver na boca. Cortar os alimentos de forma a que o bebé possa agarrar com a mão.

SE TIVER DÚVIDAS PODE CONTACTAR O SEU MÉDICO OU ENFERMEIRO DE FAMÍLIA PARA ESCLARECIMENTOS



Pais lembrem-se:



Independentemente do método de alimentação, por colher ou autónoma (baby-led-weaning), o importante é que os pais percebam os sinais de fome e saciedade do seu filho.

A introdução alimentar é crucial no desenvolvimento emocional da criança e na estruturação de comportamentos que conduzem a estilos alimentares saudáveis. E consequentemente estilos de vida saudáveis.

Introduzir um alimento novo, legume ou fruta a cada 4 ou 5 dias.

Ofereça água ou uma colher de água ao bebé nos intervalos das refeições,

Estudos revelam que a capacidade de aceitação da criança de novos sabores parece depender da insistência. Assim, pela evidência científica, são necessárias em média 10-15 tentativas para a aceitação de um novo alimento.



Alimentação no primeiro ano de

Diversificação alimentar



Diversificação Alimentar: o que é?

A diversificação alimentar inicia-se entre os 4 e os 6 meses de idade. A partir dos 4 meses, os bebés estão prontos a iniciar alimentos diferentes do leite. É importante respeitar o padrão nutritivo de cada bebé e a maturidade neuromotora de cada um para que a introdução alimentar ocorra em segurança.

A introdução alimentar deve ser gradual e tranquila de forma a harmonizar a transição de uma alimentação lactea exclusiva para a alimentação familiar. Para que a adaptação aos alimentos sólidos seja segura existem algumas regras:

- ⇒ A introdução do glúten deverá ocorrer entre os 6 e os 12 meses de idade, em doses pequenas, de forma progressiva e com supervisão de possíveis alergias.
- ⇒ O sal e o açúcar NÃO devem ser adicionados à dieta durante o 1º ano de vida.
- ⇒ Alimentos a evitar: mel, sumos/bebidas açucaradas e bebidas de arroz.
- ⇒ O leite de origem animal (ex. de vaca) não deve ser introduzido antes dos 12 meses.
- ⇒ Comece a habituar o bebé a uma rotina de refeições.



Dos 4 aos 6 meses



Deve-se substituir apenas uma refeição de leite por:

- ⇒ Sopa: O puré de legumes deve conter até 4 hortícolas, começando por introduzir na primeira sopa cenoura, cebola branca e batata. A cada 4 ou 5 dias introduzir um novo legume como a alface, o abóbora, a couve-flor, o feijão verde, o curgete, os brócolos, e o alho francês. Sem adicionar sal e colocar uma colher de chá (2,5ml-3 ml) de azeite após a cozedura.
- ⇒ Papa: Pode ser introduzida a partir dos 4 meses. Não dar papas com glúten antes dos 6 meses. A papa deve ser sem sal ou adição de açúcares e pode ser:
 - láctea (preparada com água);
 - não láctea (preparada com leite).
- ⇒ A fruta deve ser introduzida como sobremesa, e não como refeição principal. Deve ser introduzida 3 dias após a introdução da sopa ou da papa de cereais.
- ⇒ Introduzir inicialmente a maçã, a banana, a pera.



Dos 6 aos 9 meses



A partir dos 6 meses já pode introduzir:

- Carne na sopa: 30g/dia. Iniciar pelas carnes brancas (coelho, frango, peru);
- Peixe na sopa: 30g/dia. Iniciar pelos peixes magros (pescada, linguado, solha, raia, abrótea, tamboril). Devem ser cozidos à parte da sopa e depois misturar.
- Pode introduzir novas frutas como a manga, o melão, citrinos ou meloa.

A partir dos 7 meses as consistências das sopas pode ter uma consistência mais grossa e com pequenos grumos. Nesta fase pode adicionar o arroz ou a massa na sopa, desde que bem cozidos.

Entre os 8 e os 9 meses o bebé já consegue comer os alimentos bem cozidos e em pedaços pequenos.

- Introdução da gema de ovo na sopa em substituição da carne/peixe. 1ª semana- 1/2 gema. Na 2ª semana 1 gema. 3ª semana ovo na totalidade. Sem exceder os 3 ovos por semana!
- Introdução do iogurte natural sem açúcar. Pode juntar bolacha ou fruta, como opção de lanche.



QUANDO RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA, CENTRO DE SAÚDE OU LUGAR SNS24

- Assegurar que o bebé tem o nariz desobstruído, especialmente durante as mamadas;
- Otimizar a adaptação da boca do bebé ao mamilo ou à tetina durante as mamadas;
- Nas mamadas por biberão, preencher bem a tetina com leite;
- Dar ao bebé oportunidade para arrotar a meio e no final das mamadas, mantendo-o em posição vertical;
- Introduzir alterações na alimentação da mãe, evitando alimentos que lhe provoquem aerocolia;
- Para os bebés alimentados com leites adaptados, respeitar rigorosamente as doses indicadas para a preparação do biberão.

Em alguns casos em que se justifique, o médico de família poderá também aconselhar alguma medicação que ajude a acalmar e aliviar as cólicas. Assim em caso de dúvidas contacte o seu médico ou enfermeiro de família!



O QUE SÃO CÓLICAS

A cólica é uma dor abdominal que se deve à tensão emocional e/ou imaturidade gastrointestinal e à deglutição excessiva de ar, sendo agravada pela ingestão de ar durante as mamadas e pela presença de gases no intestino.

Costumam aparecer nos primeiros 15 dias de vida do bebé, podendo durar cerca de 3 a 4 meses. É uma situação transitória!

O QUE PODE CAUSAR CÓLICAS ?

As causas para as cólicas ainda não estão bem definidas, no entanto, têm influência dos seguintes fatores:

- Ingestão de ar durante as mamadas, que leva à formação de gases no intestino;
- o tipo de alimentação;
- a condição física do bebé;
- a irritação, cansaço ou ansiedade transmitidos pelos pais.

SINAIS QUE O SEU BEBÉ ESTÁ COM CÓLICAS

- Chora intensamente e não há nada que o console;
- Fica irritado, fica inquieto e fica vermelho;
- Testa enrugada, olhos cerrados e a face congestionada;
- Fica com a barriga inchada e tensa;
- Flete e encolhe as pernas até à barriga;

LEMBRE-SE SEMPRE QUE O BEBÉ NÃO SABE O QUE ESTÁ A ACONTECER E QUE NECESSITA DE CALMA E CARINHO PARA O AJUDAR.



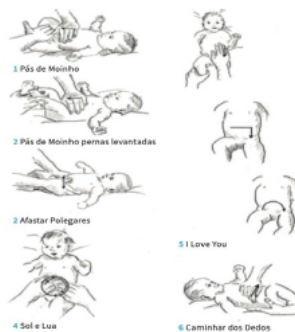
SINAIS QUE O SEU BEBÉ ESTÁ COM CÓLICAS

- Estes períodos de choro inconsolável, geralmente ocorrem ao fim do dia, mesmo depois de o bebé já ter sido alimentado, mudada a fralda.
- Com breves pausas, o choro pode prolongar-se por horas, o que traz aos pais sentimentos de frustração e impotência.

COMO ALIVIAR AS CÓLICAS ?

Para aliviar o bebé nas cólicas e até mesmo prevenir estes episódios, existe a massagem abdominal que consiste nos seguintes passos:

1º Pousar as mãos; 2º Pés de Moinho - 6 vezes; 3º Joelhos à barriga - 6 segundos; 4º Sol e Lua e 5º Joelhos à barriga - 6 segundos.



CÓLICAS NO RECÉM-NASCIDO



Trabalho realizado em Maio de 2024

Trabalho realizado: Enf.ª Patrícia Ribeiro aluna do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola de Saúde Santa Maria
Supervisão: Enf.ª Vera Correio

PODE AINDA PARA ALIVIAR AS CÓLICAS FAZER:

- Colocá-lo de barriga para baixo sobre o seu antebraço, eles adoram esta posição; dê-lhe palmadinhas ritmadas e suaves nas costas e no rabinho.
- Pegue no bebé ao colo, e coloque-o de maneira que o peito dele fique contra o seu e ele possa olhar por cima do seu ombro;
- Acalmar carinhosamente o bebé, embalando-o, falando ou cantando-lhe suavemente;
- Colocar uma toalha aquecida ou um saco de água quente sobre a barriga do seu bebé;
- Um banho de água morna também pode resultar: relaxa o bebé e favorece a eliminação dos gases;
- Pode ainda fazer: almofada anti cólicas (tecido algodão 20*20, material de costura, arroz vaporizado e alfazema).
- Realizar manobras que ajudem a expulsar os gases presentes no intestino. Para isso, massajar cuidadosamente a barriga do bebé, com um creme gordo que facilite o deslizar das mãos.
- Dobrar suavemente as perninhas do bebé em direção à barriga, de modo a facilitar a expulsão dos gases acumulados. Estas manobras não devem ser realizadas imediatamente a seguir à mamada;



**APÊNDICE IV - FORMAÇÃO: “ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA AS PESSOAS
LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANS E INTERSEXO - VOLUME 1 -
PROMOÇÃO DA SAÚDE DAS PESSOAS TRANS E INTERSEXO”**

Certificado de Participação

Declara-se que **Ana Patrícia Silva Ribeiro** participou como formanda na ação de formação em contexto de formação interna da USF Felgaria Rubeans, na formação ***"ESTRATÉGIA DE SAÚDE PARA AS PESSOAS LÉSBICAS, GAYS, BISSEXUAIS, TRANS E INTERSEXO"*** no dia 29 de Maio de 2024.

Felgueiras, 31 de Maio de 2024

Assinado por: **IVONE PATRÍCIA MACHADO DA MOTA**
Num. de Identificação: 12501317
Data: 2024.07.20 07:39:31+01'00'

(Dr.ª Ivone Mota, Coordenadora USF Felgaria Rubeans)

APÊNDICE V - PANFLETO - VACINAÇÃO

PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO (PNV, 2020)

- O PNV é universal, gratuito e está acessível a todas as pessoas residentes em Portugal;
- Através da vacinação pretende-se a imunização e/ou a diminuição do número de casos graves.
- As vacinas do PNV são administradas no Centro de Saúde;

Se, após os ensinamentos sobre os benefícios da vacinação e os possíveis efeitos adversos, existir uma decisão informada de não adesão, deve ser deixado documento escrito e assinado pelos pai/mãe/representante legal;



Na idade pediátrica, são recomendadas 13 vacinas, com doses de reforço incluídas.

- A criança não precisa de estar em jejum para as vacinas; a amamentação pode ser utilizada como medida não farmacológica para controlo da dor;
- Se a criança estiver doente (com ou sem febre), mesmo a fazer antibiótico, podem ser administradas as vacinas.
- Não deve ser administrado paracetamol antes ou após as vacinas, porque pode alterar a imunização, exceto na vacina Men-B, que se prevê surgimento de febre e se pode administrar paracetamol 30 minutos antes para minimizar a sintomatologia;

NOTAS IMPORTANTES:

- Após a vacinação, podem surgir reações leves que não necessitam de tratamento (choro persistente; dor, rubor, edema e endurecimento no local de administração, ligeiro aumento da temperatura basal) – Não há evidência que o gelo possa aliviar estes sintomas;
- Em casos de convulsão febril após a vacinação, esta não é contraindicação para administrações posteriores, pois pode ser utilizado o paracetamol para evitar novos episódios.

A vacina para a tuberculose (BCG) deixou de estar incluída no plano, sendo administrada apenas aos grupos de risco (zona de residência, casos na família, baixo peso ao nascimento). Atenção que pode surgir nódulo vermelho que evolui para uma vesícula, seguida de uma úlcera, em 2 a 4 semanas. Esta reação desaparece em 2 a 5 meses, deixando uma cicatriz superficial. Não devem ser aplicados desinfetantes, pomadas ou pensos no local da reação e não provoca febre a BCG!

- Vacina contra o Rotavírus – Administração oral, não provoca reações locais, pode provocar febre, diarreia, vômitos, coriza.
- Vacina MenACWY – Pode provocar dor, rubor e tumefação, febre, irritabilidade, sonolência,

arrepio, anorexia, náuseas, diarreia, vômitos e mialgias

CONSELHOS DE OURO



- As reações locais como são comuns, não são motivo para preocupação, mesmo que causem desconforto, e podem durar 1 a 3 dias - nestas situações pode aplicar gelo local, várias vezes ao dia (por curtos períodos e nunca em contato direto com a pele).
- Podem surgir também as reações sistémicas, como a febre, irritabilidade e desconforto – nestes casos pode administrar antipirético (paracetamol) na dosagem adequada à idade e ao peso da criança.
- Depois da toma de uma vacina, a criança pode sentir sonolência, fadiga, anorexia – é aconselhado oferecer alimentos leves ao longo do dia (sopa, fruta cozida), água para garantir a hidratação. O sono e o descanso também ajudam na recuperação.



PROGRAMA NACIONAL DE VACINAÇÃO (PNV, 2020)

	A nascença (1 na coxa direita)	☐
	1ª VHB (Hepatite B)	
	2 MESES (3 vacinas – 2 na coxa direita + 1 na coxa esquerda)	☐
	Hexavalente: 2ª VHB + 1ª DTP (Tétano, Difteria e Tosse Convulsa) + 2ª VHB (Hepatite B) + 1ª VP (Poliomielite) + 1ª MenB (Neisseria meningitidis B)	
	4 MESES (3 vacinas – 2 na coxa direita + 1 na coxa esquerda)	☐
	Posteavalente: 3ª DTP + 2ª VHB + 2ª VP + 2ª MenB	
	6 MESES (3 vacinas – 2 na coxa direita + 1 na coxa esquerda)	☐
	Hexavalente: 3ª VHB + 3ª DTP + 3ª VHB + 3ª VP + 3ª MenB	
	12 MESES (4 vacinas – 2 no braço direito + 2 no braço esquerdo)	☐
	3ª MenB + 1ª VASPR (Sarampo, Parotidite epidémica e rubéola) + 1ª MenC (Neisseria meningitidis C)	
	18 MESES (1 vacina – braço direito)	☐
	Posteavalente: 4ª DTP + 4ª VHB + 4ª VP	
	5 ANOS (2 vacinas – 1 no braço direito + 1 no braço esquerdo)	☐
	Tetraavalente: 5ª DTP + 5ª VP + 5ª VHB + 5ª VASPR	
	10 ANOS (2 vacinas – 1 no braço direito + 1 no braço esquerdo)	☐
	Reforço do tétano (depois aos 25, 35, 45 anos e passa para 10 em 10 anos)	
	HPV (Vírus do Papiloma Humano) – 2 doses com um intervalo de 6 meses.	☐

VACINAS EXTRA-PLANO RECOMENDADAS

Vacina contra a Gastroenterite provocada pelo Rotavírus	
Rotateq	Rotarix
*Oral * 3 Doses, com início após as 6 semanas	*Oral * 2 Doses com início após as 6 semanas e intervalo de 4 semanas entre as doses.

Vacina Contra o Neisseria meningitidis A, C, W-135 e Y

Nimerix

* Administrar por injeção intramuscular, com início após as 6 semanas;

* O nº de doses, depende da idade;

- 6 Semanas – 6 meses: 2 doses + reforço aos 12 meses (substitui a vacina do plano Men-C);
- 6-12 Meses: 1ª dose aos 6 meses e reforço aos 12 meses;
- 12 Meses: 1 dose única que substitui a do plano;
- Acima dos 12 meses: 1 dose única.



VACINAÇÃO

PLANO NACIONAL DE VACINAÇÃO



Trabalho realizado em Maio de 2024

Trabalho realizado: Enfª Patrícia Ribeiro aluna do Mestrado de Saúde Infantil e
Pediátrica da Escola de Saúde Santa Maria
Supervisão: Enfª Vera Correia

