



INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA: ESTRATÉGIAS PARA A HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS À CRIANÇA

Sara Garcia Tomás

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orientado pela Professora Doutora Goreti Marques e coorientada pela Professora Sofia Silva e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria

Janeiro de 2023

Porto

“A persistência é o caminho do êxito”

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

Às minhas orientadoras Goreti Marques e Sofia Silva por toda a ajuda, disponibilidade e incentivo constante.

Às Enfermeiras orientadoras que me acolheram e me transmitiram o seu conhecimento e experiências profissionais nos locais de estágio, fundamentais para o meu crescimento profissional, enquanto Enfermeira Especialista.

Aos meus colegas de turma e amigos, em especial à Teresa, por me acompanhar ao longo deste percurso.

Aos meus colegas do serviço de Neonatologia, por todas as palavras positivas e ajuda imprescindível durante a realização desta especialidade.

Aos meus pais e ao Américo, por toda o apoio e força que me transmitiram, que foram fulcrais para concretizar esta etapa.

CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

APA	<i>American Psychological Association</i>
CPAP	<i>Continuous Positive Airway Pressure</i>
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral de Saúde
EDIN	<i>Échelle de Douleur et d'Inconfort du NouveauNé</i>
EESIP	Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipas Locais de Intervenção
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EVA	Escala Visual Analógica
FLACC-R	<i>Face, Legs, Activity, Cry, Consolability-Revised</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
OE	Ordem dos Enfermeiros
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
RN	Recém Nascido
SNIPi	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
WHO	<i>World Health Organization</i>

RESUMO

Introdução: A hospitalização confere vulnerabilidade quer à criança doente quer à família, desencadeando sentimentos como o medo e insegurança. Ambos são colocados num ambiente desconhecido, com novas rotinas, equipamentos, regras, estímulos, pessoas, procedimentos dos quais poderá resultar dor. Perante esta problemática, o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica deve procurar intervir humanizando os seus cuidados, de forma a colmatar os sentimentos negativos resultantes do impacto da hospitalização,

Objetivos: Desenvolver capacidade crítica e reflexiva relativa a todo o processo de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica nos diferentes contextos da prática clínica; realizar uma Revisão Integrativa da Literatura relativa à temática da Humanização dos cuidados à criança e desenvolver uma proposta de intervenção que dê resposta às necessidades identificadas.

Metodologia: No primeiro capítulo foi utilizada uma metodologia crítico-reflexiva e no segundo capítulo uma Revisão Integrativa da Literatura. A pesquisa foi efetuada nas bases de dados disponíveis do motor de busca EBSCO (CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina) com a expressão de pesquisa: child, hospitalized AND nurs* OR pediatric care AND (humanization OR health facility environment OR culturaly competent care).

Resultados: Da pesquisa efetuada, obteve-se uma mostra final de 6 artigos, publicados entre 2012 e 2022, de acordo com os critérios de pesquisa previamente definidos. Verifica-se que a maioria dos estudos fazem referência à ludoterapia como uma intervenção que deve ser utilizada pelo Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica na humanização dos cuidados, seguida do cuidado centrado na família e a estrutura e ambientes organizacionais.

Conclusão: Este trabalho pretende fundamentar para intervenções que favoreçam a humanização, de forma a melhorar a qualidade dos cuidados e potenciar um crescimento e desenvolvimento saudáveis das crianças. Será importante, para isso, promover a formação dos profissionais, para que a ludoterapia seja um fator preponderante, pensando nas estruturas e ambientes adaptados a cada etapa de desenvolvimento, sendo estes cuidados centrados nas famílias.

Palavras-chave: enfermeiro, especialista em saúde infantil e pediátrica, criança, hospitalização, humanização, cuidados centrados na família.

ABSTRACT

Introduction - Being Hospitalized gives a feeling of vulnerability to both the sick child and the family, triggering feelings such as fear and insecurity. Both are placed in an unfamiliar environment, getting used to new routines, equipment, to many different people and even to some procedures that may be painful. Faced with these issues, pediatric health specialist nurses must try to humanize their care, to overcome the negative feelings resulting from the impact of being in a hospital, in many cases, for long periods of time.

Goals – To develop critical and reflective capacity related to the entire process of acquiring skills as a pediatric health specialist nurse in different contexts of clinical practice; carrying out an Integrative Literature Review on the topic of the humanization of childcare and developing an intervention proposal that responds to the identified needs.

Methodology - A critical-reflexive methodology was used in the first chapter and an Integrative Literature Review in the second chapter. The research was carried out in the available databases of the research engine EBSCO (CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials e MedicLatina) with the search expressions: child, hospitalized AND nurs* OR pediatric care AND (humanization OR health facility environment OR cultural competent care).

Outcomes - From the research carried out, a final sample of 6 articles was found, published between the years 2012 and 2022, according to the previously defined research criteria. It was found that most studies referred “*play therapy*” as a practice that should be used by the specialist nurse in Child Health and Paediatrics in the humanisation of care, followed by family-centred care and organisational structures and environments as well.

Conclusion: This work aims to support practices that promote, not only humanization to improve the quality of care, but also the healthy growth and development of children.

To achieve these goals, it is essential to promote the training of professionals, so that “*play therapy*” becomes a preponderant factor, having into account structures and environments adapted to each stage of development, being this care centered on families.

Keywords: nurse, child, pediatric health specialist, hospitalization, humanization, family-centered care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	8
1. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	10
1.1. CUIDA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.....	11
1.2. PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM	17
1.3. ASSISTE A CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA, NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE	20
2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	26
2.1. PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO.....	26
2.2. METODOLOGIA	28
2.3. RESULTADOS.....	30
2.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	32
2.5. DISCUSSÃO	33
a. Ludoterapia.....	33
b. Estrutura e ambientes organizacionais.....	35
c. Cuidado centrado na família.....	36
2.6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO	37
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
APÊNDICES	50
APÊNDICE I – APRENDER A PREVENIR – 1 AOS 4 ANOS	
APÊNDICE II – ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA	
APÊNDICE III – APRENDER A PREVENIR – CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS	

INTRODUÇÃO

No âmbito da Unidade Curricular do Módulo IV: Relatório, inserido no Curso de Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria foi proposta a realização do Relatório intitulado Intervenções do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP): Estratégias para a Humanização dos Cuidados à Criança, que pretende espelhar o processo de desenvolvimento das Competências do EESIP.

Este relatório tem como objetivos: desenvolver capacidade crítica e reflexiva relativa a todo o processo de aquisição de competências de EESIP nos diferentes contextos da prática clínica; realizar uma Revisão Integrativa da Literatura relativa à temática da humanização dos cuidados à criança e desenvolver uma proposta de intervenção que dê resposta às necessidades identificadas a partir da questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados na hospitalização da criança em idade escolar?”. A escolha desta temática emergiu pelo interesse da prática clínica, surgindo uma inquietação perante a importância deste conceito e, por isso, a necessidade de aprofundar e desenvolver conhecimentos.

A humanização é conhecida como um dos pilares para alcançar a melhoria da qualidade de cuidados de saúde e a ação dos enfermeiros neste processo tem como finalidade obter o bem-estar das crianças e família (Lopes, 2021). Assim, o cuidado à criança torna-se desafiante pela vulnerabilidade deste grupo etário e pelo impacto que a hospitalização desencadeia (Dal’Bosco et al, 2019). Para colmatar a ansiedade e *stress* durante a hospitalização é preponderante a adoção de intervenções que facilitem este processo, e promovam efetivamente a humanização dos cuidados, facilitando a promoção da vinculação com os pais e a criação de empatia com os profissionais de saúde (Dal’Bosco et al, 2019). Em suma, este trabalho pretende perceber e sustentar as intervenções de enfermagem que promovem a humanização nos cuidados do EESIP, atendendo ao cuidar da criança e família de forma holística.

Este documento é constituído por uma análise crítico reflexiva das intervenções desenvolvidas em contexto de prática clínica fundamentadas com evidência científica; posteriormente é justificada a temática e apresentada a metodologia – Revisão Integrativa da Literatura. Para finalizar, será apresentada uma proposta de intervenção, conclusão e

as referências bibliográficas que sustentaram todo este trabalho. De salientar que se seguiu as orientações da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM) e as diretrizes para a realização das citações em texto e referências bibliográficas, de acordo com a 7.^a edição das normas da APA (*American Psychological Association*).

1. PROCESSO DE AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

A atribuição do título do EESIP pressupõe que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns às restantes áreas de especialidade, aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde.

O Enfermeiro Especialista tem um papel crucial na otimização dos cuidados de enfermagem no que respeita à gestão e resposta da equipa com a finalidade de garantir a segurança e a qualidade dos cuidados (Assoni et al, 2021). Neste sentido, a formação específica torna-se fulcral para o desenvolvimento de competências potenciadoras da responsabilidade profissional, ética e legal; da gestão dos cuidados e da prestação de cuidados de excelência, que possam dar resposta às necessidades da criança e família (Diário da República, 2019).

A realização do processo de aquisição de competências do EESIP desenvolvido ao longo dos contextos clínicos: internamento médico cirúrgico pediátrico, serviço de urgência pediátrica, neonatologia e cuidados na comunidade foi elaborado tendo em conta os domínios supramencionados e as competências específicas.

Segundo a OE (2011), considera-se criança todos os seres humanos com idade inferior a 18 anos que estão dependentes dos cuidados da sua família, que lhe proporcionam a satisfação das suas necessidades, permitindo um crescimento e desenvolvimento saudável e a aquisição de conhecimentos e capacidades necessárias à sua independência e autonomia.

É crucial, deste modo, compreender que o EESIP rege a sua prática num conjunto de competências específicas: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Diário da República, 2019).

1.1. CUIDA DA CRIANÇA/JOVEM E FAMÍLIA NAS SITUAÇÕES DE ESPECIAL COMPLEXIDADE.

A criança é o grupo etário priorizado de atenção à saúde pelo que é pressuposto que se implemente uma resposta sistematizada que favoreça o processo dos cuidados de enfermagem (Hanzen et al, 2019). Nesta linha de pensamento, cuidar da criança/jovem e família implica que o EESIP mobilize recursos nos cuidados de saúde de acordo com a sua complexidade, recorrendo a diversas abordagens e terapias (Diário da República, 2019).

Durante este percurso formativo, foi basilar reconhecer as funções vitais da criança/jovem de modo a ***reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem apropriados***. Nos diferentes contextos de estágio, foi possível acompanhar momentos de instabilidade clínica da criança, permitindo aprofundar conhecimentos e desenvolver competências para rapidamente identificar e desencadear a sua resolução, com o objetivo de atuar antecipadamente na sua prevenção. O primeiro contacto que se estabelece com a criança em contexto assistencial é maioritariamente a nível hospitalar, em contexto de urgência pediátrica. A triagem é caracterizada por um sistema de priorização de doentes, que após análise de critérios faz uma seriação das crianças, sinalizando aquelas que se encontram em risco de vida (Cabrera, 2017). Na Urgência Pediátrica foi possível realizar triagem no acolhimento das crianças em situação de emergência e risco. Neste momento era avaliada a sintomatologia da criança/jovem e determinada a sua prioridade de atendimento, com a respetiva identificação e encaminhamento, sendo um momento crucial na identificação de situações imediatas de instabilidade vital e do risco de morte.

A sociedade, na sua generalidade, não aceita a doença, dor e/ou sofrimento nas crianças, visto que nesta fase existe a ideia de saúde na sua plenitude e a expectativa que o futuro decorra sem grandes dificuldades (Boto, 2014). Nos cuidados de enfermagem à criança, a doença crónica ou transitória exige cuidados diferenciados por parte do EESIP, e por isso, ***promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade***.

A adaptação da criança doente, requer uma especial atenção da parte do EESIP, constituindo o papel parental como foco primordial na sua prática dos cuidados (Ribeiro, 2018). A intervenção na promoção do papel parental consiste na facilitação da aceitação

e adaptação à doença e limitações associadas, através da educação para a saúde, promovendo a modificação das rotinas diárias e diminuindo o impacto da perturbação emocional e a resolução dos múltiplos problemas existenciais e educacionais (Santos, 2019).

Uma criança só deverá ser hospitalizada quando os cuidados de doença não possam ser prestados no domicílio ou em unidades de saúde tais como: consulta externa ou hospital de dia, conforme descrito na Carta da Criança Hospitalizada e publicada pelo Instituto de Apoio à Criança (1996).

A hospitalização representa para a criança uma situação nova, diferente de todas as outras que até então conheceu e por isso, geradora de angústia, tensão e insegurança, tanto para a criança como para os seus pais, acumulando muitas situações desagradáveis: novos horários, exames potencialmente dolorosos, afastamento do ambiente familiar, abandono da atividade escolar, falta de estímulos sensoriais e sociais, entre outros (Serra, 2019; Sossela & Sager, 2017). Porém, também é possível fazer da hospitalização uma experiência positiva. Uma forma de minimizar reações traumáticas à separação e à dor resultante de determinados procedimentos na hospitalização, é preparar devidamente a criança e família. Assim, compete ao EESIP selecionar as estratégias mais adequadas, bem como as necessidades e recursos disponíveis.

Ao longo dos estágios, foi possível constatar que, por exemplo, uma intervenção cirúrgica na maior parte das vezes requer hospitalização e que, este processo, é gerador de stress, do qual podem resultar sentimentos como medo, abandono e culpa, dificultando os cuidados de enfermagem (Leite et al, 2017). A hospitalização é um período que pode alterar o padrão de vida da criança, nomeadamente alguns hábitos como por exemplo, alimentação, sono, socialização com os amigos e restante família (Marques, 2016). Na prática clínica, foi utilizado em conjunto com as crianças e pais, técnicas de relaxamento e estratégias para promover a distração e abstrair do ambiente e contexto envolvente. Dependendo do estadió de desenvolvimento infantil e faixa etária de cada criança, sempre que possível, e com o objetivo de promover o seu bem-estar, foram criados momentos lúdicos e de interação com outras crianças, utilizando para isso algumas estratégias como: a leitura de histórias, teatros com fantoches, jogos didáticos e interativos, desenhos, música, cânticos de canções escolhidas pelas crianças, entre outras. Durante o estágio realizado no internamento de medicina pediátrica, de forma a diminuir o isolamento da

hospitalização com a família, uma das estratégias adotadas conjuntamente com a criança foi ajudar a escrever uma carta ao pai que trabalhava no estrangeiro, uma vez que a criança referia que a sua elaboração promovia uma sensação de proximidade, a diminuição do impacto do afastamento gerado pela hospitalização, e da tristeza que lhe desencadeava o internamento. Além disso, era possibilitada a realização de videochamadas para os irmãos/família e amigos. Aos pais, na fase de internamento, foi incentivada a comunicação com os pares que estivessem numa fase mais evolutiva da doença ou com voluntários/alunos/estagiários para partilhar os medos e angústias, como estratégias de *coping* para promover a sua resiliência.

O EESIP tem um papel ativo junto dos pais, assumindo a função de ouvir, compreender e promover a sua adaptação face a este problema, que apesar de transitório, causa grande impacto nesta fase. Neste sentido, a sua intervenção passa pela identificação das necessidades e dificuldades dos pais, facilitando o desenvolvimento de estratégias de *coping* adequadas, que incluem técnicas de relaxamento e uma orientação para a comunicação com os pares, com situação semelhante de doença, para que se possam inserir nos cuidados de forma mais tranquila, proporcionando-lhes um adequado apoio social, que inclua recursos do tipo material, informativo e emocional (OE, 2008; Igreja 2012; Antão et al, 2018). Assim, o EESIP deverá compreender e priorizar os sentimentos vivenciados pela família, garantindo apoio, para que estes consigam lidar com os problemas vivenciados, assim como no planeamento de estratégias para os ultrapassar (Antão et al, 2018).

Ao longo dos contextos assistenciais, o serviço de urgência pediátrica foi aquele em que mais se verificou a potencialização dos sentimentos negativos imediatos, como ansiedade e o medo das crianças e família, uma vez que era o local, onde, na maior parte das vezes, eram informados do diagnóstico da doença que os iria acompanhar, provisória ou cronicamente (Batalha, 2017). Para tranquilizar os pais, diminuindo o impacto dos sentimentos negativos, torna-se imprescindível que o EESIP demonstre disponibilidade para responder às dúvidas existentes relativas ao problema vivenciado. A presença do EESIP promove conforto e maior segurança à criança e sua família e, por sua vez, diminui o impacto da hospitalização. Cabe também ao EESIP, na fase da hospitalização das crianças, prestar um acompanhamento pormenorizado no processo de aceitação da doença promovendo educação para a saúde e estando atento à fragilidade que as doenças

crônicas possam causar na dinâmica familiar (Silva, 2019). É fundamental que o EESIP ajude as famílias a lidarem com este processo de doença crônica, como é o caso da Diabetes Mellitus tipo I. Neste contexto de estágio, foi possível realizar o acompanhamento de uma criança com diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo I, na transição do internamento para a consulta externa e para o centro de saúde. Na fase de internamento e na preparação para a alta é importante realizar ensinamentos o mais precocemente possível a estas crianças e famílias, na medida em que os pais recebem a informação sobre os cuidados a prestar à criança no domicílio promovendo a capacitação parental. Numa fase posterior, de forma a dar continuidade aos cuidados, devem ser programadas consultas de enfermagem com o objetivo de reforçar os conhecimentos de acordo com as necessidades identificadas. Para estas crianças com diabetes inaugural, o apoio familiar é fundamental, pois para além de impulsionar o processo de aceitação da doença, também fomenta ao seu controlo, na aquisição de comportamentos saudáveis, como na alimentação e na prática de exercício físico. Assim, para que ocorra uma adaptação progressiva à doença e para que se promova a qualidade de vida das crianças e famílias, é necessário que estas estejam motivadas a aprender, e a ter uma participação ativa e colaboração constante com o EESIP (Santos, 2019). A motivação das crianças e famílias, bem como a sua participação e colaboração são algumas das estratégias adotadas. De realçar a importância da articulação das várias instituições de saúde (unidade hospitalar, consulta externa, e centro de saúde) para a continuidade dos cuidados à criança e para um acompanhamento progressivo, mais completo e organizado, estabelecendo uma relação de abertura e diálogo com a família, disponibilizando a informação, facilitando a expressão dos significados atribuídos e emoções sobre a doença, e promovendo estratégias para aumentar o sentido de autoeficácia e de controlo dos pais (Santos, 2019).

Outro fator de extrema importância a ter em conta no contexto da prática clínica é a dor, sendo competência do EESIP ***fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas***. A dor é um aspeto a ter em conta na temática da saúde, sendo, por isso, considerada como quinto sinal vital (Magalhães, 2020). É imprescindível que o EESIP observe e comunique com as crianças e família sobre a dor sentida, que reflitam nas experiências passadas, se reconheça a possível reação a estímulos dolorosos e se identifiquem estratégias que diminuam a dor e o sofrimento, assim como a dor e o *stress* causado pela mesma (Batalha, 2010; Ulisses et al, 2017).

Ao longo dos diferentes contextos de estágio, verificou-se que muitas famílias tinham dificuldade em identificar e reconhecer a dor na criança, principalmente quando associada a faixas etárias mais baixas, confundindo frequentemente dor com irritabilidade. Os pais tinham tendência a valorizar a dor associada a outros sintomas mais quantificáveis, como febre, agitação noturna, alteração do padrão alimentar, gemido, prostração, entre outros. Desta forma, sentiu-se necessidade de capacitar a família para a avaliação da dor da criança, sendo para isso essencial recorrer a estratégias de avaliação do comportamento físico (movimento dos membros, a sua agitação e o fâcias) e do comportamento psicológico (manifestado pelo choro, gemido, a prostração e avaliação dos sinais vitais), uma vez que estes parâmetros alterados poderão indicar sinais de desconforto (Srouji, Ratnapalan & Schneeweiss, 2010; Marques et al, 2016; Ulisses et al, 2017). Esta capacitação da família foi fundamental ao longo do processo dos diferentes contextos de estágio, nomeadamente no internamento de medicina e cirurgia, uma vez que permitiu aos pais estarem alerta, atuarem de forma antecipatória face às alterações de comportamento, contribuindo para um controlo mais eficaz da dor através das intervenções de enfermagem, ao nível farmacológico e não farmacológico.

Para uma monitorização da dor ajustada a cada faixa etária e condição clínica da criança utilizaram-se escalas de avaliação da dor, tais como: EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du NouveauNé), para recém-nascidos; FLACC – R (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised) para crianças entre os quatro e os seis anos de idade e a EVA (Escala Visual Analógica) para crianças com idade superior aos seis anos de idade (OE, 2013; Ritto et al, 2017).

No que diz respeito à gestão da dor, para além da correta avaliação, o EESIP tem autonomia para gerir o controlo e diminuição da dor na criança, se eventuais sinais e/ou desconforto quando submetidos a procedimentos dolorosos através da utilização de estratégias não farmacológicas (OE, 2013; Santos et al, 2017). Assim algumas das estratégias não farmacológicas que podem ser utilizadas, de forma isolada ou associadas às farmacológicas, e que surgiu oportunidade de colocar em prática nos diferentes contextos de estágio foram: relaxamento, informação prévia do acontecimento, a distração e a imaginação guiada, a aplicação de calor ou de frio, o toque, a massagem, o posicionamento, o suporte emocional que implica a presença de uma pessoa significativa para promover o conforto, melhoria do ambiente envolvente no que respeita à intensidade

da luz, do ruído, a temperatura e a própria decoração do espaço envolvente. É importante salientar que todas as medidas não farmacológicas foram sempre aplicadas tendo em conta o estadio de desenvolvimento da criança, bem como as suas preferências e personalidade. No serviço de urgência pediátrica foi utilizado, com mais frequência, o suporte emocional na medida em que foi incentivada a presença dos pais e a colaboração nos cuidados, contribuindo para que a criança se sentisse mais segura e apoiada por alguém significativo. Aquando do contacto com recém-nascidos (RN) foram utilizadas estratégias de natureza física, ambiental e também de suporte emocional. No que diz respeito às medidas físicas, destaca-se o toque terapêutico, o posicionamento, contenção e aconchego, em que se verificou a influência na estabilização dos sinais vitais. A musicoterapia, a diminuição do ruído na unidade e a diminuição da incidência da luz direta foram destacadas como medidas que foram utilizadas de ordem ambiental. Ao nível do suporte emocional foi sempre providenciada a presença dos pais.

Outra estratégia não farmacológica utilizada com frequência em RN para o controlo da dor nos procedimentos dolorosos, como por exemplo, punções venosas e/ou lombares, na realização do diagnóstico precoce, entre outros, foi a administração de sacarose a 24% (Magalhães et al, 2020). Esta solução adocicada, promove a diminuição da duração do choro, atenua a mímica facial e elevação da frequência cardíaca, além de diminuir os *scores* de dor na aplicação das escalas, em RN prematuros e de termo (Magalhães et al, 2018; Lago et al, 2013).

Para assegurar a implementação das medidas destinadas a proporcionar um ambiente favorável e confortável para a criança aquando da realização de procedimentos invasivos, foram adquiridos conhecimentos para melhorar a prática relacionada com a temática dos cuidados atraumáticos e técnicas não farmacológicas de prevenção e tratamento da dor. Dentro das medidas referidas ao longo deste ponto, destacam-se a preparação e informação das crianças e sua família acerca dos procedimentos a serem realizados, recorrendo a uma linguagem adequada e tendo em conta o desenvolvimento cognitivo. As intervenções não farmacológicas foram ajustadas de acordo com a faixa etária. A título de exemplo, na implementação da técnica de distração em criança até aos três anos, foram utilizados brinquedos luminosos coloridos e com movimento e/ou som, e em crianças até aos seis recorreu-se à leitura. O brincar, pintar, desenhar, a atribuição de reforços positivos antes, durante e no final dos procedimentos, o uso de telemóvel

(vídeos e jogos em crianças acima dos seis anos), o relaxamento e as técnicas de autocontrolo (como a inspiração profunda) foram utilizadas em jovens e adolescentes.

1.2. PRESTA CUIDADOS ESPECÍFICOS EM RESPOSTA ÀS NECESSIDADES DO CICLO DE VIDA E DE DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM

A criança é um ser em crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento até à idade adulta, a nível motor, cognitivo, emocional e social (Direção Geral de Saúde - DGS, 2013). Para que este processo seja alcançado e o desenvolvimento da criança não fique comprometido é fundamental que se satisfaçam as necessidades básicas, tais como: amamentação, alimentação diversificada, cuidados de higiene e conforto, educação, imunização, segurança, carinho, afeto e a sexualidade (Cunha, 2018). Denota-se, assim, que uma das competências do EESIP é *promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais*.

Ao longo do processo de transmissão de conhecimentos que é realizado aos pais, com objetivo de melhorar a sua capacidade no decorrer do desenvolvimento da criança, reforça-se as competências parentais. São abordadas várias temáticas e é importante que estes estejam cientes e valorizem os cuidados antecipatórios fundamentais mencionados pelo Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013) como fator de promoção da saúde e prevenção da doença. Assim destacam-se alguns dos ensinamentos realizados aos pais neste âmbito, nomeadamente sobre a importância do RN dormir na posição dorsal e com a cabeça lateralizada para diminuir o risco de aspiração e prevenção da morte súbita do lactente, sinais e sintomas que motivem a procura dos profissionais de saúde, (recusa alimentar, gemido, febre, icterícia generalizada, prostração, alterações da perfusão, e intolerância digestiva constante), sinais e sintomas à partida não preocupantes (choro, obstrução nasal, tosse, diarreia, obstipação, febre), e estimular a compreensão da linguagem. No estágio dos cuidados de saúde primários, são realizadas as consultas de desenvolvimento infantil tendo por base o PNSIJ mencionado. Durante estas consultas, foi possível avaliar o crescimento e desenvolvimento das crianças nas várias idades e realizar ensinamentos sobre os cuidados antecipatórios que são preconizados para cada idade-chave. Foram ainda transmitidas orientações relativas à vacinação, capacitando os pais

para cuidar da criança com o objetivo de estimular e promover adequadamente o seu crescimento e desenvolvimento. Nas consultas dirigidas aos adolescentes, foram transmitidas orientações que promovam a autoestima, os hábitos saudáveis e alertar para comportamentos de risco.

No que diz respeito ao RN, Coughlin (2016), estabeleceu um conjunto de medidas em que enaltece a díade família-RN, e que são importantes para o desenvolvimento: ambiente terapêutico, que inclui o ambiente físico, humano e organizacional; a prevenção e a gestão da dor e do *stress*; a proteção do sono; as atividades de vida diária adequadas, que incluem o posicionamento do RN, as questões alimentares, os cuidados à pele e os cuidados centrados na família. Desta forma, o EESIP desempenha uma importante intervenção na capacitação dos pais ao nível da vinculação através da promoção da técnica do método canguru/contacto pele a pele, da amamentação e das atividades promotoras do desenvolvimento.

Ao longo dos diferentes estágios, nomeadamente no estágio de neonatologia, existiu a oportunidade de capacitar os pais para a realização do método canguru, e colocar em prática ensinamentos sobre a sua importância na promoção da vinculação, bem como no crescimento e desenvolvimento dos RN uma vez que ajuda a regular o sono profundo, diminui a agitação e choro, melhora o controlo de peso e a estimulação sensorial (Soares, 2020). O método canguru permite ainda, auxiliar as mães no processo do aleitamento materno, aumentando a sua segurança através da proximidade com o filho e consequentemente estimular o aumento da produção de leite materno (Zirpoli, 2019)

De acordo com a *World Health Organization* (WHO, 2018), a amamentação deve ser exclusiva até aos seis meses de vida, pois tem como função o fornecimento dos nutrientes e energia necessários para o adequado crescimento e desenvolvimento das crianças. Atualmente existe consciência que a amamentação é um caminho importante a percorrer. Portanto, foram implementados ao longo dos estágios realizados os “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” realizados pela Iniciativa Hospital Amigo da Criança com o objetivo principal da orientação das mães neste processo, nomeadamente para as vantagens do aleitamento materno e o encorajamento do aleitamento materno em livre demanda (Silva et al, 2017).

Nos diversos contextos de estágio, foi reforçada a importância da amamentação, pelo que, a sua prática foi incentivada e apoiada. Nos CSP (Cuidados de Saúde Primários)

foram abordados temas como a importância da amamentação, os horários, complicações e resoluções dos mesmos. Para além disso, as mães foram instruídas sobre o processo de amamentação, tendo em conta vários aspetos como o posicionamento e a pega. Desta forma, foi realizado um acompanhamento individualizado, tendo em conta as especificidades de cada criança e família. No caso de RN prematuros, e já no âmbito do estágio da neonatologia, em que os reflexos de sucção eram, maioritariamente, fracos e existia uma diminuição da coordenação de sucção-deglutição, era gerida a colocação do RN no seio materno e, simultaneamente, a administração do leite através de sonda oro/nasogástrica para perfazer quantidade de leite a administrar por refeição.

Durante a prática clínica constatou-se que, inicialmente, todo este processo se torna um desafio para os pais, pois o facto de verem o seu filho numa unidade de internamento já se torna extremamente exigente emocionalmente e, acrescendo a este processo, todas as monitorizações e procedimentos que se encontram e realizam em cada unidade, prevalece em dobro o medo de olhar, de tocar e cuidar. Assim, o processo que tem em vista envolver os pais nos cuidados, desenvolveu-se de forma sequencial, ou seja, do mais fácil para o mais difícil, em que o EESIP encoraja os pais, primariamente a olhar, depois a tocar e cuidar. É fundamental respeitar o tempo que necessitam para se integrarem e colaborarem nos cuidados, primeiramente em cuidados menos exigentes como avaliar a temperatura corporal, prestar cuidados de higiene e conforto, segurar na seringa de alimentação por gavagem através da sonda naso ou orogástrica, administrar medicação necessária e efetuar todos os ensinamentos para a aquisição de conhecimentos e competências. Importa preparar os pais para o cuidar de forma autónoma e confiante, desmistificando o medo e ansiedade que possa existir.

Para que a participação dos pais, assim como da criança, dependendo da faixa etária, se estabeleça, é necessária uma comunicação eficaz entre o EESIP-Criança-Pais pelo que é competência ***comunicar com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura***. A comunicação no cuidar da criança assume um papel de destaque no desempenho do EESIP, sendo um dos veículos principais na relação de ajuda e na correta avaliação de desempenho, constituindo uma condição necessária para a eficácia dos cuidados de enfermagem (Boto, 2014). Através das competências comunicacionais, o EESIP cuida da criança e da família com qualidade e vai de encontro às suas necessidades. Tendo por base este pressuposto, ao longo dos diferentes contextos

de prática clínica em que ocorreram os estágios, surgiu a oportunidade de desenvolver competências de comunicação e de interação com os pais e crianças contribuindo para o fortalecimento de relações promotoras de uma parceria de cuidados (Alves et al, 2017). Nos cuidados prestados à criança e família, foi dado ênfase à comunicação verbal e não verbal, demonstrando respeito, preocupação, disponibilidade para esclarecer dúvidas ou prestar informação sempre que fosse manifestada essa necessidade. A comunicação faz parte da humanização dos cuidados, pelo que o EESIP deve ser capaz de saber comunicar, estar disponível para ouvir, esclarecer dúvidas sem fazer qualquer juízo de valor, manter a coerência e assertividade no discurso que se transmite, e utilizar o silêncio e a serenidade. Estas premissas reportam para o favorecimento de sentimentos de segurança e de confiança com a criança e família (Beça, 2022). A linguagem adotada também deve ser ajustada tendo em conta a personalidade de cada criança, assim como o seu estadió de desenvolvimento. Ao longo da prática clínica, utilizaram-se algumas estratégias, como: comunicação adequada a cada criança, momentos de distração aliadas ao brincar, nomeadamente com recurso aos brinquedos favoritos de cada criança, recurso a histórias/contos infantis, jogos, vídeos e músicas adaptadas às diferentes faixas etárias, culturas e crenças, e uma comunicação de forma assertiva e num tom de voz tranquilo (Caiado, 2017).

Durante diferentes contextos de estágio, foi perceptível que é fundamental que o EESIP faça uma escolha ajustada das palavras, bem como dos momentos mais oportunos para estabelecer a comunicação. No que respeita a procedimentos dolorosos que possam causar medo às crianças, é crucial que sejam explicados antecipadamente, sem omitir ou mentir, utilizando sempre uma linguagem ajustada a cada faixa etária, cultura e crenças.

1.3. ASSISTE A CRIANÇA/JOVEM COM A FAMÍLIA, NA MAXIMIZAÇÃO DA SUA SAÚDE

As consultas de saúde infantil são realizadas tendo por base uma abordagem holística nomeadamente, a avaliação do risco familiar em que o EESIP *diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida da criança/jovem.*

É fulcral o acompanhamento pormenorizado em consultas de saúde infantil, uma vez que, a modificação de comportamentos e a adoção de estilos de vida saudáveis, promovendo a saúde e prevenindo a doença, podem ser estimulados mediante estratégias e intervenções do EESIP (Mendes, 2019). Desta forma, foi necessário compreender quais as áreas de investimento para a educação para a saúde como papel integrante da responsabilidade do EESIP, dotando os pais de conhecimento sobre determinadas áreas, após o levantamento das necessidades específicas de cada população. Na prática efetuada na comunidade, foi possível perceber que a área de interesse e que mais dúvidas suscitava durante as consultas de saúde infantil foi, fundamentalmente, a prevenção de acidentes em crianças. Desta forma, foram realizadas sessões de educação para a saúde para o esclarecimento de alguns pormenores relativos nomeadamente a auxiliares de marcha e/ou cadeira de rodas, (Apêndice III) e à prevenção de acidentes, desde as queimaduras, afogamentos, entre outros (Apêndice I). Foi ainda realizado, um momento de esclarecimento de dúvidas sobre esta temática ou outras que se consideraram pertinentes.

A nutrição é um aspeto essencial para o crescimento e desenvolvimento infantil. Compreende-se que nos seus primeiros três meses de vida estas estabeleçam os seus hábitos alimentares pelo que o EESIP deve contribuir para educar os pais neste sentido (Hockenberry & Wilson, 2018). Considerou-se, ao longo da prática profissional, que esta temática era um aspeto suscetível de dúvidas por parte dos pais, principalmente a alimentação no primeiro ano de vida, *timings* de introdução alimentares e o procedimento da mesma. Assim, decidiu-se ao longo das consultas de saúde infantil criar um panfleto intitulado “Alimentação no 1º ano de vida” (Apêndice II), com ideias chave da alimentação para cada mês de vida até ao ano de idade, servindo de complemento ao longo dos ensinamentos efetuados pelo EESIP.

A realização de uma sessão de educação para a saúde em contexto escolar, inserido no Plano de Saúde Escolar, permitiu que se conhecesse uma criança com diagnóstico de Autismo severo, sendo possível observá-la no seu ambiente de jardim de infância e interagir com a mesma. Após diálogo com as educadoras percebeu-se o grande desafio que existiu para que se integrasse na comunidade escolar, dada a sua dificuldade em interagir com pessoas que para ele eram desconhecidas, assim como estar em ambientes com mais crianças e com estímulos vários. Apesar disso, com o trabalho diário desenvolvido pelas educadoras, esta criança já conseguia fazer as refeições ao lado dos

seus colegas, assim como brincar partilhando o mesmo espaço, apesar de ainda não interagir com eles, por lhe causar *stress* e uma agitação psicomotora de difícil controlo. É importante refletir sobre a importância do acompanhamento também por um EESIP, pois segundo o Programa Nacional de Saúde Escolar da DGS (2015), todas as crianças/jovens que apresentem necessidades especiais devem ter um plano de saúde individual, para que se dê resposta a todas as necessidades identificadas individualmente. O EESIP, tem como papel, a identificação das necessidades da criança/jovem, bem como promover a continuidade de cuidados com o objetivo da sua inclusão (Diário da República, 2009). Os cuidados do EESIP serão efetivos se se conseguir estabelecer a inclusão da criança e família na comunidade (Catarino, 2018). Tendo em conta o levantamento de necessidades que foi realizado neste caso em concreto, e não tendo sido possível a realização de um acompanhamento pormenorizado ao longo do tempo, foi um caso que despertou interesse e permitiu a pesquisa de informação priorizando a literatura mais recente para intervir em casos futuros. A aquisição de conhecimentos nesta área também é fundamental para o desenvolvimento de intervenções formativas que sejam necessárias para corpo docente e não docente, privilegiando a continuidade de cuidados tendo em vista o desenvolvimento infantil.

Uma preocupação constante do EESIP visa identificar sinais fisiológicos e emocionais de mal-estar psíquico, assistindo a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus-tratos. Existe uma multiplicidade de situações que desencadeiam a prática de maus tratos, os quais podem apresentar diferentes formas clínicas, por vezes associadas: negligência, maus-tratos (físicos e psicológicos) abuso sexual, síndrome de Munchausen por procuração e síndrome da criança abanada/sacudida (Tomás & Fernandes, 2011).

O EESIP deve avaliar cada criança, analisando os possíveis sinais de alerta, e em conjunto com a equipa multidisciplinar da instituição definir um plano de atividades que melhor se adequa às diferentes crianças e características. É da competência do EESIP sinalizar e encaminhar a criança/família em situação de risco ou potencial risco social, clínico e familiar para áreas especializadas de intervenção (OE, 2018).

O EESIP pode deparar-se com estas situações em qualquer contexto da sua prática, pelo que lhe compete diagnosticar e intervir o mais precocemente possível. Esta assistência pode envolver a hospitalização da criança, de forma a garantir a sua proteção

imediatamente se encontrarem em situação de perigo. Deste modo, casos de crianças com idades compreendidas entre o zero e os seis anos devem ser sinalizados ao SNIPI (Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância), sob a forma da referenciação às Equipas Locais de Intervenção (ELI) para que seja realizado o acompanhamento (Diário da República, 2009). No contexto de estágio foi possível ter contacto com a rede de apoio ELI, participar em reuniões e perceber o seu funcionamento e encaminhamento das crianças em situação de risco, não tendo sido, no entanto, necessária, a referenciação de nenhum dos casos. Contudo, foi possível explorar e compreender o âmbito de atuação do EESIP na promoção dos direitos das crianças, garantindo a sua proteção em casos de situações de risco ou perigo.

Todo o processo de cuidados é dependente da relação que é estabelecida com a criança e família, sendo considerada a abordagem inicial fundamental para o estabelecimento de uma prestação de cuidados em parceria (Casey, 1993). Assim, é competência do EESIP ***implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.***

O modelo de Parceria de Cuidados prevalece nos cuidados do EESIP, considerando de extrema importância envolver os pais nos cuidados à criança. Este modelo, defende que, para ser assegurado o crescimento e desenvolvimento saudável da criança, os cuidados devem ser fundamentados com amor, carinho e proteção, sendo que não existe melhor cuidador do que os pais para o estabelecerem (Serra, 2019; Boto, 2014; Casey, 1993). Ao estabelecer os pais como parceiros nos cuidados, estes devem ser envolvidos e deve ser negociada a sua intervenção no cuidar, promovendo a manutenção do vínculo afetivo e, por conseguinte, uma facilitação no processo de hospitalização da própria criança (Correia, 2018). Torna-se assim claro, que o EESIP deve assumir e integrar o modelo de Parceria de Cuidados na sua prática clínica (Casey, 1993). Estando conscientes dos efeitos potencialmente traumáticos que a hospitalização pode provocar na vida emocional da criança e no seu desenvolvimento, é responsabilidade do EESIP dar apoio e assistir os pais para atuarem perante a situação vivenciada, centrando os cuidados na família. A presença dos familiares não deve ser interpretada como perturbadora para os cuidados de enfermagem, mas sim como uma forma de os simplificar causando um

maior bem-estar à criança, tendo sempre em conta o processo de desenvolvimento infantil da forma mais harmoniosa possível (Sanders, 2014; Fernandes, 2018).

Desta forma, o acolhimento constitui uma das etapas primordiais do processo de hospitalização, pois permite que seja criada uma relação de empatia com a equipa multidisciplinar e com a criança e família. Durante os diferentes contextos de prática clínica, nomeadamente no internamento de medicina e cirurgia pediátrica, constatou-se que o acolhimento era realizado de forma efetiva às crianças e famílias no momento da admissão. Para que a informação transmitida na admissão fosse sustentada, e para colmatar o esclarecimento de possíveis dúvidas à posteriori, como o horário de visitas e as normas de funcionamento, tornou-se necessário, após o levantamento de necessidades internas de cada serviço, criar e facultar às famílias folhetos informativos.

É fundamental que se estabeleça uma relação de proximidade entre a criança-família-EESIP ao longo da prestação de cuidados promovendo a parceria, potenciando a humanização, com vista a alcançar uma melhoria na qualidade de cuidados e na promoção do bem-estar da criança e sua família (Watson, 2016). Deste modo, a família torna-se parceira no cuidar, o que diminui a dificuldade de adaptação da mesma ao processo de saúde/doença.

Assim, o cuidado a cada ser humano deve ter como objetivo um cuidado holístico, tal como refere Watson (2016), na teoria do cuidado humano, onde se estabelece uma relação de empatia, que evolui por meio da interação entre a criança e o EESIP. Ao longo da prática dos cuidados de enfermagem, surgiu, portanto, a necessidade de tornar os cuidados humanizados. Desta forma, recorreu-se a algumas estratégias na dinâmica do cuidar, entre as quais: a musicoterapia, através de uma música calma e tranquila no que respeita aos RN e a música escolhida por cada criança/jovem; a ludoterapia (Jesus, 2010 cit Silva & Cabral, 2015), sucção não nutritiva (Magalhães et al, 2020) e o método canguru (Soares, 2020), entre outros. Foi ainda possível desenvolver estas estratégias envolvendo a família, seja nas anteriormente referidas, como noutras em que a criança se sintia mais tranquila e lhe diminua o fator *stress*, assim como, a dor nos processos mais invasivos. Ao longo dos diferentes estágios efetuados, foi possível, ao longo do tempo, explorar estas intervenções, com mais ênfase na ludoterapia na área pediátrica, com recurso a uma sala de brinquedos em que era possível realizar múltiplas atividades com as crianças, desde que em que o seu estado clínico permitisse a deslocação para a mesma.

O brincar e, o recurso a atividades de educação para a saúde utilizando a brincadeira foram aspectos desenvolvidos. Estes momentos eram considerados de extrema importância para a melhoria da ansiedade pois eram formas de distração, pelo menos por momentos, do afastamento gerado pela hospitalização do ambiente familiar, dos amigos, como também da escola, diminuindo o seu impacto nas crianças e famílias.

2. REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

2.1. PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA EM ESTUDO

A hospitalização confere vulnerabilidade quer à criança doente, quer à família gerando sentimentos de medo, insegurança e angústia, pois estas são colocadas num mundo desconhecido, com novas rotinas, equipamentos, regras, estímulos, pessoas, procedimentos e dor (Correia, 2018).

Perante esta problemática, o EESIP deve procurar humanizar os seus cuidados atendendo não só à situação clínica, como também à ocorrência desses sentimentos, como a ansiedade. É importante que desenvolvam estratégias de apoio à criança e sua família que tenham por base o respeito pela dignidade dos mesmos, assim como uma diminuição de todos os sentimentos de ansiedade, tristeza e afastamento da escola e ambiente familiar, devendo criar-se empatia e o estabelecimento de relações terapêuticas.

A humanização no âmbito da saúde para além de ter sofrido uma grande evolução ao longo do tempo, entende-se que é algo intrínseco ao ser humano e, por consequência, à prática dos cuidados de enfermagem. Para além disso, tem sido conhecida como um dos pilares para alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde (Lopes, 2021).

De acordo com o artigo 89º do Código Deontológico da OE (2015), referencia-se a humanização de cuidados como sendo o enfermeiro o seu principal responsável, que presta atenção a cada pessoa como sendo única, inserida numa família e comunidade, e contribui para criar um ambiente que seja adequado ao seu desenvolvimento.

Este conceito, em meio hospitalar, trata-se da necessidade de tornar o ambiente o menos frio e impessoal possível com o objetivo de proporcionar cuidados aos doentes da forma mais holística possível (Dal’Bosco et al, 2019). A ação dos enfermeiros em contexto pediátrico no que se reporta ao processo de humanização de cuidados tem como finalidade obter o bem-estar das crianças e dos pais. É referido como um processo complexo que exige competências técnicas, assim como éticas e culturais (Silva, 2012). Desta forma, o cuidado à criança torna-se algo ainda mais desafiante para o EESIP, carecendo de uma permanente avaliação pela potencial vulnerabilidade que a hospitalização poderá desencadear, pelo afastamento familiar e pela privação do ato de

brincar que significam para a criança medo, insegurança e ansiedade (Dal’Bosco et al, 2019).

Para que seja possível colmatar a ansiedade e *stress* durante a hospitalização da criança, é de extrema importância a adoção de estratégias facilitadoras, potencializando a capacidade para enfrentar esta condição como também para a promoção do fortalecimento da vinculação com os pais e a criação de empatia com os profissionais de saúde (Dal’Bosco et al, 2019). Assim, a família torna-se parceira no cuidar, o que diminui a dificuldade de adaptação da mesma ao processo de saúde/doença. Para que a parceria de cuidados se desenvolva no seu auge, bem como a capacitação dos pais no cuidar da criança, os profissionais de saúde devem desenvolver competências comunicacionais e relacionais e de capacitação à criança e família (Silva, 2019). Conclui-se assim, que o cuidado centrado na família permite que exista uma continuidade de cuidados da família à criança, em que esta e a própria criança se sentem parte integrante da prestação de cuidados, facilitando o processo de hospitalização (Serra, 2019).

É crucial existir uma relação entre o enfermeiro e a família da criança, e para a qual é imprescindível quer a comunicação verbal, quer a não-verbal. Comunicar e escutar é humanizar, e cada vez mais é importante que o EESIP seja capaz de se colocar no lugar dos pais para conseguir perceber os medos, inseguranças, assim como realizar o esclarecimento de dúvidas (Boto, 2014).

Perante a importância deste conceito e pela deteção da necessidade de atuação do EESIP ao longo da prática clínica junto das crianças/jovens e sua família, surgiu uma inquietação relativamente a esta temática. Os EESIP são os profissionais de saúde que mais trabalham junto e em conjunto com as crianças/jovens e família, o que faz com que a intervenção dos mesmos deva ser eficaz para colaborar no bem-estar dos intervenientes. É fundamental que a atuação do EESIP seja benéfica para a diminuição da ansiedade e *stress* das crianças/jovens, assim como da sua família ao longo do processo de internamento, mas, para isso é necessário perceber quais as intervenções de enfermagem que promovem realmente a humanização, tornando os cuidados o mais humanizados possível, atendendo ao cuidar de forma holística.

2.2. METODOLOGIA

A revisão integrativa da literatura é um método específico, que resume o passado da literatura empírica, ou teórica, para fornecer uma compreensão mais abrangente de um determinado fenómeno. É caracterizada por um conjunto de etapas bem definidas: identificação do tema e seleção da questão de pesquisa, estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão, identificação dos estudos pré-selecionados e selecionados, categorização dos estudos selecionados, análise e interpretação dos resultados e, por último a apresentação da síntese do conhecimento (Botelho et al, 2011).

O estudo realizado teve por base as etapas da revisão integrativa da literatura supramencionadas.

A investigação de um tema baseia-se nos conhecimentos já existentes e conduz à aquisição de novos conhecimentos.

A questão de investigação é efetuada mediante um formato estruturado que corresponde ao método PICO (população, intervenção, comparação, *outcome*) (Sousa et al, 2018). Na pesquisa realizada, a população assenta nas crianças em idade escolar, a intervenção, nas intervenções de enfermagem, não inclui comparação, e o *outcome* na humanização dos cuidados na hospitalização, conforme explicado na tabela 1.

Tabela 1: Estratégia PICO para elaboração da questão de investigação

Acrónimo	Definição	Elemento de construção da questão
P	População	Crianças em idade escolar
I	Intervenção	Intervenções de enfermagem
C	Comparação	Não aplicável
O	Outcome	Humanização dos cuidados na hospitalização

Neste contexto e com base nos elementos supramencionados, elaborou-se a seguinte questão de investigação: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da humanização dos cuidados na hospitalização da criança em idade escolar?”.

Foram considerados elegíveis estudos que se referiam a crianças em idade escolar, estudos que se referiam a programas de intervenção na humanização dos cuidados, estudos com limitação temporal dos últimos 10 anos (2012-2022) e redigidos em português, espanhol e inglês. Como critérios de exclusão, definiram-se: artigos não redigidos em português, inglês e espanhol, que não pertençam ao intervalo temporal 2012-2022, que não sejam crianças em idade escolar, estudos com referência a perceções

e experiências das crianças/pais/familiares e artigos que não seja possível aceder ao texto integral.

A pesquisa foi realizada de 22 de julho a um de agosto de 2022 pelo motor de busca EBSCO, em que estavam presentes as seguintes bases de dados: *CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials* e *MedicLatina*, de forma a identificar a existência de estudos tendo em conta a temática que se pretendia. Posteriormente, identificaram-se descritores *MESH (Medical Subject Headings)* para que fosse possível direcionar a pesquisa: *child, hospitalized, nurs*, pediatric care, humanization, health facility environment* e *cultural competente care*. Identificaram-se os descritores que foram aplicados nas bases de dados supramencionadas com recurso aos conetores booleanos “OR” e “AND”, de forma a possibilitar um maior número de artigos que retratasse a temática. Construiu-se assim a frase booleana: “*child, hospitalized OR child AND nurs* OR pediatric care AND Humanization OR health facility environment OR culturaly competent care*” conforme está apresentado na tabela 2.

Tabela 2– Estratégia de pesquisa nas bases de dados.

	População (P)	Intervenção (I)	Comparação (C)	Outcome (O)
Termos de pesquisa	Child, hospitalized OR child	Nurs* OR pediatric care	-----	Humanization OR health facility environment OR culturaly competente care.

Procedeu-se à extração de dados relevantes através da identificação dos estudos elegíveis nas bases de dados já identificadas, tendo em conta os critérios de pesquisa definidos e o facto de responderem ao objetivo e à questão de investigação formulada. Foi realizada a análise e revisão dos artigos seleccionados, por títulos, resumos e texto integral, tendo-se obtido a amostra final. De salientar, que a seleção e validação descrita foi realizada pela investigadora principal e validada por pares (segundo e terceiro elemento).

Após a obtenção da amostra final, procedeu-se à sua categorização, da qual resultou uma tabela que esquematiza esses dados e que incluem os autores, título, país,

tipo de estudo, objetivos do estudo, amostra e resultados (Apêndice IV – síntese dos resultados selecionados). De seguida, procedeu-se à análise e interpretação dos resultados, tendo-se verificado a necessidade de intervir nesta temática. Por último, é sintetizado o conhecimento, com a apresentação dos resultados, bem como a realização de uma proposta de intervenção.

2.3. RESULTADOS

Após realizada a pesquisa com os descritores, foram obtidos um total de 240 artigos resultantes da frase booleana “*child, hospitalized OR child AND nurs* OR pediatric care AND Humanization OR health facility environment OR culturaly competent care*”. Salienta-se que 183 foram encontrados na base de dados CINAHL Complete, 42 na MEDLINE Complete, seis na Nursing & Aliied Health Collection: Comprehensive, cinco na Cochrane Central Register of Controlled Trials e quatro na MedicLatina. O processo de seleção dos 240 artigos foi analisado recorrendo, esquematicamente, ao fluxograma de PRISMA 2020 (Figura 1), onde se encontram documentados todos os passos realizados até chegar aos estudos que serão incluídos na amostra. Destes 240 artigos, 22 foram excluídos por estarem duplicados, resultando em n=218 artigos. Assim, foram analisados 218 artigos pela leitura do título e excluídos 142, dos quais resultaram 76 artigos para analisar tendo em conta a leitura do resumo e, posteriormente foram excluídos 60. Estes artigos foram excluídos tendo em conta os critérios de elegibilidade, da qual resultaram 16 artigos para ser realizada a leitura integral.

Após a leitura e análise dos 16 artigos, tendo em conta os resultados apresentados por cada um deles e as conclusões que respondiam à questão de investigação deste estudo foram incluídos nesta pesquisa seis artigos. Foram excluídos 10 artigos por não responderem à questão de investigação e/ou não responderem ao objetivo do estudo, pelo idioma não ser um dos pré estabelecidos, e por não ser possível o acesso ao texto integral, sendo que foram solicitados aos seus autores e não existiu resposta da sua parte.

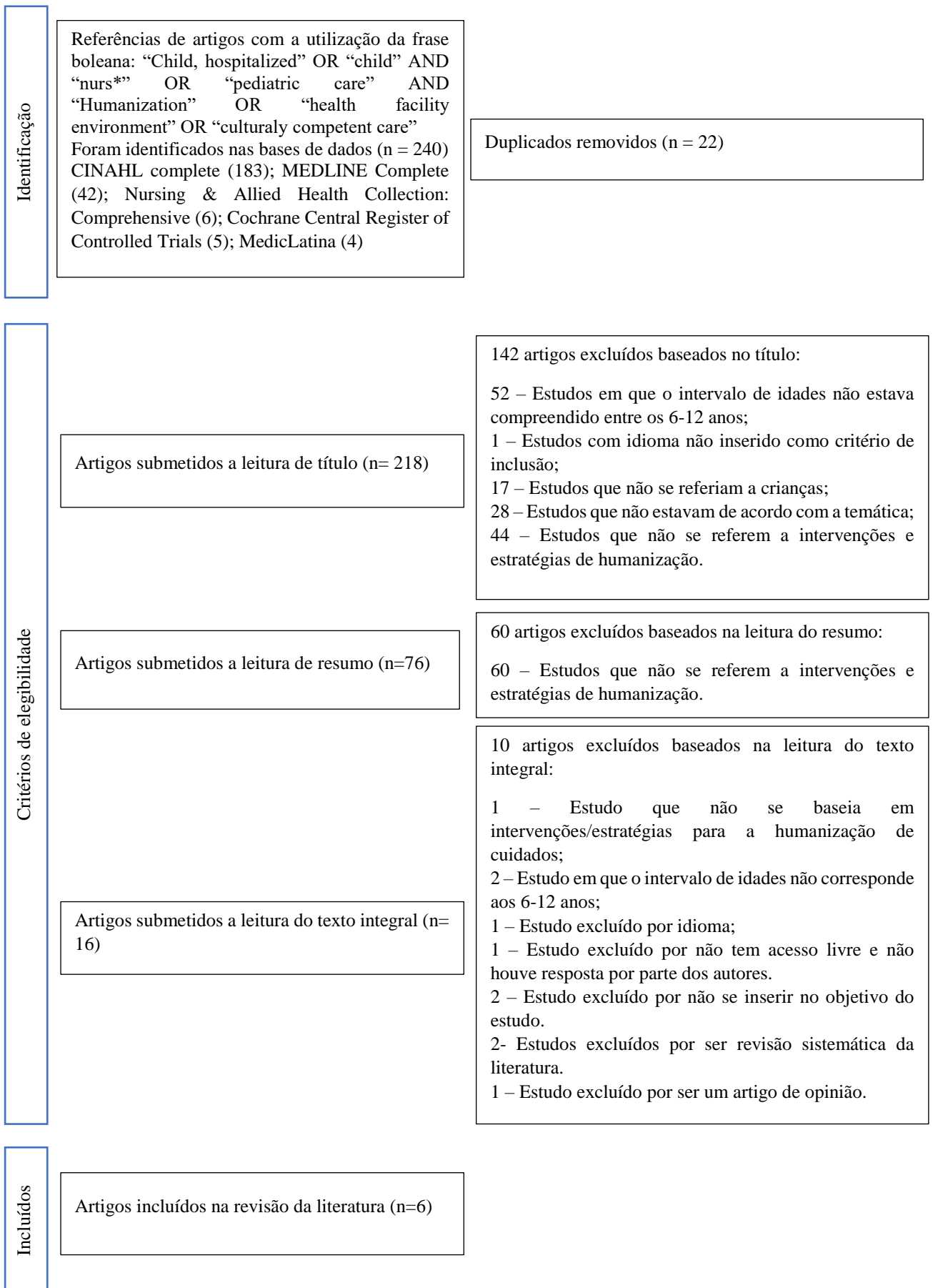


Figura 1 – Fluxograma Prisma (Page et al., 2021).

2.4. ANÁLISE DOS RESULTADOS

De acordo com os artigos selecionados e para uma contextualização mais explícita das intervenções do EESIP na humanização dos cuidados à criança e família, foi realizado um processo de categorização. Neste contexto, foram criadas três categorias: ludoterapia, estruturas e ambientes organizacionais e cuidados centrados na família, conforme descrito na figura 2.

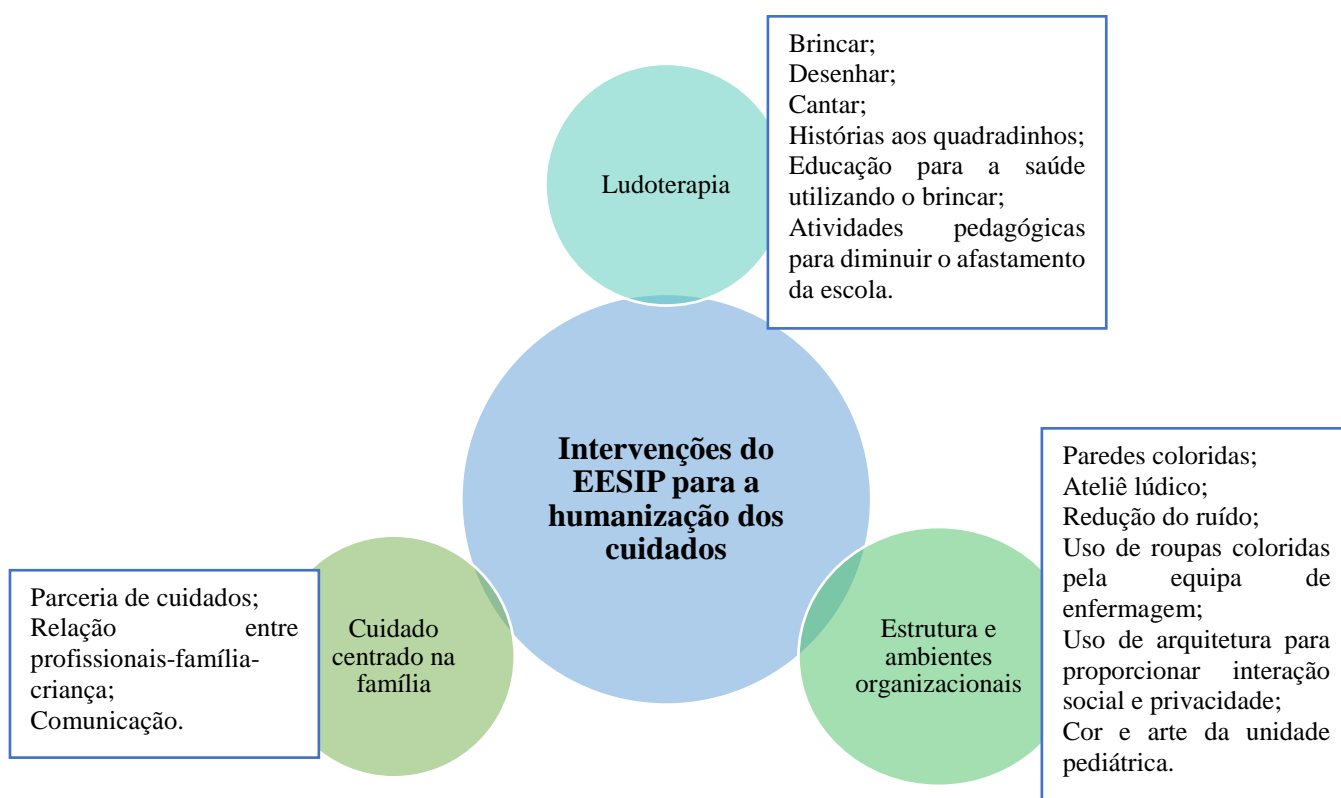


Figura 2– Categorização das intervenções de EESIP para a humanização dos cuidados.

Na ludoterapia estão incluídas atividades como brincar, cantar, desenhar, as histórias aos quadradinhos, educação para a saúde através do brincar e atividades pedagógicas que diminuam o afastamento da escola. Ao nível da estrutura e ambientes organizacionais incluem-se as paredes pintadas/coloridas, ateliê lúdico, redução do ruído, uso de roupas coloridas e personalizadas pela equipa de enfermagem, estruturas físicas que proporcionem tanto a interação social como a privacidade da criança, as cores e arte da unidade pediátrica. Por último, nos cuidados centrados na família destacam-se a parceria de cuidados, a relação entre profissionais-família-criança e a comunicação.

Tendo em conta as categorias supramencionadas, 83,3% dos artigos analisados fazem referência à ludoterapia como uma intervenção que deve ser utilizada pelo EESIP para humanizar os cuidados, seguida do cuidado centrado na família (66,6%), e por último, a intervenção menos sustentada pela literatura, a estrutura e ambientes organizacionais, com 33,3%, conforme está apresentado na tabela 3.

Tabela 3 – Prevalência de artigos por cada intervenção de EESIP.

Intervenção do EESIP	Nº de artigos que relatam a intervenção	Percentagem (100%)
Ludoterapia	Artigos 1, 2, 3, 4, 6	83,3%
Estrutura e ambientes organizacionais	Artigos 1 e 5	33,3%
Cuidado centrado na família	Artigos 1, 2, 3 e 6	66,6%

2.5. DISCUSSÃO

Neste ponto serão discutidos os principais resultados obtidos, organizados por cada categorização, fundamentando com a evidência científica.

a. Ludoterapia

Nos cuidados pediátricos prestados à criança destaca-se a ludoterapia, que envolve a utilização de brinquedos. Os cuidados que abrangem o brincar, a leitura, a utilização da música e o desenho, permitem a diminuição do afastamento da escola e a educação para a saúde. Assim, o brincar contribui como estratégia nos cuidados à criança, não só para a distrair, mas também para diminuir o *stress* decorrente da hospitalização, proporcionando momentos de relaxamento, tornando um ambiente mais alegre, mágico e menos hostil para a criança (Dal’Bosco et al., 2019; Rolim et al, 2017; Poletto & Motta, 2015; Silva et al, 2017; Silva & Cabral, 2015).

A ludoterapia remete à utilização do ato de brincar, promovendo um maior entendimento das situações que são vivenciadas pela criança potenciando o seu desenvolvimento (Silva et al, 2021). A criação destas condições segundo o mesmo autor, aceleram o processo de recuperação da criança. Através da brincadeira, nomeadamente de uma história aos quadrinhos, é possível reproduzir numa ilustração um

procedimento recorrente e doloroso a que uma criança hospitalizada é submetida, como por exemplo uma punção venosa (Rolim et al, 2017). As crianças veem-se retratadas nestas figuras ilustrativas, compreendendo o procedimento, diminuindo, por consequência, o seu *stress* quando confrontadas com acontecimentos semelhantes no futuro, o que lhes permite ainda, que o ambiente hospitalar se torne mais alegre e facilite as suas condições de recuperação (Dal’Bosco et al, 2019; Rolim et al, 2017).

Tal como menciona Silva et al (2017), as atividades musicais têm igualmente um impacto positivo na diminuição da ansiedade da criança, assim como no seu padrão de sono, e ainda favorecem a aproximação/ligação entre a criança e os profissionais de saúde. A música pode ser utilizada também, pelos enfermeiros, como uma estratégia não farmacológica no controlo da dor, contribuindo para o bem-estar da criança hospitalizada (Rodriguez, 2017).

Para além destas estratégias, Poletto & Motta (2015) salientam a importância da criação de um ateliê criativo no âmbito da sala de espera para que a criança possa desenvolver a sua criatividade, por exemplo enquanto aguardam por consultas e exames. Não só se estimula a criatividade, como se fomentam momentos de descontração mediados por atividades lúdicas (Oliveira & Perrone, 2018). Estes são também benéficos pois propiciam a que a criança, através da sua linguagem do brincar, expresse os seus sentimentos e pensamentos, assim como o manifesto de acontecimentos menos agradáveis, fundamentais para a compreensão dos profissionais de saúde que se repercute, posteriormente, nos cuidados de enfermagem (Poletto & Motta, 2015; Dal’Bosco et al, 2019).

Silva & Cabral (2015), corroboram a ideia de que a ludoterapia é uma prática de cuidados que contribui para diminuir o impacto que a hospitalização tem na criança. Os autores supramencionados, salientam que o hospital não pode ser considerado um local que apenas transmita *stress* e dor à criança e família, o estereótipo de apenas tratar a doença, mas sim um local que seja também considerado espaço de convivência e promotor do desenvolvimento infantil (Silva & Cabral, 2015).

Poletto & Motta (2015) afirmam que é uma forma de desenvolvimento infantil, e que através do brincar e com recurso aos jogos, os enfermeiros conseguem potenciar a educação para a saúde, nomeadamente na higiene, hábitos alimentares, entre outros.

Desta forma, o brincar poderá ser uma estratégia a adotar pelo EESIP para diminuir o impacto da hospitalização e promover o desenvolvimento infantil.

b. Estrutura e ambientes organizacionais

No que se refere às questões ambientais, estas têm suscitado interesse por parte de alguns autores (Disher et al, 2017; Rolim et al, 2017), nomeadamente no que diz respeito às características dos espaços e à redução dos ruídos nas unidades hospitalares. Os profissionais de saúde devem, sempre que possível, estar atentos não só à estrutura do espaço físico, à sua funcionalidade e eficiência, mas também ao conforto da criança, família e equipa multidisciplinar, tornando para isso o ambiente acolhedor e terapêutico (Silva et al, 2017; Dal’Bosco et al, 2019). É importante que a criança durante o internamento identifique o seu espaço, de forma a que este lhe desencadeie sentimentos e vivências positivas (Poletto & Motta, 2015). A criação de um ambiente mais colorido e lúdico nas unidades, e o recurso a salas próprias para a realização de tratamentos, é fundamental para que as crianças identifiquem o internamento, não como um local que transmite dor e sofrimento, mas também como um local de convivência e aprendizagem (Silva & Cabral, 2015; Rolim et al, 2017). Para isso, devem ser criados espaços ajustados à criança e pensados no seu desenvolvimento, por exemplo: a criação de um ateliê criativo, espaço esse que propicie a logística com brinquedos, jogos e computadores, assim como a realização de atividades, nomeadamente musicais, de interação social entre as crianças e os profissionais de saúde (Silva & Cabral, 2015; Silva et al, 2017). Nestes espaços pensados e destinados às crianças, é possível, através de estratégias de cuidado e aprendizagem, conduzir a brincadeira a momentos de promoção para a saúde, tendo sempre como foco as etapas de crescimento e desenvolvimento da criança (Poletto & Motta, 2015).

Disher et al. (2017), por outro lado, referem que os ambientes de prestação de cuidados são propícios ao ruído, sendo crucial a mudança de paradigma na criação de ambientes que tornem todo o envolvente de prestação de cuidados à criança mais calmo, acolhedor, e humanizado, diminuindo, para isso, o volume dos alarmes e os ruídos nas unidades.

c. Cuidado centrado na família

O cuidado centrado na família, prestado em parceria, representa a filosofia dos cuidados de enfermagem pediátrica (Casey, 1993). A família associa-se na parceria do cuidar à criança. Neste sentido o EESIP deve desenvolver habilidades comunicacionais e de capacitação à criança e família para que se estabeleça uma relação empática entre os profissionais-família-criança (Silva, 2019).

Rolim et al. (2017) salientam a importância da comunicação entre o Enfermeiro, família e criança. Os mesmos autores referem que os enfermeiros devem informar as crianças e famílias sobre os procedimentos mais invasivos e dolorosos ou outros que lhes provocam medo e ansiedade, como por exemplo, a hospitalização da criança.

O enfermeiro, ao criar oportunidades lúdicas, como a leitura através dos contos infantis, e ateliês lúdicos nas salas de esperas, permite o esclarecimento de dúvidas, a promoção do desenvolvimento infantil, bem com estabelecer uma relação empática com a família e a criança, facilitando a sua interação com o enfermeiro e restantes profissionais de saúde (Polleto & Motta, 2015; Rolim et al.,2017).

O brincar e a música, podem permitir e estimular a participação da família nos cuidados à criança, promovendo um melhor acolhimento nas unidades de saúde e a criação de empatia através de vínculos entre os enfermeiros, família e crianças (Silva et al, 2017). Torna-se assim, importante a interação dos pais nos momentos de cuidados à criança, mas também nos momentos lúdicos, tornando-se grandes parceiros (Dal’Bosco et al, 2019). Os enfermeiros ao incentivarem os pais a participarem nos cuidados à criança através da implementação de estratégias lúdicas, como cantar com os seus filhos, ou ler uma história, estão a contribuir para diminuir a ansiedade da criança, tornando-a mais descontraída, e conseqüentemente reduzir o impacto da hospitalização.

Dal’Bosco et al. (2019), salientam que se torna imperativo incentivar a aproximação dos familiares ou da pessoa significativa, tendo um papel preponderante nos cuidados à criança. Esta será uma forma de melhorar os resultados na adesão ao regime terapêutico, promovendo ainda a aproximação e a comunicação, para uma parceria de cuidados efetiva.

2.6. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

As unidades pediátricas devem promover a humanização dos cuidados e o estabelecimento uma parceria de cuidados efetiva. Para que se assegure a parceria, é fulcral estabelecer uma negociação dos cuidados com os pais, incentivar a sua presença e envolvimento, assegurando o crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A primeira fase de internamento, ou seja, o acolhimento, sendo um dos primeiros contactos a ser realizado entre a criança, família e os profissionais de saúde, é onde deve iniciar a atuação do EESIP com vista à humanização dos cuidados. Este deve estruturar a admissão, no sentido de conhecer as especificidades de cada criança e família: o brinquedo/objeto preferido da criança deve ser questionado e permitido no acompanhamento à criança; a rotina dos cuidados de higiene e conforto deve ser respeitada e assemelhar-se ao ritual realizado no domicílio; a criança deve vestir-se conforme está habituada e de acordo com as suas preferências, não estabelecendo a regra do uso de pijama; a comida deve ser adequada aos seus gostos, respeitando os horários habituais, entre outros.

O ambiente e estrutura organizacional do internamento também deve possuir determinadas características. O espaço físico deve atender às necessidades de cada criança, assim como ao seu estadio de desenvolvimento. É fundamental que existam ateliês lúdicos onde as crianças possam brincar, com diferentes métodos de brincadeira, como desenhar, cantar, jogos didáticos e horas de conto. Para além destes ateliês terem, se possível, vista para a natureza, os espaços livres e o contacto com diversas texturas, sempre que a situação clínica o permita, são também aspetos importantes a ter em conta como medidas a serem implementadas nas unidades. A musicoterapia, seja o canto de canções, como o uso de instrumentos musicais são bons aliados na distração das crianças/família e no desenvolvimento infantil. Para as crianças que lidam habitualmente com animais de estimação, e que estes fazem parte do seu dia a dia e/ou crianças que se sintam bem junto deles, a *pet* terapia também seria um recurso a implementar nas unidades, tal como a terapia do palhaço se estes não forem um momento causador de medo e *stress*.

Outro aspeto a ser tido em conta é o ruído nas unidades. É necessário sensibilizar a equipa multidisciplinar, assim como as visitas para esta temática. Para colmatar este

problema e de forma a lembrar as pessoas quando o ruído ultrapassar o limiar da normalidade, poderá ser utilizado um aparelho denominado sonómetro que sinaliza com cor diferente estes momentos, chamando a atenção dos profissionais de saúde e visitas quando são ultrapassados o número de decibéis tolerado para a qualidade de cuidados.

Para que possa existir uma documentação das intervenções realizadas e para a melhoria da qualidade de cuidados, é necessário que sejam efetuados os registos de enfermagem de forma pormenorizada.

Sugere-se a criação de grupos de trabalho, compostos por EESIP, que promovam a inclusão nos sistemas de informação utilizados pelas unidades, da possibilidade de registar determinadas especificidades de cada criança e família, de forma a adequar e redefinir o plano de cuidados em parceria estabelecida para os mesmos. Seria importante, também, que os EESIP implementem intervenções que incluam, por exemplo:

- Avaliação do desenvolvimento da criança tendo em conta a escala de avaliação de Mary Sheridan para que se acompanhem os diferentes ritmos de desenvolvimento. Esta escala, permite que o EESIP participe ativamente no processo de desenvolvimento de cada criança individualmente, com vista a detetar precocemente e intervir perante alterações dos padrões de desenvolvimento considerados normais para cada etapa;

- O registo de contatos via telefone, realizados pelos pais, ausentes da unidade, através de uma linha criada para o efeito, constituindo uma intervenção nos sistemas de informação para esta temática. O EESIP pode ainda aproveitar este momento para negociar cuidados para o dia seguinte;

- A inclusão dos irmãos na prestação de cuidados, mesmo que sejam apenas tarefas simples, como segurar a chupeta. O registo de intervenções que são realizadas com os irmãos, conforme realizado em uma UCIN de um Hospital do Grande Porto, em que está a ser desenvolvido um projeto dos irmãos, oferecendo um diário para que acompanhem cada etapa do RN, como a retirada do CPAP (*“Continuous Positive Airway Pressure”*), o primeiro banho, método canguru, entre outros. Este projeto poderá ser replicado em outras instituições;

- O processo de ensino que é realizado aos pais relativo à alimentação por sonda oro e nasogástrica, para que se sintam mais autónomos e envolvidos no processo alimentar do RN.

Em suma, para que seja possível o alcance das intervenções, primeiramente, deve ser dinamizado por grupos de trabalho compostos por EESIP, formação contínua aos restantes enfermeiros da equipa e à equipa multidisciplinar relativa às diferentes intervenções promotoras da humanização dos cuidados, promovendo a uniformização de procedimento e a aquisição de conhecimentos e competências fulcrais para o crescimento e desenvolvimento da criança.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade, na sua generalidade, não aceita a doença, dor e/ou sofrimento nas crianças e jovens, visto que nesta fase existe a ideia de saúde na sua plenitude e a expectativa que o futuro decorra sem grandes dificuldades (Boto, 2014). Porém, quando se é defrontado com ela, na condição de doente, como todo o ser humano, tem o seu comportamento modificado e, por sua vez, o seu desenvolvimento poderá estar comprometido.

Nesta perspetiva, ao longo do desenvolvimento deste relatório procurou-se compreender a complexidade das várias experiências potencialmente perturbadoras decorrentes da hospitalização, dando especial relevância à possibilidade de haver consequências não só negativas como também positivas. A análise crítico-reflexiva, permitiu a consolidação de conhecimentos, assim como a possibilidade de abordar as atividades desenvolvidas, bem como refletir nas competências inerentes do EESIP.

A doença e a hospitalização são, para algumas crianças, as primeiras crises com que se deparam. Em particular durante os primeiros anos de vida, são sobretudo vulneráveis as crises de doença e de hospitalização, pois representam uma mudança no seu estado habitual de saúde e rotina familiar. No decorrer da hospitalização da criança, o EESIP, deve dar particular ênfase a aspetos como: prevenir e minimizar os efeitos da separação da família e amigos, minimizar a perda de controlo, diminuir a lesão corporal e a dor, e proporcionar atividades lúdicas e escolares adequadas a cada etapa de desenvolvimento, fundamentais para a humanização dos cuidados. Para além destas estratégias, é importante considerar a família como um elo fundamental e parte integrante para se alcançar uma prestação de cuidados mais humanizada (Silva, 2019). Assim, como intervenções de enfermagem humanizadoras dirigidas à família descrevem-se: os grupos de apoio aos pais, o acolhimento, a capacitação dos pais, a inclusão dos pais na prestação de cuidados à criança, e permanência durante o internamento da criança (Lopes, 2021).

A realização deste trabalho abre portas para possíveis intervenções que conferem humanização dos cuidados, de forma a melhorar a qualidade das intervenções de enfermagem e potenciar um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Será importante dar formação aos profissionais para que a ludoterapia seja um fator potenciador de desenvolvimento. Através da utilização do ato de brincar, a criança desenvolve a sua

criatividade e fomenta momentos de descontração. Desta forma, é possível promover a diminuição do fator *stress* decorrente, nomeadamente através da criação de ateliês lúdicos, seja no âmbito do internamento ou salas de espera, permitindo à criança desenhar, pintar, a possibilidade de momentos de leitura de uma história aos quadrinhos, de brincadeiras com jogos didáticos, atividades musicais, entre outros. As estruturas e ambientes devem ser adaptados a cada etapa de desenvolvimento, no que diz respeito às características dos espaços e à diminuição de ruídos decorrentes nas unidades hospitalares. A criação de ambientes coloridos e acolhedores, e o recurso a locais próprios para a realização de tratamentos são aspetos fundamentais para que as crianças não identifiquem o hospital apenas como um local gerador de dor e angústia, mas como um espaço gerador de convivência e aprendizagem. O estabelecimento de uma relação empática entre o EESIP-criança-família facilita a sua interação e, por consequência, promove o desenvolvimento infantil. Os pais são incentivados a participar nos cuidados, mas, também, nos momentos lúdicos contribuindo para a diminuição da ansiedade das crianças, tornando-as mais descontraídas e, conseqüentemente, reduzindo o impacto da hospitalização.

Com a realização deste estudo, verificou-se a pertinência desta temática, uma vez que os profissionais de saúde se mostraram conscientes da sua importância, tendo-se, no entanto, verificado algumas lacunas, nomeadamente na implementação da ludoterapia e da estruturação dos serviços. A proposta de intervenção vai de encontro às lacunas verificadas na prática clínica, sendo sugerida a criação de grupos de trabalho formados por EESIP para o desenvolvimento de formações. É crucial que se documente as intervenções através de registos de enfermagem pormenorizados, melhorando a qualidade de cuidados.

Em suma, com a elaboração deste relatório foi notório o crescimento pessoal e profissional no desenvolvimento e na consolidação das competências do EESIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J., Amendoeira, J. & Charepe, Z. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. 38(4):e2016-0070. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>
- Anta, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E. & Pereira, A. (2018) Hospitalização da Criança: Sentimentos e Opiniões dos Pais. *Revista de Psicologia*, 1: 125-132. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/17998/1/Hospitaliza%c3%a7%c3%a3o%20infad.pdf>
- Assoni, M., Lourenço, A., Silva, E. & Maia, I. (2021). O papel do enfermeiro gestor em pediatria: revisão integrativa da literatura. *Revista Nursing*, 24 (280): 6135-6140. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i280p6135-6146>
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: compreender para mudar*. Lisboa: Lidel
- Batalha, L. (2017). Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento da criança e cuidados a prestar. Retrieved from <https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=listTitle&lear=1>
- Beça, C. (2022). Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. [Universidade Católica Portuguesa]. Veritati-Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/38252>
- Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. A. & Macedo, M. (2011). *O Método da revisão integrativa*
- Boto, M. (2014). *Humanização dos cuidados de Enfermagem numa Unidade de Cuidados Intensivos Intensivos de Pediatria: Perceção dos Pais e dos Enfermeiros*. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
- Cabrera, J. (2017). *Triagem de Manchester, que futuro* (Dissertação mestrado, Universidade do Porto). Repositório Aberto da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/104138>
- Caiado, T. (2017). *Promoção da Parentalidade Positiva em Famílias: Potencialmente Maltratantes Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria*. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/21075/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio.pdf>
- Casey, A. (1993). The development and use of the partnership model of nursing care. In: Glasper, E.A., Tucker, A. (Eds). *Advances in Child Health Nursing*. Londres: Scutari Press.

- Catarino, M. (2018). Cuidados à Criança/Jovem com Necessidades de Saúde Especiais: O Contributo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. <http://hdl.handle.net/10400.26/25498>
- Correia, C. (2018). O nascimento prematuro e a promoção do desenvolvimento da criança e jovem: intervenções do enfermeiro especialista. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/24189/1/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio%20-%20Carlos%20Correia.pdf>
- Coughlin, M. (2016). Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. New York: Springer Publishing Company, DOI: 10.1891/CRNR-D-20-00044
- Cunha, R. (2018). Promoção do desenvolvimento infantil: intervenções do Enfermeiro Especialista. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/27950/1/Relat%c3%b3rio_Raquel%20Cunha%20N%c2%ba7317.pdf
- Dal’Bosco, E., Barancelli, M., Gobatto, M. & Schmidt, C. (2019). Hospital Humanization in Pediatrics: Project “Nurses of Joy”. *Revista de Enfermagem UFPE*, 13(4):1173-8. <http://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i04a238189p1173-1178-2018>
- Diário da República (2009). Decreto-Lei n.º 281/2009. Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). *Diário da República*, 1.ª série — N.º 193 — 6 de outubro de 2009. <https://files.dre.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Diário da República (2019). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. https://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_Manuais_DGS/Programa_Nacional_Saude_Infantil_Juvenil.pdf
- Direção Geral de Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar. <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAde-Escolar-2015.pdf>
- Disher, T., Benoit, B., Inglis, D., Burgess, S., Ellsmere, B., Hewitt, B., Bishop, T., Sheppard, C., Jangaard, K., Morrison, G. & Campbell-Yeo, M. (2017). Striving for Optimum Noise-Decreasing Strategies in Critical Care. *S. Perinat Neonat Nurs*, (31), 1, 58-66. DOI: 10.1097/JPN.0000000000000229
- Fernandes, V. (2018). Contributo do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria na Promoção da Parentalidade: Família com crianças com Cardiopatia Congénita. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. RCAAP.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/22375/1/Relat%c3%b3rio%20de%20Mestrado%20-%20Wilma%20Fernandes.pdf>

- Hanzen, I., Zanutelli, S. & Zanatta, E. (2019). Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem para Subsidiar a Consulta de Enfermagem à Criança. *Enfermagem em Foco*, 10(7): 16-21. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/2683/592>
- Hockenberry, M. & Wilson, D. (2018). Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. (10ª Edição). Editora Lusociência.
- Igreja, C. (2012). Gestão do Stresse e Estratégias de Coping: Quando o stresse deixa de ser um problema. [Tese de Mestrado, Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório ISCE. https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/7235/1/GEST%C3%83O%20DO%20STRESSE%20E%20ESTRAT%C3%89GIAS%20DE%20COPING%20Quando%20o%20stresse%20deixa%20de%20ser%20um%20problema_Cristina%20Igreja_ISCTE-IUL_2012_Mestrado.pdf
- Instituto de Apoio à Criança (1996). Carta da Criança Hospitalizada. <https://iacrianca.pt/carta-da-crianca-hospitalizada/>
- Lago P., Garetti E., Boccuzzo, G., Merazzi, D., Pirelli A, Pieragostini, L., Piga, S., Cuttini, M. & Ancora, G. (2013). Procedural pain in neonates: the state of the art in the implementation of national guidelines in Italy. *J Matern fetal Neonatal Med*, 23:407-414. <https://doi.org/10.1111/pan.12107>
- Leite, T., Vergílio, M. & Silva, E. (2017) Processo de trabalho do enfermeiro pediatra: uma realidade a ser transformada. *Revista Rene*, 18 (1): 26-34. <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/18862/29595>
- Lopes, I. (2021). Humanização dos cuidados de Enfermagem em Pediatria: Atuação do Enfermeiro Especialista. [Universidade Católica Portuguesa]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/36829/1/202947424.pdf>
- Magalhães, F., Lima, A., Rolim, K., Moura, A., Pinheiro, I., Fernandes, H., et al. (2018). Sacarose Como Intervenção Para a Prevenção e/ou Redução da Dor em Recém-nascidos: Revisão integrativa. *Atas CIAIQ2018 - Investigação Qualitativa em Saúde*. 2018. volume 2. Available from: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2018/article/view/185732>.
- Magalhães, F., Rolim, K., Pinheiro, I., Fernandes, H., Santos, M., Albuquerque, F. & Aragão, B. (2020). Eficácia da sacarose no alívio da dor no recém nascido: revisão integrativa da literatura. *Rev. Enferm. Digit. Cuid. Promoção Saúde*, 5(2):125-134. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20200022>

- Marques, P., Garcia, T., Anders, J., Luz, J., Rocha, P. & Souza, S. (2016). Lúdico no cuidado à criança e ao adolescente com câncer: perspetivas de equipa de enfermagem. *Escola Anna Nery*, 20 (3). <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160073>
- Mendes, S. (2019). Crescer Forte, Saudável e Feliz: Promoção da alimentação saudável em ambiente escolar. [Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/28863/1/Relatorio%20de%20Est%c3%a1gio%20Final%20-%201.pdf>
- Oliveira, V. & Perrone, R. (2018). O brincar como sustentáculo da saúde mental da criança. Repositório das Universidades Lusíada. DOI: <https://doi.org/10.34628/yhcy-0e83>
- Ordem dos Enfermeiros (2008). Dor: Guia Orientador de Boa Prática. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/cadernosoe-dor.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/CadernosOE_GuiasOrientadoresBoaPraticaCEESIP_Vol_III.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8898/regulamentopadrosesqualidadecuidadosespecializadosenfermagensaudecriancajovem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Estratégias Não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). Código deontológico, 10. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento no422/2018. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. *Diário Da República*, 133(2), 19192–19194
- Page, M., Moher, D., Bossuyt, P., Boutron, I., Hoffmann, T., Mulrow, C., Shamseer, L., Tetzlaff, J., Akl, E., Brennan, S., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J.,

- Hróbjartsson, A., Lalu, M., Li, T., Elizabeth, W., Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L., Stewart, L., Thomas, J., Tricco, A., Welch, V., Whiting, P. & McKenzie, J. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. (160). DOI:10.1136/bmj.n160
- Poletto, P. & Motta, M. (2015). Education in health in the waiting room: care and action to the child who lives with HIV/aids. *Escola Anna Nery* 19 (4), 641-47. DOI:10.5935/1414-8145.200150086
- Ribeiro, S. (2018). Capacitação Parental: o cuidar à criança/jovem com doença crónica. [Universidade de Évora]. Repositório da Universidade de Évora. <https://rdpc.uevora.pt/handle/10174/23411>
- Ritto, C., Rocha, D., Costa, I., Diniz, L., Raposo, M., Pina, P. (2017) Manual de dor crónica. Algés: Fundação Grunenthal.
- Rodriguez, S. (2017). O papel da música na promoção da saúde em idade pediátrica. [Tese de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/33494>
- Rolim, K., Pinheiro, C., Magalhães, F., Frota, M., Mendonça, F. & Fernandes, H. (2017). Comic books: technology in health for the humanization of care delivery to hospitalized children. *Revista de Enfermagem de Referência*, IV, (14), 69-78. <http://doi.org/10.12707/RIV17028>
- Sanders, J. (2014). A Criança Hospitalizada: Cuidados Centrados na Família em Situações de Doença e Hospitalização. Em M. hockenberry, & D. Wilson, Wong, *Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ª Edição)* Loures: Lusociência.
- Santos, R. (2019). Continuidade de Cuidados em Pediatria: Ser Criança com Doença Crónica no Domicílio – Uma Resposta Pediátrica. [Instituto Politécnico de Beja]. Repositório IPBeja. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4851/1/Raquel%20Santos.pdf>
- Santos, S., Santos, E. & Lacerda, A. (2017). Dor Crónica em Pediatria: Orientações para profissionais de saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49: 167-77. <https://ojs.pjp.spp.pt/article/view/13014/10678>
- Serra, F. (2019). Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a satisfação das necessidades dos pais da criança hospitalizada em pediatria. Instituto Politécnico de Setúbal. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
- Serra, F. (2019). Contributos do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica para a satisfação das necessidades dos pais da criança hospitalizada em pediatria. [Instituto Politécnico de Setúbal]. RCAAP.

<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30863/1/Relatorio%20Filipa%20Final.pdf>

- Silva, A. (2012). Humanização dos cuidados de Enfermagem no serviço de internamento de pediatria: percepção dos pais e enfermeiros. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.
- Silva, C., Pellegrinelli, A., Pereira, S., Passos, I. & Santos, L. (2017). Práticas educativas segundo os “Dez passos para o sucesso do aleitamento materno” em um Banco de Leite Humano. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 22(5), 1661-1671. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017225.14442015>
- Silva, G. (2019). Humanização dos cuidados em Pediatria: Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Instituto Politécnico de Setúbal. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.
- Silva, J., Azevedo, E., Barbosa, J., Lima, M., Cantalice, A., Ramalho, M. & Barbosa, H. (2021). O lúdico como recurso terapêutico no tratamento de crianças hospitalizadas: percepção dos enfermeiros. *Enferm Foco*, 12(2):365-71. DOI: 10.21675/2357-707X.2021.v12.n2.4358
- Silva, K., Taets, G. & Bergold, L. (2017). Using music in a pediatric unit: helping to humanize the hospital. *Revista de Enfermagem UERJ*, 25, 1-5. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26265>
- Silva, L. & Cabral, I. (2015). Rescuing the pleasure of playing of child with cancer in a hospital setting. *Revista Brasileira de Enfermagem REBEn*, 68(3): 391-7. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.2015680303i>
- Soares, A. (2020). Vivência Materna com o Método Canguru no Domicílio. *Revista REME*, 24; e-1295. DOI: 10.5935/1415-2762.20200024
- Sossela, C. & Sager, F. (2017) A criança e o brinquedo no contexto hospitalar. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 20 (1), 17-31. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v20n1/v20n1a03.pdf>
- Sousa, L., Marques, J., Firmino, C., Frade, F., Valentim, O. & Antunes, A. (2018). Modelos de Formulação da Questão de Investigação na Prática Baseada na Evidência. *Revista de Investigação de Enfermagem*, 2018: 31-39. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/bitstream/20.500.12253/1287/1/artigo31-39.pdf>
- Srouji, R., Ratnapalan, S. & Schneeweiss, S. (2010). Pain in Children: Assessment and nonpharmacological management. *International Journal of Pediatrics*, 10. DOI: 10.1155/2010/474838

- Tomás, C., & Fernandes, N. (2011). Direitos da criança em Portugal: os desassossegos dos riscos na/da Infância. IV Encontro de Maus-Tratos, Neglicência e Risco Na Infância e Na Adolescência. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/15070>
- Ulisses, L., Santos, L., Araújo, C., Oliveira, E. & Camargo, C. (2017). Pain Management in children as perceived by the nursing team. *Revista Enfermagem UERJ*, 25, 1-7. <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.15379>
- Watson, J. (2016). *Caring science theory*. Caring Science Institute. Retrieved from <https://www.watsoncaringscience.org/jean-bio/caring-science-theory/>
- World Health Organization. (2018). Protecting, promoting and supporting Breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised baby-friendly hospital initiative. Geneva: Penny Howes. <http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/bfhi-implementation-2018.pdf?ua=1>
- Zirpoli, D., Mendes, R., Reis, T., Barreiro, M. et al. & Menezes, A. (2019). Benefícios do método canguru: uma revisão integrativa. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental*, 11(2):547-54. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.547-554>

APÊNDICES

APÊNDICE I – APRENDER A PREVENIR – 1 AOS 4 ANOS



APRENDER A PREVENIR

1 aos 4 anos

Enf^a Sara Tomás
Enf^a Teresa Magalhães



A melhor forma de evitar os acidentes é através da prevenção dos mesmos.

A pequena estatura das crianças aumenta o risco de acidentes, principalmente rodoviários.



Os acidentes em crianças e jovens são considerados uma "nova epidemia", já que constituem, atualmente, nos países desenvolvidos, a primeira causa de morte em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 1 e os 15 anos.



Os acidentes na infância – contexto Portugal



(APSI, 2017)

Tipos de acidentes



Que cuidados devo ter?

Por volta dos 12 meses a criança vai gradualmente começar a andar, correr, saltar, trepar e com vontade de explorar o mundo que a rodeia.

As novas aquisições, que se traduzem sobretudo em maior mobilidade, dificultam a vigilância e tornam este período particularmente perigoso.



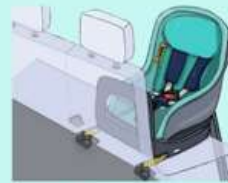
Prevenção de acidentes rodoviários:

1. Ter em atenção a escolha da cadeira:

Viajar virada para atrás até aos 3 anos, numa cadeira homologada para instalação de costas até aos 18kg ou 25kg.
Crianças com menos de 3 anos só podem andar no banco ao lado do condutor, se os airbags estiverem desativados.



Até aos 12 meses



12 meses aos 3 anos



2. Crianças com menos de 3 anos só podem ser transportadas no banco ao lado do condutor se os airbags estiverem desativados.
3. Em qualquer idade, ter atenção à colocação do cinto de segurança no carro.
4. Ao andar a pé, a criança deverá ir sempre pela mão, do lado de dentro do passeio.
5. Não andar sem acompanhamento, de triciclo ou bicicleta, perto do ambiente rodoviário - usar sempre capacete adaptado ao tamanho da cabeça e bem ajustado.
6. Usar proteção quando a criança estiver a andar de bicicleta, skate, patins, entre outros.
7. Instruir a criança sobre a sinalização rodoviária, de forma a protegê-la.

Prevenção de quedas



Não deixar a criança pequena sozinha na cama de adultos, sofá ou mesa de muda fraldas.
Ensinar a criança a descer de barriga para baixo de camas, sofás e cadeiras:

Ter atenção aos equipamentos de proteção aquando da prática de desporto.



Quando a criança começar a gatinhar ou andar, colocar vedações no primeiro e último degrau das escadas e evitar os chamados "voadores".
A criança deve calçar sapatos bem presos aos pés pois os chinelos aumentam o risco de queda e entorses.



As cadeiras de alimentação altas devem estar estáveis e encostadas à parede e as de encaixar não devem ser usadas em tampos de vidro. (Não esquecer que o arnês deve estar sempre apertado).



Optar por janelas basculantes ou instalar limitadores de abertura nas janelas e portas de acesso a terraços e varandas e não colocar brinquedos ou equipamentos perto das janelas.

Antes da utilização de um equipamento/brinquedo verificar as suas condições, pois estes requerem especificidade à idade e devem ter o certificado de segurança.



Prevenção de afogamento



Na praia, rio e piscinas colocar coletes salva-vidas e/ou braçadeiras. Quando possível ensinar a nadar, mantendo sempre a vigilância.

Manter a criança sob vigilância quando esta se encontra perto da água.



Nos tanques, poços e piscinas, existir algo que impeça a criança de aceder, como as vedações. Os baldes/alguidares/piscinas insufláveis devem ser despejados assim que deixarem de ser usados;

No banho nunca deixar a criança com menos de 3 anos sozinha e colocar tapete antiderrapante.



Prevenção de intoxicações:

- Guardar as embalagens de produtos potencialmente tóxicos após a sua utilização.
- Guardar os produtos de limpeza em locais altos e devidamente fechados.



- Não tomar medicamentos em frente às crianças, pois podem querer imita-los.



- Manter os produtos nas embalagens originais, não reutilizando as mesmas.
- Não deixar os produtos de limpeza no mesmo espaço que os alimentos.
- Guardar os produtos de limpeza em locais altos e devidamente fechados.



ATENÇÃO

O que fazer em caso de intoxicação?

Ligar de imediato ao **CIAV** (Centro de Informação Anti Venenos) e não avançar para nenhum procedimento (como provocar o vômito) sem indicação de um profissional de saúde.

808 250 143

deve estar afixado num lugar visível!



Prevenção de queimaduras:



- Ter atenção à utilização de líquidos e óleos quentes perto da criança.
- Deixar as toalhas de mesa fora do alcance da criança, para que esta não a puxe.
- Colocar a pega das panelas para dentro do fogão.
- Não cozinhar nem transportar ou ingerir líquidos ou alimentos quente com ela ao colo.



- Evitar a exposição direta ao sol, principalmente nos 6 primeiros meses de vida. Colocar protetor solar na face diariamente.



Prevenção de choques elétricos:

Os fios elétricos devem estar fora do alcance das crianças e não devem estar danificados.

As crianças não devem brincar junto de televisões, equipamentos de som ou outro tipo de equipamentos elétricos que estejam ligados ou não.

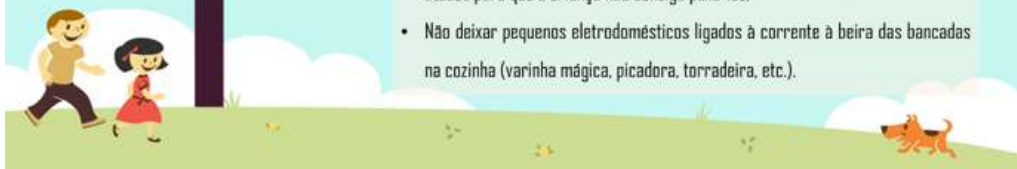
Os eletrodomésticos devem ser colocados num local fora do alcance da criança.

Tomadas elétricas devem estar cobertas com capas plásticas protetoras.



Outros traumatismos

- Fixar à parede as estantes e outros móveis, sobretudo altos e pesados;
- Colocar travões em gavetas pesadas e limitadores de abertura de armários onde se guardem objetos perigosos (como, por exemplo, facas);
- Evitar ter objetos decorativos pesados, televisões ou outros equipamentos em móveis baixos ou mesas pouco estáveis;
- Colocar protetores em esquinas de móveis que possam ferir, sobretudo quando ficam à altura da cabeça e olhos da criança;
- Os fios elétricos de candeeiros, eletrodomésticos, etc, devem ser enrolados e atados para que a criança não consiga puxá-los;
- Não deixar pequenos eletrodomésticos ligados à corrente à beira das bancadas na cozinha (varinha mágica, picadora, torradeira, etc.).



Referências bibliográficas:

- APSI(2017) Relatório de Segurança Infantil.
- APSI. (2018). Por tipo de acidente. Associação Para a Promoção Da Segurança Infantil.
- APSI. (2020). Campanha de Prevenção de Afogamentos 2020. Associação Para a Promoção Da Segurança Infantil. <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-accos/255/campanha-de-prevencao-de-afogamentos-2020>.
- Associação Brasileira de Medicina do Tráfego. (2006). Segurança no transporte veicular de crianças: Parte I. Projeto Diretrizes.
- Del Ciampo, L. A., Almeida, C. A. N., & Ricos, R. B. (2008). Prevenção de Acidentes. Ricos RB, Del Ciampo LA, Almeida CAN. Puericultura-Princípios e Práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. 1. 127-32.
- Feijó, Yoda, C. H., et al. (2013). "Queimadura Pediátrica: Fatores Associados a Sequelas Físicas Em Crianças Queimadas Atendidas No Hospital Infantil Joana de Gusmão." Revista Brasileira de Queimaduras, vol. 12, no. 2, pp. 112-117. <http://rbq.queimaduras.org.br/detalhe/155/ptBR/queimadura-pediatrica-fatores-associados-a-sequelas-fisicas-em-criancas-queimadas-atendidas-no-hospital-infantil-joana-de-gusmao>.
- FERREIRA, J.; SOUZA, T. Y. (2014) Desobstrução de vias aéreas superiores em crianças menores de um ano. Rev. Enf. Profissional, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.267-275.
- INEM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Departamento de Formação em Emergência Médica.
- PAPSJ. (2011). Plano de ação para a segurança infantil. Associação Para a Promoção Da Segurança Infantil.



APÊNDICE II – ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

DICAS IMPORTANTES

- Iniciar a alimentação diversificada o mais próxima dos 6 meses, se o seu bebé apresenta um peso adequado;
- Dos 6 aos 12 meses, a oferta de leite deve ser mantida - preferencialmente o leite materno - cerca de 500ml por dia;
- Se aleitamento materno exclusivo, não é necessária a oferta de água até aos 6 meses;
- Deve oferecer-se alimentos à colher e ir aumentando progressivamente a quantidade e a consistência das refeições;
- Introduzir faseadamente os alimentos - 3 a 5 dias de intervalo entre os alimentos;
- Não desistir de um alimento após a primeira rejeição;
- Não adicionar sal, açúcar ou mel antes dos 12 meses.

> 12 MESES

Dieta familiar!

Dieta saudável - variada e equilibrada. Devem cortar-se os alimentos em pedaços pequenos. Nesta altura pode iniciar-se o leite de vaca, sendo que o desejável será utilizar "leites de crescimento" dos 12 meses aos 24-36 meses.



ESCOLA SUPERIOR SANTA MARIA

ENF. SARA TOMÁS
ENF. TERESA MAGALHÃES



ALIMENTAÇÃO NO 1º ANO DE VIDA

0-6 MESES

LEITE MATERNO:

Privilegiar o leite materno exclusiva até aos 6 meses. Até quando? Até aos 2 anos ou mais, desde que a mãe e o bebé o desejem.

LEITE ADAPTADO:

- Até aos 6 meses: tipo 1
- Dos 6 aos 12 meses: tipo 2;
- Mais de 12 meses: tipo 3 ou 4.

5 - 6 MESES

O primeiro alimento a introduzir: SOPA.

Receita:

- Base com puré da batata e cenoura;
- Adicionar um legume de cada vez, com intervalo de 3 a 5 dias;
- Adicionar 1 colher de chá de azeite em cru na final da cozedura.

ATENÇÃO: espinafre, nabo, nabiga, beterraba e aipo, devem ser introduzidos apenas após os 12 meses.

... A seguir à sopa vem a **PAPA!**

As papas lácteas são preparadas com água e as não lácteas são preparadas com o leite habitual. Gluten só após os 6 meses!

A papa deve ser dada apenas 1x/dia - 55 a 50g (2 a 3 colheres de sopa rasas).



6 MESES

CARNE, PEIXE E FRUTA

Preferir carnes brancas, como frango, peru, coelho ou peixes magros como pescada, linguado, solha ou faneca.

Na 1ª semana: cozer a carne na sopa e dar a sopa sem a carne;

Na 2ª semana: colocar 10g de carne triturada, aumentando gradualmente até as 25-30g (1 colher de sopa/dia) na sopa de legumes.

Aconselham-se 4 refeições de carne e 3 refeições de peixe por semana!

Iniciar com maçã ou pêra trituradas (cozidas, assadas ou em vapor) ou banana triturada (crua). À sobremesa ou lanche e não como refeição principal.

Exceções: papais, pêra, abacate, manga, apenas a partir dos 6-7 meses;

Morangos, amoras, kiwi e maracujá, após os 12 meses.

7 MESES

PÃO em pedaços para treino da mastigação ou como açorda com carne ou peixe.

8 MESES

BATATA, ARROZ, MASSA, com carne ou peixe, sempre acompanhados de legumes.

9-11 MESES

GEMA OVO

Aos 9 meses, iniciar com 1/2 gema por semana, durante 2-3 semanas e depois 1 gema inteira.

Apenas até 1 gema de cada vez e não exceder 2-3 gemas por semana.

Se utilizada gema de ovo numa refeição, não dar carne ou peixe.

IOGURTE

Aos 9 meses dar 150-200ml ao lanche em alternativa ao leite ou papa. Deve ser natural, sem aromas nem qualquer aditivo de açúcar.

LEGUMINOSAS

Entre os 9-11 meses - grão, ervilha, feijão, lentilha e fava. Devem ser bem demalhadas antes de cozer, inicialmente sem casca e em pequenas porções.

A **CLARA DE OVO**, apenas após os 11 meses.



APÊNDICE III – APRENDER A PREVENIR – CRIANÇAS COM NECESSIDADES
ESPECIAIS

APRENDER A PREVENIR

"Crianças com necessidades especiais"



A melhor forma de evitar os acidentes é através da prevenção dos mesmos.
A pequena estatura das crianças aumenta o risco de acidentes, principalmente rodoviários.



Os acidentes em crianças e jovens são considerados uma "nova epidemia", já que constituem, atualmente, nos países desenvolvidos, a primeira causa de morte em crianças e jovens com idades compreendidas entre os 1 e os 15 anos.



Os acidentes na infância – contexto Portugal



(APSI, 2017)

Tipos de acidentes



Dos 12 meses aos 4 anos- que cuidados devo ter?

Por volta dos 12 meses a criança vai gradualmente começar a andar, correr, saltar, trepar e com vontade de explorar o mundo que a rodeia.

As novas aquisições, que se traduzem sobretudo em maior mobilidade, dificultam a vigilância e tornam este período particularmente perigoso.



Prevenção de acidentes rodoviários:

Ter em atenção a escolha da cadeira:

Viajar virada para atrás até aos 4 anos, numa cadeira homologada para instalação de costas até aos 18kg ou 25kg.

Crianças com menos de 3 anos só podem andar no banco ao lado do condutor, se os airbags estiverem desativados.



Até aos 12 meses



12 meses aos 4 anos



2. Crianças com menos de 3 anos só podem ser transportadas no banco ao lado do condutor se os airbags estiverem desativados.

3. Em qualquer idade, ter atenção à colocação do cinto de segurança no carro.

4. Ao andar a pé, a criança deverá ir sempre pela mão, do lado de dentro do passeio.

5. Crianças em cadeira de rodas ou com auxiliares de marcha devem estar sempre acompanhadas de maneira a ajudar no manuseamento dos equipamentos.

7. Independentemente das limitações, instruir a criança sobre a sinalização rodoviária, de forma a protegê-la.



Prevenção de quedas



A criança com mobilidade reduzida deve evitar correr ou andar com passo mais apressado. Deve deambular em sítios com o piso mais regular de maneira a evitar quedas. TML

Evitar tapetes e objetos soltos. Quando existem tapetes, fixá-los ao chão de maneira a que estes não se desloquem.





Quando há a necessidade de **descer** um obstáculo, devemos primeiro descer as rodas traseiras e só depois descer os pés.



No caso de o movimento ser feito ao contrário, o risco de queda é grande pois o tronco tende a cair para a frente, aumentando a probabilidade de capotação.



Perante um degrau, em situações em que a criança é portadora de cadeira de rodas, quando há a necessidade de **subir** um obstáculo, devemos primeiro elevar os pés e só depois subir a parte anterior da cadeira.



No caso de o movimento ser feito ao contrário, o risco de queda é grande pois o tronco tende a cair para a frente, aumentando a probabilidade de capotação.

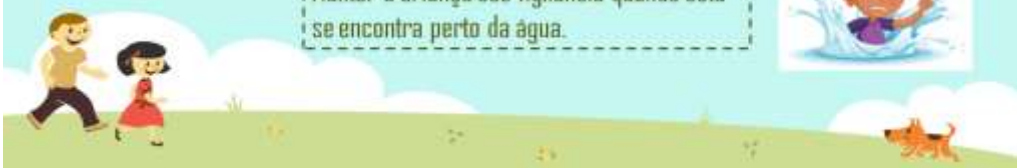


Prevenção de afogamento



Na praia, rio e piscinas colocar coletes salva-vidas e/ou braçadeiras. Quando possível ensinar a nadar, mantendo sempre a vigilância.

Mantém a criança sob vigilância quando esta se encontra perto da água.





Nos tanques, poços e piscinas, existir algo que impeça a criança de aceder, como, por exemplo, vedações. Os baldes/alguidares/piscinas insulfáveis devem ser despejados assim que deixarem de ser usados;

No banho nunca deixar a criança sozinha, independentemente da idade, uma vez que esta não possui a mesma capacidade de defesa, relativamente a uma criança com desenvolvimento normal



Prevenção de intoxicações:

- Guardar as embalagens de produtos potencialmente tóxicos após a sua utilização
- Guardar os produtos de limpeza em locais altos e devidamente fechados.



- Não tomar medicamentos em frente às crianças, pois podem querer imita-los.



- Manter os produtos nas embalagens originais, não reutilizando as mesmas.
- Não deixar os produtos de limpeza no mesmo espaço que os alimentos.
- Guardar os produtos de limpeza em locais altos e devidamente fechados.



ATENÇÃO

📌 que fazer em caso de intoxicação?

Ligar de imediato ao **CIAV** (Centro de Informação Anti Venenos) e não avançar para nenhum procedimento (como provocar o vômito) sem indicação de um profissional de saúde.

808 250 143

deve estar afixado num lugar visível!



Prevenção de queimaduras:




- Ter atenção à utilização de líquidos e óleos quentes perto da criança.
- Deixar as toalhas de mesa fora do alcance da criança, para que esta não a puxe.
- Colocar a pega das panelas para dentro do fogão.
- Ter em atenção a administração de alimentação por SNG ou PEG, adequar a temperatura dos alimentos de maneira a evitar queimaduras do trato digestivo.

• Evitar a exposição direta ao sol, principalmente nos 6 primeiros meses de vida. Colocar protetor solar na face diariamente.



- Verificar a água da banheira antes de colocar a criança na banheira.
- Ter atenção ao colocar as crianças em superfícies metalizadas expostas ao sol, que aquecem demasiado.
- Manter as lareiras, fornos, aquecedores com grade de proteção.

Prevenção de obstrução da via aérea/estrangulamento:



DEIXAR FORA DO ALCANCE DA CRIANÇA:

- Objetos pequenos, como tampa de caneta, botões, balões vazios, anéis, moedas, brincos.
- Os alimentos sólidos devem ser partidos em pedaços pequenos, retirando ossos, espinhas e caroços (supervisionar sempre a hora da refeição).
- Evitar rebuçados, gomas e outras goloseimas, que podem levar a criança a engasgar-se (supervisionar sempre a ingestão deste tipo de alimentos):
 - Brinquedos com peças pequenas e não adequados à idade.
- Os fios de estores e candeeiros pendurados devem ser enrolados e mantidos altos e afastados da cama da criança.



Ter em atenção a hora das refeições.
Crianças com alteração de desenvolvimento, tendem a ter problemas na deglutição (dificuldade a engolir), podendo aumentar o probabilidade de engasgamento.
A hora da refeição deve ser sempre feita com a supervisão de um adulto.



Manobra de Heimlich



Prevenção de choques elétricos:

Os fios elétricos devem estar fora do alcance das crianças e não devem estar danificados.

As crianças não devem brincar junto de televisões, equipamentos de som ou outro tipo de equipamentos elétricos que estejam ligados ou não.

Os eletrodomésticos devem ser colocados num local fora do alcance da criança.

Tomadas elétricas devem estar cobertas com capas plásticas protetoras.



Outros traumatismos

- Fixar à parede as estantes e outros móveis, sobretudo altos e pesados;
- Colocar travões em gavetas pesadas e limitadores de abertura de armários onde se guardem objetos perigosos (como, por exemplo, facas);
- Manter as cadeiras de rodas travadas e os auxiliares de marcha com proteções antiderrapantes;
- Evitar ter objetos decorativos pesados, televisões ou outros equipamentos em móveis baixos ou mesas pouco estáveis;
- Colocar protetores em esquinas de móveis que possam ferir, sobretudo quando ficam à altura da cabeça e olhos da criança;
- Os fios elétricos de candeeiros, eletrodomésticos, etc. devem ser enrolados e atados para que a criança não consiga puxá-los;

Referências bibliográficas:

- APSI (2017) Relatório de Segurança Infantil.
- APSI. (2016). Por tipo de acidente. Associação Para a Promoção Da Segurança Infantil.
- APSI. (2020). Campanha de Prevenção de Afogamentos 2020. Associação Para a Promoção Da Segurança Infantil. <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/campanhas-e-acoes/295/campanha-de-prevencao-de-afogamentos-2022>.
- Associação Brasileira de Medicina do Tráfego. (2008). Segurança no transporte veicular de crianças: Parte I. Projeto Diretrizes.
- Del Campo, L. A., Almeida, C. A. N., B. Rizzo, R. G. (2000). Prevenção de Acidentes. Risco RB. Del Campo L.A., Almeida C.A.N. Puericultura-Princípios e Práticas. Atenção Integral à Saúde da Criança. 1. 027-33.
- Feijó, Yoda, C. N., et al. (2013). "Queimadura Pediátrica: Fatores Associados a Sequelas Físicas Em Crianças Queimadas Atendidas No Hospital Infantil Joana de Gusmão." Revista Brasileira de Queimaduras, vol. 12, no. 2, pp. 112-117. <http://rbquemaduras.org.br/details/ISS/pdf/queimadura-pediatrica-fatores-associados-a-sequelas-fisicas-em-criancas-queimadasatendidas-no-hospital-infantil-joana-de-gusmao>.
- FERREIRA, J., SOUZA, T. V. (2014) Obstrução de vias aéreas superiores em crianças menores de um ano. Rev. Enf. Profissional, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p.267-275.
- INEM. (2017). Manual de Suporte Básico de Vida Pediátrico. Departamento de Formação em Emergência Médica.
- PAPSJ. (2010). Plano de ação para a segurança infantil. Associação Para a Promoção Da Segurança Infantil.

APÊNDICE IV: SÍNTESE DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Autor(es)/Ano/ título	País	Tipo de estudo	Objetivos do estudo	Amostra	Resultados
<p>Rolim et al. (2017)</p> <p>Comic books: technology in health for the humanization of care delivery to hospitalized children.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo qualitativo descritivo.</p>	<p>Descrever a experiência da elaboração e utilização de uma história aos quadradinhos (HQ) acerca do brinquedo terapêutico instrucional (BTI) sobre punção venosa, seguindo os pressupostos da teoria humanística de enfermagem.</p>	<p>Quatro alunos e três coordenadores do programa Anjos da Enfermagem Núcleo Ceará.</p>	<p>Criaram um ambiente mais colorido e lúdico na unidade com o intuito de retratar a realidade vivenciada na unidade, com o universo lúdico da criança;</p> <p>As mães afirmam que as crianças se sentem nervosas durante as punções venosas;</p> <p>É importante determinar o tempo de duração da intervenção com a criança para que esta ocorra de maneira menos traumática possível e de forma colaborativa;</p> <p>Ao explicar à criança o procedimento e para que servem os materiais utilizados exemplificando ou utilizando como recurso o brincar permite que a mesma assimile os conteúdos expressos a partir da empatia que é criada;</p> <p>Utilizando a empatia e o brincar, ao questionar a criança se estava com medo para o procedimento, a mesma afirma-se com coragem e segurança para enfrentar o procedimento.</p>
<p>(Silva et al, 2017)</p> <p>Using music in a pediatric unit: helping to humanize the hospital.</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Descrever a percepção das crianças hospitalizadas sobre as atividades musicais realizadas no ambiente hospitalar e analisar a relação entre música e humanização hospitalar.</p>	<p>20 crianças hospitalizadas.</p>	<p>15 (75%) expressaram-se juntamente com a música, seja através de palmas ou balançar do corpo ou até mesmo a dança;</p> <p>No desenvolvimento das atividades, 17 (85%) expressaram-se através do canto.</p> <p>Os pais também cantarolavam juntamente com seus filhos, demonstrando seu interesse em estimular a participação da</p>

					<p>criança possivelmente para reduzir o impacto da hospitalização;</p> <p>Cerca de 5 (25%) das crianças desenharam o violão, 5 (25%) incluíram a pesquisadora no desenho, e 8 (40%) desenharam outras coisas, que relataram estar relacionadas com música, evidenciando a importância da atividade musical naquele momento;</p> <p>As atividades musicais favoreceram a aproximação entre as crianças, pelo que desenvolveram brincadeiras em conjunto. Os enfermeiros especialistas em pediatria ao valorizarem o desenho como uma ferramenta importante promovem o desenvolvimento de sentimentos e interação entre profissionais, crianças e familiares.</p> <p>Esta possibilidade do brincar durante o internamento promoveu um ambiente terapêutico para as crianças e também para os pais, favorecendo a promoção da saúde.</p> <p>Estes resultados realçam a importância da música no sentido da estimulação da participação da família e na promoção do acolhimento e vinculação entre o profissional e a criança.</p>
(Silva & Cabral, 2015) Rescuing the pleasure of playing of	Brasil	Estudo qualitativo.	Dimensionar os espaços e as pessoas que atuam no brincar das crianças com cancro em tratamento de ambulatório.	22 familiares de sete crianças com cancro.	<p>Com a doença (cancro) as crianças são submetidas a internamentos hospitalares e tratamentos, pelo que deixam de poder interagir e brincar com a família e na escola.</p> <p>Os irmãos das crianças doentes referem que com o internamento dos irmãos não conseguem brincar com eles</p>

<p>child with cancer in a hospital setting.</p>					<p>nem com a mãe, que era a figura que acompanhava o irmão-doente.</p> <p>Há familiares que referem que em certos casos existem sequelas e, quando as crianças regressam à escola, por exemplo, estas podem ser limitadoras do seu retorno à vida escolar.</p> <p>As salas de brinquedos dos hospitais, relatam alguns familiares, que são extremamente importantes uma vez que durante o processo de doença, a criança passa mais tempo no hospital do que em casa.</p> <p>As casas de apoio promovidas pelos voluntários do hospital são destacados também pelo hospital, como momentos de brincadeira em que mantêm vínculos para interação social e promoção do desenvolvimento infantil.</p> <p>A brincadeira com crianças que vivem a mesma situação de saúde e doença proporciona bem estar aos familiares.</p> <p>Ao brincar no hospital a criança aprende novas brincadeiras para manter o seu processo de desenvolvimento ativo e estas passam a fazer parte das brincadeiras do domicílio.</p>
<p>Hospital humanization in pediatrics: project "nurses of joy"</p>	<p>Brasil</p>	<p>Estudo qualitativo</p>	<p>Relatar sobre a relevância da humanização hospitalar na Pediatria por meio da prática acadêmica em terapias lúdicas.</p>	<p>Estudantes de enfermagem (6 estudantes por semana) e as</p>	<p>Grande parte dos pais/acompanhantes tinham conhecimento do motivo de internamento das crianças, no entanto, não sabiam os cuidados necessários ou mesmo como prevenir determinadas situações.</p>

(Bosco et al, 2019)				crianças hospitalizadas.	Através da ludoterapia foi possível que as crianças e seus familiares pudessem expressar os seus sentimentos e acontecimentos desagradáveis durante o internamento; Os pais interagiram no momento da brincadeira pelo que estimularam a participação da criança, tornando-se aliados. Durante as brincadeiras, aproveitou-se para realizar educação para a saúde aos pais relacionados com o motivo de internamento de cada criança. Através das brincadeiras dos estudantes com as crianças e seus familiares promoveu-se uma relação de empatia e um ambiente mais acolhedor e humanizado.
Striving for Optimum Noise- Decreasing Strategies in Critical Care. (Disher et al, 2017).	Canadá	Estudo quantitativo	Entender os níveis de som atuais nas unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricos de um hospital terciário em comparação com as normas recomendadas; determinar quais padrões ou áreas específicas (caso existam) de preocupação existentes atualmente e identificar potenciais barreiras e facilitadoras ao nível da redução do som.	2 unidades de cuidados intensivos de um hospital terciário.	Os níveis de som identificados foram semelhantes durante as 24h; O som mais identificado foram as vozes da equipa e aspetos ambientais como a lavagem das mãos numas UCIN, noutras seria o som dos alarmes e ainda sons gerados pelas famílias e conversas entre enfermeiro-família; As vozes das equipas durante as rondas, durante as mudanças de turno, nas admissões e no posto central de enfermagem foram identificadas como uma fonte de níveis sonoros elevados.
Education in health in the	Brasil	Estudo qualitativo	Conhecer, sob a ótica da criança que vive com HIV/aids, os cuidados e as	Crianças atendidas no	A sala de espera é um ambiente favorável para o desenvolvimento de atividades de educação para a saúde

<p>waiting room: care and actions to the child who lives with HIV/aids (Poletto & Motta, 2015)</p>			<p>ações de educação em saúde que podem ser desenvolvidas na sala de espera.</p>	<p>serviço de saúde especializado em DST/aids.</p>	<p>utilizando a ludoterapia envolvendo também os familiares/cuidadores melhorando a comunicação e a interação entre os familiares e os profissionais de saúde.</p> <p>Há crianças e seus acompanhantes que se sentem mais motivados para ir aos serviços de saúde quando se desenvolvem atividades lúdicas nas salas de espera.</p> <p>As crianças que participaram nas atividades lúdicas na sala de espera diminuíram a ansiedade em comparação àquelas que não brincaram, pelo menos, 15 minutos;</p> <p>Os profissionais de saúde mesmo conhecendo as vantagens do uso de brinquedos, afirmam não o utilizarem com frequência com as crianças;</p> <p>Brincar na sala de espera permite à criança expressar os sentimentos gerados naquele tempo que aguarda pela consulta e permite perceber as expectativas que a mesma possui em relação a esse ambiente.</p> <p>Utilizando o brinquedo é possível desenvolver estratégias que podem desenvolver as crianças para a autonomia do seu autocuidado, como por exemplo, nos seus hábitos de higiene oral e corporal assim como nos cuidados a ter com a alimentação.</p>
--	--	--	--	--	---