

**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA  
TERAPIA ASSISTIDA POR CÃES NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE NA  
CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Jéssica Pinto



**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA  
EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA  
TERAPIA ASSISTIDA POR CÃES NA REDUÇÃO DA ANSIEDADE NA CRIANÇA  
HOSPITALIZADA**

Jéssica Alexandra Lopes Pinto

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica orientado pela Professora Goreti Marques, e coorientada pelo Professor Abílio Teixeira e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Maio de 2025  
Porto



**DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS  
DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM  
SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA  
TERAPIA ASSISTIDA POR CÃES NA REDUÇÃO DA  
ANSIEDADE NA CRIANÇA HOSPITALIZADA**

Jéssica Alexandra Lopes Pinto

Relatório de estágio no âmbito do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e  
Pediátrica orientado pela Professora Goreti Marques, e coorientada pelo Professor  
Abílio Teixeira e apresentada à Escola Superior de Saúde de Santa Maria.

Maio de 2025

Porto

"Onde há amor pela arte da enfermagem, há também amor pela humanidade."

*Hipócrates*

## **AGRADECIMENTOS**

É com imensa gratidão no coração que escrevo estas palavras de reconhecimento às pessoas que desempenharam um papel fundamental na realização deste trabalho, que estiveram sempre do meu lado e me apoiaram ao longo da concretização deste sonho.

Gostaria de agradecer à Prof<sup>ª</sup>. Goreti Marques, ao Prof. Abílio Teixeira e à Prof<sup>ª</sup>. Sofia Silva por todo o apoio, pela disponibilidade, pelas orientações, recomendações e paciência ao longo deste percurso. Obrigada pela confiança depositada em mim e pelo estímulo ao meu crescimento pessoal e profissional.

Agradecer à minha família, principalmente aos meus pais, sem eles, esta etapa que agora termina, não passaria de uma mera miragem. Por toda a escuta, partilha de sentimentos, pela paciência redobrada e todo o reforço positivo que tanto precisei, sem eles este percurso não seria o mesmo, são pilares na minha vida. Ao Tiago, o meu namorado, que esteve sempre presente e que me apoiou ao longo de todo o mestrado, mesmo naqueles dias de cansaço extremo, mostrando sempre companheirismo imprescindível e único nos momentos mais desafiantes. Obrigada por acreditares em mim, por incentivares a minha resiliência e motivar-me a seguir em frente nos momentos de exaustão.

Agradeço também aos meus colegas do Mestrado, que partilharam as ideias e experiências ao longo deste processo. Principalmente à minha amiga Mariana Marinho por todo o apoio, paciência e amizade que sempre demonstrou ao longo do nosso percurso e principalmente por nunca me deixar desistir.

Estender também um agradecimento especial a todas as enfermeiras Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica que contribuíram para a aplicação do presente projeto, desde o tempo dispensado, à dedicação e envolvimento pessoal, que em tudo contribuiu para o sucesso do trabalho realizado, e também a todas as crianças e famílias a quem tive o privilégio de prestar cuidados.

Ao meu amor pequenino, Maria Leonor que está prestes a nascer, por fazer de mim mais forte, pelo nascimento do amor incondicional e me fazer ter a esperança de um futuro risonho.

Por último, mas não menos importante, quero agradecer ao meu cão, Lucky, por me mostrar que o amor vive em diversas formas e por me inspirar na procura de terapias alternativas para o nosso bem-estar. Esteve ao meu lado em todos os momentos, pela sua presença silenciosa, seus olhares atentos e a sua alegria constante foram mais terapêuticos do que qualquer palavra de incentivo.

## **CHAVE DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

ABCDEF	Abordagem da via aérea, respiratória, circulatória, disfunção neurológica, exposição e fluídos
AAA	Atividade Assistida por Animais
ESSSM	Escola Superior de Saúde de Santa Maria
EE	Enfermeiro Especialista
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
EESIP	Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
FC	Frequência Cardíaca
INEM	Instituto Nacional de Emergência Médica
JBÍ	Joanna Briggs Institute
MESIP	Mestrado Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica
OE	Ordem dos Enfermeiros
PA	Pressão Arterial
PNSIJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNV	Pano Nacional de Vacinação
SIP	Saúde Infantil e Pediátrica
SU	Serviço de Urgência
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
RN	Recém-nascido
TAA	Terapia Assistida por Animais
TAC	Terapia Assistida por Cães
TCC	Terapia Cognitivo Comportamental
TDAH	Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade
UCIN	Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

## RESUMO

O presente relatório de estágio integra o percurso formativo do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, centrando-se no desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista e Mestre. Estrutura-se por duas grandes vertentes principais: uma descrição reflexiva das competências adquiridas em diversos contextos clínicos e a realização de uma *scoping review* sobre a influência da Terapia Assistida por Cães na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas.

No âmbito da prática clínica, destaca-se a progressiva consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, com ênfase na prestação de cuidados em contextos de elevada complexidade, a promoção da parentalidade e no apoio à criança e família em situações de vulnerabilidade. As experiências vivenciadas nos diferentes contextos de estágio permitiram a implementação de cuidados centrados na família, a intervenção em situações de risco e a contribuição para a melhoria da qualidade assistencial, sustentada na melhor evidência científica disponível.

A *scoping review* teve como objetivo mapear a evidência científica relativa à utilização da Terapia Assistida por Cães como estratégia complementar para o alívio da ansiedade em crianças hospitalizadas. Conduzida segundo as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI), incluiu pesquisas em bases de dados reconhecidas (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, MedicLatina). Os resultados indicam que a Terapia Assistida por Cães pode ser eficaz na redução da ansiedade, configurando-se como uma intervenção promissora no contexto hospitalar pediátrico, embora sejam necessários estudos adicionais para consolidar a sua eficácia.

Este trabalho sublinha a relevância da integração da investigação científica na prática clínica especializada e reforça a importância de ampliar o recurso a terapias complementares, como a Terapia Assistida por Cães, nos cuidados de saúde pediátricos.

Palavras-chave: Terapia Assistida por Cães, Ansiedade, Enfermagem Pediátrica, Criança Hospitalizada.

## **ABSTRACT**

This internship report is part of the academic path of the Master's Degree in Child and Pediatric Health Nursing, focusing on the development of competencies as both a Specialist and Master's-level Nurse. It is structured around two main areas: a reflective description of the competencies acquired in various clinical settings, and the execution of a scoping review on the influence of Canine-Assisted Therapy in reducing anxiety in hospitalized children.

Within the scope of clinical practice, the progressive consolidation of both core and specific competencies of the Pediatric and Child Health Specialist Nurse is highlighted, particularly in providing care in highly complex situations, promoting parenting skills, and supporting children and families in vulnerable circumstances. The experiences gained in different clinical placements enabled the implementation of family-centered care, intervention in risk situations, and contributions to improving the quality of care based on the best available scientific evidence.

The scoping review aimed to map the scientific evidence related to the use of Canine-Assisted Therapy as a complementary strategy to alleviate anxiety in hospitalized children. Conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines, it included searches in recognized databases (CINAHL, MEDLINE, Cochrane, MedicLatina). The results suggest that Canine-Assisted Therapy may be effective in reducing anxiety, presenting itself as a promising intervention in pediatric hospital settings, although further studies are needed to strengthen its evidence base.

This work underscores the relevance of integrating scientific research into specialized clinical practice and reinforces the importance of expanding the use of complementary therapies, such as Canine-Assisted Therapy, in pediatric healthcare.

**Keywords:** Canine-Assisted Therapy, Anxiety, Pediatric Nursing, Hospitalized Child.

## ÍNDICE

<b>ÍNDICE DE FIGURAS</b> .....	<b>8</b>
<b>ÍNDICE DE TABELAS</b> .....	<b>9</b>
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
<b>1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ENQUANTO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA</b> .....	<b>12</b>
1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	12
1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal .....	13
1.1.2. Melhoria contínua da qualidade .....	14
1.1.3. Gestão dos cuidados .....	16
1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	16
1.2. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA.....	18
1.2.1. Assiste a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde .....	18
1.2.2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade..	24
1.2.3. Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.....	33
1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE .....	38
<b>2. SCOPING REVIEW</b> .....	<b>40</b>
2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA .....	40
2.2. METODOLOGIA .....	42
2.3. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS .....	46
2.4. DISCUSSÃO .....	50
2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DO EESIP .....	52
<b>CONCLUSÃO</b> .....	<b>56</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>58</b>
<b>APÊNDICES</b> .....	<b>68</b>
APÊNDICES I	
APÊNDICES II	

## **ÍNDICE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 Fluxograma Preferred Reporting Items for Scoping Review (PRISMA). .....</b>	<b>47</b>
<b>Figura 2 Proposta de Intervenção – Terapia Assistida por Cães (TAC).....</b>	<b>55</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

<b>Tabela 1 Termos Mesh .....</b>	<b>45</b>
<b>Tabela 2 Resultados.....</b>	<b>49</b>
<b>Tabela 3 Apresentação e análise dos artigos selecionados.....</b>	<b>73</b>

## INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi desenvolvido no âmbito do Módulo IV, inserido no plano de estudos do 1.º semestre do 2.º ano do Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria. Este trabalho visa refletir o percurso formativo, com especial enfoque na consolidação das competências do Enfermeiro Especialista e do Mestre em Enfermagem, através da prática clínica e da investigação.

O Enfermeiro Especialista é um profissional dotado de conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, sendo capaz de responder de forma eficaz aos processos de vida e aos problemas de saúde, com base num elevado julgamento clínico e tomada de decisão fundamentada. Estas competências traduzem-se numa atuação especializada em contextos complexos e são reguladas pelo *Regulamento n.º 140/2019*, que estabelece as competências comuns dos Enfermeiros Especialistas, nomeadamente a responsabilidade profissional, ética e legal, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a gestão dos mesmos e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Acrescem ainda competências nas áreas da educação dos doentes e pares, da orientação, aconselhamento, liderança e investigação, que visam promover o avanço da prática de enfermagem.

Dada a experiência clínica prévia limitada na área da Pediatria, os estágios surgem como oportunidades fundamentais para contactar com diferentes contextos de prestação de cuidados à criança/jovem e respetiva família, possibilitando o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP). Tais competências encontram-se definidas no *Regulamento n.º 422/2018* da Ordem dos Enfermeiros, e incluem: assistir a criança/jovem e respetiva família na promoção da saúde; prestar cuidados em situações de especial complexidade; e responder adequadamente às necessidades associadas ao ciclo de vida e desenvolvimento da criança e do jovem.

No decurso da prática clínica e face às necessidades identificadas, emergiu o interesse em aprofundar o conhecimento relativamente à utilização da Terapia Assistida por Cães (TAC) na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas. Apesar do crescente interesse e de relatos sobre os benefícios da TAC, verifica-se ainda uma escassez de evidência empírica robusta que comprove a sua eficácia. Nesse sentido, optou-se pela

realização de uma *scoping review* com o objetivo de mapear a evidência científica disponível sobre esta intervenção no contexto hospitalar pediátrico.

Para a concretização deste trabalho, recorreu-se a uma metodologia descritiva, crítica e reflexiva, apoiada numa rigorosa pesquisa bibliográfica em bases de dados científicas. A revisão foi conduzida de acordo com as diretrizes do Joanna Briggs Institute (JBI), e a pesquisa bibliográfica decorreu nas seguintes bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews e MedicLatina.

Este relatório encontra-se estruturado de forma sequencial: inicia-se com a presente introdução, seguida de uma reflexão sobre a aquisição e desenvolvimento de competências inerentes à prática de enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica. Segue-se a descrição das competências desenvolvidas no âmbito do grau de Mestre, com destaque para a aplicação integrada dos saberes teórico-práticos. Por fim, apresenta-se a *scoping review*, na qual se contextualiza a temática investigada, descreve-se a metodologia adotada, apresentam-se os resultados obtidos e procede-se à sua análise, discussão e comparação com a literatura existente. O trabalho conclui com considerações finais e a listagem das referências bibliográficas utilizadas. A elaboração deste capítulo final evidencia as competências de Mestre, englobando atividades de formação, investigação e desenvolvimento no domínio científico da enfermagem. Todo o relatório foi redigido de acordo com as “Normas de Formatação de Dissertações de Mestrado” da Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM).

## **1. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS ENQUANTO ESFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA**

A elaboração deste capítulo tem como objetivo o desenvolvimento e a aquisição das competências comuns ao EE, específicas do EEESIP, e das competências de mestre em conformidade com os regulamentos em vigor. É importante destacar que o processo de aquisição das competências comuns do EESIP ocorre paralelamente ao desenvolvimento das competências de mestre.

Competência é caracterizado pelo saber agir responsável, eficaz e com identificação em determinada situação, num determinado contexto profissional e sujeito a um sistema de avaliação. Implica selecionar, mobilizar, integrar e transferir conhecimentos, considerando as aprendizagens pessoais, a formação educacional e a experiência profissional (Amaral e Figueiredo, 2020).

O desenvolvimento das competências dos enfermeiros, de acordo com Benner (2005) é baseado nas vivências práticas e na forma como estas foram adquiridas. A autora desenvolveu um modelo sobre a aquisição de competências, designado por: Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus. Este apresenta vários níveis, que consiste na demonstração de competências por parte do profissional de enfermagem, mais concretamente identificar as suas práticas e analisá-las de forma crítica e reflexiva, planeando-as e privilegiando assim as que são mais adequadas (Benner, 2005).

A prática reflexiva é fundamental para alargar o corpo de conhecimentos integrados na prática, representando uma aptidão essencial para o desenvolvimento profissional, uma vez que incentiva a auto consciencialização e a melhoria da qualidade dos cuidados (Peixoto & Peixoto, 2016). Neste sentido, os mesmos autores, referem ainda que se torna fundamental a análise reflexiva do percurso efetuado ao longo dos diferentes contextos clínicos, com o intuito de explorar e examinar as experiências realizadas, gerar uma compreensão aprofundada das mesmas e, conseqüentemente, consolidar os conhecimentos e as competências desenvolvidas.

Neste sentido, de seguida descrever-se-á de forma crítico-reflexiva as competências adquiridas enquanto EESIP neste percurso formativo.

### **1.1. COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

As competências comuns são partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, são demonstradas através da sua elevada capacidade de concessão, gestão e supervisão de cuidados e também através de um

suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento No140/2019 - Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, 2019).

As competências comuns do enfermeiro especialista dividem-se em quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal; Melhoria contínua da qualidade; Gestão de cuidados e Desenvolvimento das aprendizagens profissionais e cada uma apresenta um descritivo, unidades de competência e critérios de avaliação (Regulamento No140/2019 - Regulamento Das Competências Comuns Do Enfermeiro Especialista, 2019).

Deste modo, espera-se que no desenvolvimento profissional, qualquer EE “proporcione benefícios essenciais de saúde para a população, principalmente o acesso a unidades de saúde eficazes” e que o desempenho se traduza “na prestação de cuidados de nível avançado (...) no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente” (OE, 2007, p.16).

Assim sendo, de forma a desenvolver as competências comuns e específicas inerentes à área de Especialização de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, o EE deve saber mobilizar e articular as atividades e intervenções de Enfermagem prioritizadas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), aplicando-as no contexto da sua prática de cuidados, de modo a poder assegurar uma prestação de cuidados de qualidade à criança e família.

### **1.1.1. Responsabilidade profissional, ética e legal**

Ao longo dos estágios realizados nos diferentes contextos, procedeu-se sempre de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Através da consulta e aplicação do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), do Código Deontológico e da Carta dos direitos e deveres dos doentes foi possível desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista ao nível da responsabilidade profissional, ética e legal. A observação direta de situações impactantes, como crianças em fim de vida e a exposição a doentes com diferentes etnias e religiões, como o caso das testemunhas de jeová que rejeitam transfusões sanguíneas, permitiram também desenvolver e fortificar estas unidades de competência.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2015a), a deontologia profissional é de caráter universal, correspondendo ao conjunto de deveres relativos ao exercício profissional do enfermeiro na prestação de cuidados de enfermagem às pessoas, famílias

ou comunidades. Inclui um conjunto de direitos que se traduz na dignidade profissional do enfermeiro, bem como na excelência do exercício, garantindo assim o direito dos utentes a cuidados de qualidade.

As populações-alvo dos cuidados que foram prestados ao longo dos vários estágios foram crianças e jovens, bem como as respetivas famílias, pelo que foi sempre tido em consideração as suas características específicas, referentes tanto ao seu desenvolvimento como crescimento e ainda particularmente pela sua vulnerabilidade.

Pautou-se sempre pelo respeito dos direitos da criança, que se encontram na Convenção dos Direitos da Criança, elaborado pela Unicef no ano de 1989, particularmente no que diz respeito ao interesse superior da criança, que foi sempre salvaguardado em todos os momentos. Zelou-se também pela prática de cuidados que respeitassem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais, nomeadamente, assumiu-se a defesa dos direitos das crianças, garantiu-se o respeito pelo direito no acesso à informação e a confidencialidade da informação escrita e oral, fomentou-se o respeito pelo direito do cliente à privacidade e assegurou-se o respeito pelos valores, costumes e crenças espirituais. Em todos os locais de estágio, durante a prestação de cuidados à criança, jovem e família, foram tidos em conta todos os aspetos referidos pela deontologia profissional, bem como pelos princípios éticos básicos, ou seja, o princípio da autonomia, da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Deste modo, acredita-se que as competências referentes ao domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, implicam que os profissionais de saúde tenham uma noção aprofundada sobre os direitos humanos, em particular os direitos das crianças, dos princípios éticos, bem como, de todos os documentos que regulam a profissão. A atuação realizada teve sempre como fundamento estes pressupostos, sendo que os pilares da prática e a experiência anterior como generalista, o conhecimento teórico desta área específica adquirido ao longo deste percurso e ainda a prestação de cuidados às crianças, jovens e famílias, permitiram assegurar de forma plena e segura, a aquisição das competências deste domínio.

### **1.1.2. Melhoria contínua da qualidade**

A qualidade em saúde define-se, como sendo “(...) a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão.” (MS, 2015:13551).

Em 2001 a OE definiu os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2001). Na procura da excelência no exercício profissional, o enfermeiro procura os mais elevados níveis de satisfação dos clientes, sendo implícito o respeito pelo indivíduo na sua plenitude, a empatia, a parceria, o envolvimento, e o empenho do enfermeiro em minimizar o impacto negativo no utente. A OE tem definidas seis categorias de enunciados descritivos, que se direcionam a respeito da satisfação do cliente, à promoção da saúde, à prevenção de complicações, ao bem-estar e o autocuidado, a readaptação funcional e à organização dos cuidados de enfermagem. Uma das conclusões deste documento elaborado pela OE (2001), é o facto de que, a qualidade na prestação de cuidados em saúde é importante, mas não unicamente dependente do enfermeiro. A qualidade dos cuidados em saúde é o resultado de um trabalho contínuo de toda a equipa multidisciplinar.

Ao longo dos estágios, procurou-se analisar e realizar uma autoavaliação da qualidade das práticas clínicas que se observavam e posteriormente se desenvolviam. Foi para isso importante conhecer protocolos de atuação e projetos de melhoria da qualidade nos diferentes serviços, onde se pode constatar que em todos, com maior ou menor disponibilidade em tempo útil para os projetos, a equipa multidisciplinar procurava manter-se atualizada segundo a evidência científica mais recente, tentando ajustar protocolos que servissem de orientação.

No decorrer do estágio na comunidade, realizou-se a verificação de check list de qualidade, com intuito de garantir a continuidade do cumprimento das normas, ao longo do tempo. Como tal, refere-se à participação ativa na verificação da validade da medicação e do material em falta, considerando tais ações imprescindíveis para a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Ainda no âmbito da qualidade, com vista na sua melhoria, menciona-se ainda a possibilidade de recolha de dados para que fossem, posteriormente, utilizados como indicadores.

Para ir ao encontro desta unidade de competência, houve a possibilidade da participação na correta identificação dos doentes e correta preparação de fármacos num ambiente de stress e de sobrelotação, como se verifica no Serviço de Urgência (SU), uma vez que uma falha de identificação pode colocar em causa o plano de tratamento e consequentemente a segurança do doente, como na correta preparação e administração de fármacos.

### **1.1.3. Gestão dos cuidados**

Ao longo da sua prática diária o EE, otimiza a resposta da equipa e da articulação na equipa de saúde, adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, o que resulta na garantia da qualidade dos cuidados. A gestão em saúde é uma área de intervenção do enfermeiro. A OE (2015a) e o Regulamento nº 76/2018 complementam-se sobre esta área, alegando que, o enfermeiro é autónomo nas suas ações, de acordo com as suas qualificações profissionais, ao nível da prestação de cuidados, na gestão, no ensino, na formação ou na assessoria e na investigação em enfermagem. A gestão realizada pelos enfermeiros é fulcral para assegurar qualidade e segurança do exercício profissional, sendo assim uma componente efetiva para a obtenção de ganhos em saúde.

Durantes os ensinamentos clínicos, existiu a oportunidade de acompanhar e colaborar junto da enfermeira gestora do serviço, e das enfermeiras que desempenhavam funções de gestão na equipa, bem como com todas as enfermeiras orientadoras, que como especialistas, na sua prática diária do cuidar, na relação com o outro e no compromisso profissional que assumem, intervêm na gestão dos cuidados, através da tomada de decisão e da liderança (Lourenço et al., 2022). Segundo o autor referido, a tomada de decisão em enfermagem é essencial para a prática e para a gestão, representando uma ferramenta essencial para a resolução de problemas. Em todos os contextos de aprendizagem recorreu-se ao pensamento crítico, sustentado em conhecimento teórico, organizacional e ético, para selecionar a opção mais segura e adequada.

No que concerne aos cuidados de saúde primários, deparou-se com um grande desafio relacionado com o tempo reduzido das consultas, bem como a grande afluência de crianças e a capacitação dos pais, o que exigiu uma gestão eficiente dos recursos disponíveis e um trabalho em equipa bem coordenado. Além disso, nos serviços de internamento, foi necessária uma maior mobilização das equipas, em que foi necessário envolver a equipa multidisciplinar e uma gestão dos recursos e materiais disponíveis, para garantir sempre a continuidade e a qualidade dos cuidados prestados. Em suma, este domínio tornou-se indispensável em todos os campos de estágio.

### **1.1.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, deve-se fundamentar os processos de tomada de decisão e juízo crítico e as intervenções com conhecimento válido, pertinente e atual, bem como desenvolver um autoconhecimento com vista a prestar cuidados de forma assertiva (OE, 2019).

Cantante et al (2020), refere que as características individuais de personalidade, motivação, imprevisibilidade e o modo como cada enfermeiro realiza o seu desempenho profissional são decisivas no desenvolvimento de competências, uma vez que, no mesmo contexto, diferentes pessoas podem adquirir conhecimentos distintos. Durante os ensinamentos clínicos foi possível compreender que existiu a consolidação de conhecimentos através da ponte entre a teoria e a prática, o que contribuiu ativamente para a formação enquanto pessoa e enfermeira especialista. Os vários contextos de estágio permitiram um vasto olhar sobre as realidades de prestação de cuidados em saúde infantil e pediátrica, assim como o contacto e a experiência de prestação de cuidados a crianças/jovens e famílias com contextos sócio pessoais e etapas do ciclo de vida diferentes.

Através do diálogo com a enfermeira orientadora do campo de estágio na comunidade sobre a temática dos cuidados ao recém-nascido e preparação e conservação do leite materno, verificou-se existiam dúvidas por parte dos enfermeiros da equipa. Concretizou-se assim a realização de panfletos relativamente a esses temas (Apêndice I). Através da intervenção supramencionada, segundo o Regulamento nº 140/2019, favoreceu-se a aprendizagem da equipa de enfermagem e fomentou-se o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros, visando ganhos em saúde para as crianças e famílias. Com recurso à pesquisa em bases de dados científicas identificaram-se lacunas no conhecimento sobre as terapias assistidas por cães, encarando-se esta como uma oportunidade relevante de investigação. Assim, concretizou-se a investigação nesta área, da qual resultou uma revisão scoping, que será apresentada e explorada no segundo capítulo deste trabalho. Desta forma, segundo o Regulamento nº 140/2019, contribuiu-se para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada, pretendendo-se divulgar futuramente os resultados provenientes desta investigação na pediatria.

No decorrer deste mestrado, em especial na componente letiva prática, manteve-se sempre uma atitude autocrítica permanente, com momentos de reflexão com os professores e enfermeiros orientadores, com o objetivo de identificar dificuldades e pontos fortes. Investiu-se na argumentação contínua sobre situações particulares que se deparou ao longo desta jornada, através da pesquisa e revisão bibliográfica em fontes de informação fidedignas, por exemplo, nas bases de dados da Cochrane e EBSCOhost.

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

O EESIP tem uma responsabilidade aumentada das suas funções nesta vasta área que é a saúde infantil e pediátrica. Ao longo dos ensinamentos clínicos, procurou-se utilizar o modelo conceptual centrado na criança e família, perspectivando o principal beneficiário dos cuidados: o binómio criança/família.

Os cuidados centrados na família foram sempre realizados ao abrigo do Regulamento nº 422/2018 que decreta que, o EEESIP: “trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (p. 19192).”

De acordo com o Regulamento nº 422/2018, são três as competências específicas atribuídas ao EEESIP: “assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde”; “cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade”; “presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (p. 19192).

As competências específicas do EESIP são fundamentais para que exista uma adaptação dos cuidados às necessidades de saúde da criança e da sua família, uma vez que têm por base o modelo de Cuidados Centrados na Família (CCF). Em seguida, serão abordadas algumas destas competências adquiridas, referindo os aspetos mais relevantes que foram explorados na prática.

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

Esta competência específica inclui um dos grandes objetivos da prática diária do EEESIP. Para alcançar a otimização da saúde do binómio criança/família, é essencial a parceria de cuidados com a inclusão dos pais/cuidadores. Nesse sentido é expectável que implemente e gira, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/ jovem.

Como tem vindo a ser referido, a parceria de cuidados (Casey, 1993) tornou-se fundamental não só para a otimização da saúde, mas também, para o desenvolvimento das competências parentais na promoção da saúde dos seus filhos, uma vez que esta

integra uma relação de confiança, de aceitação e de compreensão durante todo o processo de cuidar (Knighton & Bass, 2021).

É unidade de competência do EESIP – *“Implementa e gera, em parceria, um plano de saúde, promotor de parentalidade, da capacidade de gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1)”* (Regulamento n.º 422/2018).

O conceito de família tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, sendo que, independentemente da quantidade de elementos que a constituem, pode ser considerada como uma unidade fundamental para a promoção e manutenção da saúde, dado que é no seio desta que se adquirem os comportamentos e estilos de vida (Pinto & Malheiro, 2022).

O modelo de parceria de cuidados de enfermagem evidencia a criança e a família como núcleo central dos cuidados, integrando-as no processo de tomada de decisão (Alves et al., 2017). Segundo estes autores, parceria significa mudança, negociação dos cuidados às crianças partilhada com a família, apoio, ensino e envolvimento da mesma, como resultado de uma negociação previamente estabelecida.

De acordo com os pressupostos estabelecidos por este modelo de enfermagem, é enaltecida a importância dos pais, como sendo os melhores prestadores de cuidados à criança, uma vez que para se poder atingir o maior desenvolvimento e crescimento desta, os cuidados devem ser prestados de forma protetora, por exemplo através de estímulos, como o amor e o carinho (Lopes, 2012). Contudo e, regularmente, a hospitalização da criança conduz à fragilidade emocional dos pais, pelo que determinados cuidados que poderiam ser prestados por estes, são realizados apenas pelos enfermeiros, enquanto decorre esse período inquietante (Santos, 2001).

A promoção da saúde é considerada uma ação fundamental do EESIP no cuidado à criança, ao jovem e à sua família o que permite autonomia e bem-estar, promovendo assim, medidas que visem a melhoria dos comportamentos diários e as circunstâncias em que se vive. Estas medidas poderão ter um grande impacto nos intervenientes e para além de promover a saúde e prevenir a doença, promovem a educação e a maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil, assim como a gestão do conforto da criança, através de orientações antecipatórias direcionadas às famílias (Alves, 2020).

Assim, neste domínio de competência, procurou-se sempre implementar e gerir, em parceria, um plano de saúde promotor da parentalidade, da capacidade em gerir o regime e progressiva reinserção social da criança/jovem. A aquisição desta competência requer por parte do enfermeiro uma capacidade de negociação de participação da

criança/jovem e família, com o objetivo de se desenvolver uma independência e bem-estar (Regulamento nº 422/2018).

No ensino clínico na comunidade houve a necessidade de desenvolver conhecimentos relativos à promoção da saúde e segurança infantil, ao longo do ciclo de vida, identificar as boas práticas relacionadas com os ensinamentos aos cuidados às crianças e participar ativamente na promoção da saúde da criança. Foi também proposta a elaboração de dois panfletos (apêndice I) sobre extração e conservação de leite materno e um guia de cuidados ao bebé, uma vez que não existia informação sobre os temas referidos em papel para fornecer às famílias e também existiam algumas dúvidas por parte da equipa de enfermagem.

A intervenção do enfermeiro especialista assume um papel muito importante na promoção da saúde e do bem-estar da criança e família. Embora esta intervenção seja fulcral no tratamento, torna-se ainda mais importante do ponto de vista da prevenção/promoção da saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

As intervenções ao nível dos cuidados antecipatórios, através da realização de ensinamentos, são de extrema relevância para que os pais possam tornar-se mais capazes de cuidar da criança (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os vários contactos que existiram com a criança/família permitiram ensinar, instruir e supervisionar os cuidados prestados à criança. Sempre que possível, foi promovido o envolvimento dos pais nos cuidados a prestar à criança, tais como avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil através de vários parâmetros: peso, altura, índice de massa corporal, perímetro cefálico, visão, audição, exame físico, Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, de acordo com a idade da criança/jovem, vacinação e amamentação. Procedeu-se à capacitação parental e ensinamentos, dando informações claras e baseadas em evidências, adotando uma comunicação efetiva, sobre variados temas referentes à saúde infantil e pediátrica (por exemplo: cuidados infantis, nutrição, higiene, cuidados antecipatórios, desenvolvimento, cuidados e procedimentos em caso de doenças e segurança).

A Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan modificada consiste num instrumento de avaliação do desenvolvimento para as crianças dos zero aos cinco anos de idade, na qual são avaliadas as seguintes áreas: postura e motricidade global; visão e motricidade fina; audição, linguagem, comportamento e adaptação social. A aplicação desta escala apresenta como principais vantagens ser fiável, precisa e de utilização rápida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Foi sempre promovida a adesão ao Plano Nacional de Vacinação (PNV), sendo que as vacinas foram administradas segundo o esquema sugerido, já que “a vacinação é um direito e um dever dos cidadãos” (Direção Geral da Saúde, 2020) e o enfermeiro deve criar oportunidades de vacinação para as crianças e jovens, sendo responsável pela administração segura e eficaz das vacinas, prestando assim um contributo importante tanto na proteção da criança/jovem como da população em geral (Direção Geral da Saúde, 2020). Neste sentido, verificou-se sempre o cumprimento do PNV, quer por parte das crianças quer pelos pais. “A vacinação previne o aparecimento de doenças, torna possível a sua erradicação, eliminação ou controle e protege as pessoas de sofrimento e de morte. As vacinas permitiram salvar mais vidas e prevenir mais casos de doença do que qualquer tratamento médico, melhoram o bem-estar dos povos, contribuem para a eficiência e sustentabilidade dos serviços de saúde e são um fator de desenvolvimento. O progresso da investigação científica e da tecnologia vão colocando à disposição da humanidade melhores vacinas e vacinas contra mais doenças” (Direção Geral da Saúde, 2020).

Nas consultas de vigilância de saúde infantil e juvenil, são também abordados os cuidados antecipatórios, com vista à promoção da saúde e prevenção de complicações, fornecendo aos pais o conhecimento necessário, para promover o desenvolvimento saudável da criança (Direção Geral da Saúde, 2013). Destes cuidados e de acordo com o PNSIJ, foram abordados segundo a idade das crianças, a alimentação, a saúde oral, a higiene, os hábitos de sono e repouso, hábitos intestinais, atividades promotoras do desenvolvimento em cada idade, segurança e prevenção de acidentes, sintomas e sinais de alerta, relação emocional e social, comportamento, atividade física, dia-a-dia na escola, entre outros.

Para que o EESIP seja agente de mudança e impulsionador de saúde deverá identificar quais são as reais necessidades da criança e da sua família.

O PNSIJ realça ainda a importância de detetar precocemente, vigiar e encaminhar situações complexas que possam comprometer a saúde da criança, como por exemplo casos de maus-tratos, ou perturbações emocionais e do comportamento, de forma que sejam prevenidas ou corrigidas atempadamente.

Segundo Baptista et al. (2015) os profissionais de saúde, como o enfermeiro, desempenham um papel predominante na responsabilização dos pais, estimulando-os à adoção de comportamentos saudáveis, com repercussões positivas na saúde da criança.

No que concerne à prestação de cuidados às crianças, jovens e respetivas famílias em contexto de internamento, quer ao longo do estágio de medicina quer no estágio de

cirurgia pediátrica, existiu a possibilidade de colaborar no planeamento e implementação de planos promotores da parentalidade e da reinserção social da criança, do jovem e da família, prestando sempre cuidados centrados na família, dando assim resposta às necessidades de conhecimento, ensinando e apoiando os pais nos cuidados à criança e ao jovem.

A segunda unidade de competência do EESIP – *“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem (E1.2)”* (Regulamento n.º 422/2018).

Os maus-tratos a crianças e jovens são entendidos como um problema de saúde pública a nível mundial e um desafio para os profissionais de saúde. A melhoria das boas práticas na promoção dos direitos das crianças e dos jovens exige respostas mais eficazes por parte das equipas de saúde, com intervenções multidisciplinares. De acordo com a (Direção Geral da Saúde, 2011, p.7), os maus-tratos em crianças e jovens: “dizem respeito a qualquer ação ou omissão não acidental, perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem, que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima”, pelo que foi uma preocupação constante ao longo dos ensinamentos clínicos intervir na prevenção e promoção dos direitos das crianças, adolescentes e famílias em situações de risco e de maior vulnerabilidade.

O EESIP tem um papel muito importante e de enorme complexidade na prestação de cuidados, tendo como responsabilidades participar e integrar-se nos núcleos existentes na proteção de crianças e jovens em risco. De acordo com a (Ordem dos Enfermeiros, 2018 p. 19193), o EESIP: “diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem”.

A consulta de saúde infantil e juvenil no Centro de Saúde, é extremamente importante, dado a quantidade de informação que permite recolher. Neste contexto, além de se conseguir perceber o estado geral da saúde da criança, também se percebe as dificuldades dos pais no desenvolvimento e adaptação do seu papel parental. Foi no âmbito da consulta de saúde infantil e juvenil, durante o estágio na comunidade, que se deparou pela primeira vez com uma situação de maus-tratos por negligência. Esta situação dizia respeito a uma criança de um ano de idade, em que a mãe faltava por diversas vezes às respetivas consultas, demonstrando-se pouco consciente da situação, desvalorizando-a, não cumpria o plano nacional de vacinação, apenas vivia com a mãe e mais três irmãos

sem nenhum apoio e com más condições de higiene. Nessa altura, embora se tenha realizado os ensinamentos que se julgaram mais pertinentes, tais como ensinamentos sobre o desenvolvimento infantil e necessidades das crianças, educação não violenta, promoção da empatia e gestão emocional e informação sobre os direitos das crianças, e observado sob um olhar mais atento a criança na procura de outros sinais de perigo, o sentimento de impotência torna-se mais real. O vivenciar de situações complexas em que é necessário proceder ao encaminhamento das crianças/famílias para outras equipas especializadas como a Assistente Social, foi uma situação nova, que foi reportada e carregada de um sentimento de angústia.

Contudo, a suspeita e a deteção dos casos de maus-tratos infantis, constituem ainda um desafio para muitos profissionais de saúde, o que leva a que sejam diagnosticados e tratados apenas com base em sinais orgânicos mais evidentes. Porém, na maioria das vezes, as crianças não apresentam evidências físicas, sendo as alterações comportamentais as mais frequentes (Sanderson, 2005).

O EESIP é detentor do seu saber enquanto especialista, de competências, de experiência profissional, de uma responsabilidade acrescida junto das famílias e de um olhar mais atento nas crianças. Devem receber formação específica nesta área, no sentido de estarem mais sensibilizados e informados para a necessidade e dever de reconhecerem os sinais de alerta e de risco dos maus-tratos.

Outra situação vivenciada durante o ensino clínico de urgência, diz respeito a uma menina de um mês de idade, que deu entrada no serviço de urgência pediátrica, na triagem com choro persistente, recusa alimentar e um hematoma junto ao fémur. A criança vinha acompanhada por um rapaz que se intitulava seu padrinho e referia que a mesma lhe foi entregue pela mãe por esta não se sentir capaz de cuidar da menina e que ele apenas a levou a urgência por o choro não cessar e por considerar que seriam cólicas. Ao longo de todo o exame físico, após dar entrada na sala de observações, verificou-se que a criança apresentava muita dor ao toque no local do hematoma. Tendo isso em conta, a prioridade foi realizar um raio-x, onde se constatou que apresentava uma fratura em três locais distintos do fémur. A prioridade foi resolver as fraturas e, controlo da dor. Após isso, foi tida uma conversa com o padrinho, explicando que a fratura poderia ter resultado de maus-tratos, na qual o mesmo acabou por ser sincero e referir que a mãe lhe teria confessado isso. O caso foi encaminhado para a assistente social que se prontificou a facultar um lar de acolhimento para a menina e referenciar a mãe por maus-tratos e negligência. É importante referir, como menciona o “Guia de Orientações para os

Profissionais da Saúde na Abordagem de Situações de Maus-Tratos ou outras situações de Perigo”, confirmando quaisquer suspeitas de maus-tratos, torna-se fundamental notificar as entidades e autoridades competentes e encaminhar para serviços especializados (Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco, 2010).

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

Segundo o Regulamento n.º 422/2018, o EEESIP mobiliza recursos no sentido de cuidar da criança/jovem e da sua família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a diversas abordagens e terapias que são validadas cientificamente. Para isso, e de acordo com o Regulamento anteriormente referido, deverá reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de enfermagem apropriados, fazer a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança, responder perante doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados, providenciar cuidados à criança/jovem promotores de ganhos em saúde, recorrendo a diversas terapias de enfermagem comuns e complementares, promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência e/ou incapacidade. Por outro lado, se observar lacunas no progresso que resultam num desenvolvimento inadequado e que pode conduzir a incapacidades e limitações, identifica a necessidade de outro tipo de informações e intervenções (De Castro et al., 2020).

Relativamente à unidade de competência “*Reconhece situações de instabilidade de funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1)*” (Regulamento n.º 422/2018), assim, pressupõe-se que o EEESIP seja detentor de conhecimentos e habilidades, mobilizando-os para uma rápida identificação de focos de instabilidade e para a implementação de respostas antecipatórias, tal como descrito no Regulamento n.º 422/2018. Desta forma, salienta-se um caso vivenciado no ensino clínico de urgência, de uma jovem de catorze anos que deu entrada na sala de emergência com queimaduras na face, nomeadamente nas pálpebras, cabelo, sobrancelhas e via aérea, com dificuldade respiratória e erupção cutânea na zona do pescoço e peito, por incendiar acidentalmente o seu fato de Carnaval com velas. Antes da chegada, o INEM já tinha previamente comunicado com o SUP e informado a hora prevista de chegada da jovem e o seu estado geral. À chegada, realizou-se o ABCDEF (é uma avaliação utilizada transversalmente na avaliação da vítima, procurando identificar lesões e tratá-las de acordo com a prioridade estabelecida (Instituto Nacional de Emergência Médica, 2020).

Posteriormente, tendo em conta priorização de cuidados, foi administrado oxigénio e analgesia, realizado arrefecimento corporal e irrigação com soro fisiológico frio sobre as áreas queimadas durante trinta minutos. Uma vez estabilizada a vítima, realizou-se um exame físico para determinar a área de queimadura e transferiu-se a mesma para um hospital com a especialidade de queimados. Perante a gravidade da situação que foi descrita anteriormente, foi também essencial cuidar dos pais da adolescente, que se encontravam muito preocupados e ansiosos perante o acidente, tendo-se estabelecido uma relação de confiança que permitiu acalmá-los e tranquilizá-los, levando-os para junto da vítima na sala de emergência. Houve também o cuidado de os manter sempre próximo da filha, explicar todos os procedimentos à medida que iam sendo realizados e, posteriormente, quando a situação já estava controlada, procedeu-se a alguns ensinamentos sobre queimaduras, causas, complicações e tratamentos, bem como sobre sinais/sintomas de alarme. Todas as intervenções realizadas basearam-se na abordagem de emergência ABCDEF, bem como na norma mais recente da DGS sobre queimaduras em pediatria (DGS, 2017). Nesta mnemónica o A corresponde ao primeiro e mais importante ponto a avaliar que corresponde à permeabilidade da via aérea e inclui a vigilância da coluna cervical, o B corresponde à manutenção da correta ventilação do doente, o C significa que se assegura a permeabilização de um acesso venoso e se verificam se existem sinais de hemorragias visíveis ou internas, por isso corresponde à circulação sanguínea, o D significa a verificação da ausência de deficit neurológico, o E corresponde à exposição de todo o corpo com prevenção da hipotermia, e o F significa que se assegura a reposição de fluidos no caso específico de se estar perante um doente queimado.

Queimaduras são feridas traumáticas causadas por exposição a chamas, líquidos quentes, superfícies quentes, frio, substâncias químicas, radiação, atrito ou fricção (Oliveira, Moreira, & Gonçalves, 2012; Ramos, Porto, & Guerra, 2019). Uma queimadura é definida como uma lesão maioritariamente limitada à pele, com origem na aplicação de uma fonte de calor ao corpo em que a sua gravidade depende do agente causador desse mesmo calor (Pinho, 2014). A gravidade de uma queimadura é determinada não só pela extensão e profundidade da mesma, mas também pelo seu agente causal, tempo e circunstâncias em torno da lesão por queimadura, pelo que, na avaliação da queimadura deve-se ter em atenção: a percentagem da área corporal queimada, a profundidade da queimadura, a localização anatómica da queimadura, a idade da pessoa, o histórico médico da pessoa, a presença de lesão concomitante e a presença ou não de uma lesão por inalação (Morton & Fontaine, 2009). Assim, uma criança vítima de queimadura grave

perante tal situação traumática, vê a sua vida ameaçada, por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais, necessitando de cuidados em unidades especializadas.

É possível diferenciar a queimadura em três graus distintos, conforme a profundidade do trauma nos tecidos, estando dependente da conjugação entre o agente, a temperatura e o tempo de exposição ao mesmo, determinante na gravidade da situação (Martins, Meneses, & Joaquim, 2016). Na queimadura de primeiro grau, o compromisso da lesão está restrito às camadas superficiais da epiderme, o local da lesão apresenta eritema doloroso e calor (Echinard & Latarjet, 2012; Montes et al., 2011; Urden et al., 2008). Na queimadura de segundo grau, o comprometimento envolve as camadas profundas da epiderme atingindo ou não a junção dermo-epidérmica e clinicamente pode verifica-se a formação de um exsudado com descolamento das camadas superficiais da epiderme, originando assim, uma flictena preenchida por serosidade em que sob a mesma a pele residual pode apresentar-se de cor rosada a avermelhada. A lesão é dolorosa, no entanto cicatriza em menos de dez dias. Pode ainda se apresentar sob a forma de uma disrupção mais ou menos completa da camada basal, que apresenta uma dor em grau elevado, com lesão maioritariamente vermelha, acastanhada com exsudado, porém pode sangrar (Echinard & Latarjet, 2012). Por fim, na queimadura de terceiro grau existe destruição da epiderme, bem como da camada de células basais e anexos pilossebáceos da derme, podendo atingir o tecido subcutâneo, tendões, ligamentos, músculos e ossos. Esta lesão apresenta-se esbranquiçada ou negra, seca, dura e não elástica, não existindo dor devido à destruição das terminações nervosas, não havendo retorno capilar e os vasos sanguíneos estão comprometidos pela coagulação, não existindo assim possibilidade de regeneração espontânea (Echinard & Latarjet, 2012; Montes et al., 2011; Urden et al., 2008). Após tal experiência vivenciada e conforme o Regulamento n.º 422/2018 pressupõe, este percurso dota o EESIP de conhecimentos e habilidades que permitem não só uma rápida identificação de focos de instabilidade, como também uma resposta pronta antecipatória e sólida no âmbito do suporte avançado de vida pediátrico. Foi também fundamental estabelecer uma relação terapêutica e de apoio às famílias, principalmente nos momentos mais instáveis, providenciando conhecimentos e preparando-os para todos os possíveis desfechos. O modelo da prática centrada na família, sustenta a premissa de que a família é uma constante na vida da criança, devendo ser reconhecida como parceira ativa na tomada de decisões clínicas e na definição dos cuidados prestados. A literatura evidencia que a aplicação consistente deste modelo promove uma melhoria significativa

dos resultados clínicos, aumenta a satisfação dos cuidadores e contribui para a redução do stresse familiar associado à doença infantil (Kuo et al., 2012; Institute for Patient- and Family-Centered Care [IPFCC], 2020). A comunicação terapêutica assume, assim, um papel central enquanto instrumento técnico e relacional do enfermeiro especialista, facilitando a construção da confiança, a expressão das emoções, a clarificação de dúvidas e a promoção de uma relação de parceria genuína (Arnold & Boggs, 2019). A capacidade de estabelecer uma relação terapêutica sólida revela-se, portanto, essencial não só para a qualidade dos cuidados prestados, mas também para o fortalecimento da rede de apoio que sustenta a criança ao longo do seu percurso de saúde-doença.

Neste sentido, o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais por parte do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica deve ser continuamente valorizado e integrado na prática baseada na evidência, reconhecendo o impacto positivo que este suporte exerce sobre a criança e a sua família.

A segunda unidade de competência tem por base a dor *“Faz a gestão da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)”* (Regulamento n.º 422/2018). A dor é definida pela International Association for the Study of Pain (1979) como *“uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma lesão tecidual, real ou potencial, ou que pode ser descrita de acordo com as manifestações próprias de tal lesão”* (Raja et al., 2020, p.2). Esta definição foi atualizada em 2020 pela mesma associação para *“experiência sensorial e emocional desagradável, associada ou semelhante à associada a danos teciduais reais ou potenciais”* (Raja et al., 2020).

Em Portugal, a DGS define, desde 2003, a dor como 5º sinal vital. Visa que a dor é um sintoma que acompanha a generalidade das situações patológicas que requerem cuidados de saúde. Refere ainda que o controlo da dor é um dever dos profissionais de saúde e um direito do doente (Direção Geral da Saúde, 2003).

Nas crianças, a dor, normalmente está associada ao medo e ansiedade, dificultando a avaliação, assim como a tomada de decisão por parte dos profissionais de saúde quanto à intervenção. Deste modo, é importante que os enfermeiros, em parceria com os pais, saibam interpretar e avaliar de forma a intervir corretamente (OE, 2013). Ainda como refere a OE, 2013, as intervenções não farmacológicas, de forma isolada ou em associação com as intervenções farmacológicas, são fundamentais no alívio da dor, uma vez que estas permitem modificar o significado da dor através de uma reestruturação cognitiva das reações de medo, ansiedade e depressão. Segundo Fernandes (2020, p. 50),

o “primeiro passo para o adequado controlo da dor é a prevenção”, sendo que o enfermeiro deverá intervir antecipadamente aquando da utilização de procedimentos invasivos (como por exemplo, vacinas, punções sanguíneas, entubação, entre outros).

Segundo as orientações da DGS, referentes às técnicas de avaliação da dor na criança (norma 014/2010), esta avaliação consiste em quantificar a sensação dolorosa através de instrumentos válidos, seguros e clinicamente sensíveis, tendo em atenção o tipo de dor, situação clínica e idade da criança. É essencial que a avaliação seja realizada de forma regular e sistemática. Em pediatria a avaliação da dor deve ser feita com recurso a escalas: de heteroavaliação (usadas quando a criança não consegue expressar verbalmente a dor, recém-nascidos, bebés e crianças com défices cognitivos) e de autoavaliação (usadas quando a criança já consegue compreender e expressar a sua dor).

Como exemplo de escalas de heteroavaliação da dor, existe a FLACC (expressão facial, movimento das pernas, atividade corporal, choro e consolabilidade), NFCS (expressões faciais específicas) e NIPS (Expressão facial, choro, padrão respiratório, movimento de braços e pernas, estado de vigília). Como exemplo de escalas de autoavaliação da dor, existe a escala de faces, a numérica, a visual analógica e a de cores.

As escalas de heteroavaliação visam avaliar a resposta corporal à dor nomeadamente a expressão facial, choro, movimentos corporais, alterações no comportamento e nos padrões de sono (Batalha & Sousa, 2018). A avaliação da dor deve ser multifacetada, uma vez que as crianças são diferentes, na forma como reagem à mesma. Os fatores de variabilidade individual, o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional, associados a fatores relacionados com o procedimento doloroso ou contexto de dor, vão influenciar a avaliação da dor. Para o Enfermeiro realizar uma avaliação da dor adequada deve ter em consideração alguns pontos como: acreditar sempre na criança que refere dor; privilegiar sempre que possível, a autoavaliação a partir dos três anos; dar tempo à criança para expressar a sua dor; ter sempre presente o comportamento habitual da criança ou de uma criança sem dor da mesma idade; dialogar com a criança (maior de três anos), pais/cuidadores, observar a criança e utilizar um instrumento de avaliação da dor; realizar a anamnese e a história de dor na admissão da criança ao hospital; manter o instrumento inicial utilizado em todas as avaliações da mesma criança, exceto se a situação clínica justificar a mudança; utilizar de forma rigorosa as instruções metodológicas específicas de cada instrumento; em situação de dor intensa dar prioridade ao tratamento em detrimento da sua avaliação (Direção Geral da Saúde, 2010).

A dor é um evento marcante e que pode ser traumático para a criança, por essa razão, deve ser devidamente avaliada, pelo menos de 6/6H ou uma vez por turno em todos os seus parâmetros, ou seja, a localização, intensidade, qualidade, duração, frequência e sintomas associados, acrescentando ainda as medidas que aliviam a dor ou a agravam, as medidas farmacológicas e não farmacológicas em curso e o conhecimento sobre as mesmas (Castro, 2019).

Para uma correta avaliação da dor, o EESIP deverá recorrer à utilização de escalas, adequando-as à situação clínica, ao ambiente envolvente, à idade e à fase de desenvolvimento da criança. Ao longo dos estágios, várias foram as escalas utilizadas, permitindo uma maior facilidade e destreza na sua utilização, entre elas: a escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability – Revised (FLACC-R), utilizada em crianças com multideficiência; a Escala Visual Analógica (EVA), para crianças a partir dos seis anos; Wong- Baker Faces Pain Scale – Revised (FPS-R), para crianças entre os quatro e os seis anos; para crianças menores de quatro anos ou sem capacidade de verbalizar, escala Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC) e Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) utilizada em recém-nascidos (International Association for the Study of Pain, 2021; Leng et al., 2016; Maaskant et al., 2016).

Após a avaliação da dor, o EESIP deve adequar as suas intervenções e estratégias, de forma a controlar a dor da criança e promover o seu bem-estar e conforto, pois, como se referiu anteriormente, são variadas as técnicas e procedimentos realizados que provocam dor, e por consequência, ansiedade e medo, tanto nas crianças como nos pais ou cuidadores (Rodrigues et al., 2022). Embora, na prática diária, haja uma maior facilidade em recorrer a medidas farmacológicas de controlo da dor, é recomendado que cada vez mais se opte por adotar as estratégias não farmacológicas como primeira escolha, ou como complemento aos fármacos, sobretudo em situações de dor ligeira. Tanto nos contextos de cuidados de saúde primários, como a nível hospitalar, são vários os procedimentos dolorosos e invasivos que são realizados diariamente pela equipa de enfermagem à criança. Ao longo dos ensinamentos clínicos, foram presenciados muitos destes procedimentos bem como, práticas e estratégias de controlo da dor, entre as quais: posicionamento; informação prévia; técnicas de distração como o uso do brinquedo; a musicoterapia; a massagem; a utilização de sacarose a 24% associada à sucção não nutritiva; a amamentação no caso de RN e medidas de controlo ambiental. Como exemplo prático de procedimentos invasivos realizados ao longo de todos os estágios, elenca-se a vacinação, tratamentos de feridas, punções venosas, algalias, punção lombar,

entubação, aspiração de secreções, entre outros. Em todos os contextos tentou-se sempre implementar cuidados direcionados à redução/controlo da dor, recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas, segundo procedimentos do serviço, visando a estabilização da criança, reconhecer sinais de stress na criança, planeando e implementando medidas promotoras do seu bem-estar e estabilidade, tendo em conta conhecimentos científicos, e envolver os pais em todas as estratégias traçadas, numa parceira de cuidados, e incentivá-los a usá-las noutros contextos, revelando-se muito positivo. As estratégias não-farmacológicas têm a capacidade de potenciar o sentimento de controlo da dor, modificando o significado e as expectativas perante a mesma, promovendo a autonomia da criança e dos pais, diminuindo o medo e a ansiedade (Oliveira et al., 2018).

Na unidade de competência: “*Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade (E2.5)*” (Regulamento n.º 422/2018), durante o ensino clínico de Internamento Médico Pediátrico, vivenciou-se um caso de uma criança de nove anos de idade que recorreu ao SU acompanhada pelos pais com um quadro clínico de polidipsia, perda de peso ponderal, fadiga e nictúria com dois meses de evolução. Após realização de diferentes meios complementares de diagnóstico foi diagnosticada com Diabetes Inaugural e, por tal, decidido internamento para controlo de sintomas e vigilância do quadro.

De acordo com a Direção-Geral da Saúde (2019), a Diabetes *Mellitus* Tipo 1 (DM1) é uma das doenças crónicas mais frequentes em crianças e jovens e caracteriza-se por uma deficiência de insulina, a qual ocorre devido à perda de células beta pancreáticas, com conseqüente hiperglicemia. A incidência global desta doença tem vindo a aumentar numa percentagem de cerca de 3-4% por ano, sobretudo nas crianças mais jovens. Isto ocorre, provavelmente, na sequência da interação com fatores ambientais, dado que se trata de uma alteração demasiado rápida para poder ser atribuída a fatores genéticos.

De acordo com International Diabetes Federation (2019), perante o diagnóstico de DM1, o principal intuito do tratamento passa pelo controlo dos valores de glicemia, uma vez que, se estes se mantiverem dentro dos valores de referência, a probabilidade de ocorrerem complicações associadas diminui em grande escala.

O tratamento da Diabetes exige uma série de intervenções no quotidiano da criança, família e comunidade escolar. E para que estas intervenções sejam realizadas de forma adequada, cabe ao EESIP prestar cuidados em parceria com a família,

empoderando-a de conhecimentos/habilidades que possam garantir mais ganhos em saúde e um menor impacto da doença na vida da criança (Bento et al., 2020). Torna-se necessário incidir o apoio na adaptação à mudança/reorganização na dinâmica familiar, pois esta passa por impactos negativos ao nível do bem-estar emocional, situação financeira, atividades de lazer e na própria saúde física, de modo a promover uma nova e adequada rotina diária na gestão da Diabetes (Neumann et al., 2020). Dada a complexidade inerente ao processo de adaptação à nova realidade de saúde da criança, torna-se essencial envolver os pais na prestação de cuidados. Para além de os integrar ativamente na equipa de cuidados, é fundamental promover a sua confiança e autonomia, capacitando-os para assumirem, de forma segura e informada, o cuidado diário da criança com doença crónica. (Gomes et al., 2019).

Segundo Mahmud et al. (2018) e, conforme citado por Pereira (2022), a educação terapêutica é a única estratégia para a informação adequada e capacitação da criança e família, no sentido de evitar ou retardar o mais possível complicações inerentes à DM1. Deve assentar em condições como o acompanhamento regular e enfoque nas informações ajustadas à idade, maturidade, necessidades da criança/família, cultura e também ao meio onde as crianças/famílias estão inseridas. Além disto, deve acompanhar o desenvolvimento na aprendizagem e promover apoio individualizado adequado para uma autogestão eficaz.

O modelo de Transições, proposto por Afaf Meleis, permite identificar qual o tipo de transição vivenciado pela criança e família e quais as implicações que decorrem com esta mudança, nomeadamente na estrutura do seio familiar e respetivo quotidiano.

A partir do entendimento desta teoria, o enfermeiro deve ser capaz de formular intervenções e estratégias ao longo do processo de mudança, com o intuito de manter e, se possível, melhorar a qualidade de vida das pessoas (Costa, 2016).

De acordo com a autora supracitada, o conceito de transição é definido como um processo dinâmico que reflete uma mudança no estado de saúde, durante a qual o indivíduo experimenta um período de incertezas, conflitos e perturbações que poderão levar ao desequilíbrio emocional. Para que se efetive uma transição é necessário que o ser humano adquira novos conhecimentos e seja capaz de os adequar ao seu comportamento e contexto social. Quando as transições não se realizam de forma eficaz, o indivíduo ocupa uma posição de maior fragilidade e risco, podendo dificultar o processo de transição saúde-doença e a sua aceitação. No caso clínico exposto no capítulo supracitado, denota-se a existência de vários tipos de transição. De acordo com Pinto (2021), a criança

em idade escolar com DM1 e respetiva família, experimentam vários tipos de transições, nomeadamente de desenvolvimento, de saúde-doença e situacional. Ocorre uma transição de desenvolvimento, dado que a criança enfrenta um período estabelecido pelo início da socialização e da escolarização e simultaneamente a nível familiar por envolver a criança e respetivos familiares cuidadores. Ocorre também uma transição do tipo saúde-doença, a partir do momento em que surge a sintomatologia identificada e posterior diagnóstico de Diabetes Mellitus Inaugural. Por fim, é igualmente uma transição situacional pela vulnerabilidade relacionada com o processo de alta hospitalar e regresso ao domicílio e ambiente escolar.

Após o diagnóstico, ficou compreendido por parte do EESIP que, tanto a criança, como os pais tinham consciência da situação. Perante esse facto, demonstraram interesse imediato para o envolvimento em todo o processo futuro, subjacente à patologia e consequentes mudanças/alterações no estilo de vida da criança. No entanto, entendeu-se que os conhecimentos acerca do processo patológico eram diminutos, pelo que seria necessário intervir ao nível dos ensinamentos sobre a doença, regime terapêutico e dietético. Desta forma, seria possível a longo prazo capacitar eficazmente todos os membros envolvidos neste processo. Neste contexto, foram apresentados os materiais necessários para alguns procedimentos diários e imprescindíveis, como o controlo de glicemia, uso da bomba de insulina e *Libre*, sendo que, ao longo destas explicações, foi necessário alertar os pais para os custos inerentes com alguns equipamentos que possam não ser comparticipados pelo estado. Seguidamente, os prestadores de cuidados demonstraram disponibilidade para a aquisição dos mesmos em caso de necessidade numa fase inicial em que poderiam ainda não existir prescrições médicas associadas.

Segundo a Direção-Geral da Saúde (2019), quando existe um trabalho de equipa eficaz entre a instituição hospitalar, a equipa de saúde, a família e a escola, o potencial de promoção de um impacto positivo tem consequências no âmbito do desenvolvimento da resiliência na criança e respetiva família. Por conseguinte, é possível aumentar o nível de bem-estar emocional e a qualidade de vida geral em cada um.

O conceito de família tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, sendo que, independentemente da quantidade de elementos que a constituem, pode ser considerada como uma unidade fundamental para a promoção e manutenção da saúde, dado que é no seio desta que se adquirem os comportamentos e estilos de vida (Pinto & Malheiro, 2022).

O modelo de parceria de cuidados de enfermagem evidencia a criança e a família como núcleo central dos cuidados, integrando-as no processo de tomada de decisão

(Alves et al., 2017). Segundo estes autores, parceria significa mudança, negociação dos cuidados às crianças partilhada com a família, apoio, ensino e envolvimento da mesma. No caso clínico apresentado, o envolvimento dos pais desde o primeiro dia de diagnóstico revela-se extremamente importante, não só para que a criança se sinta acompanhada, com o vínculo afetivo mantido ou até mesmo reforçado nestas fases de transição, mas também para que o profissional de saúde possa conservar e, se possível, gerar novos meios de comunicação. Gradualmente através destas medidas, foi possível melhorar a gestão dos cuidados de saúde.

Segundo Pinto & Malheiro (2022), quando surge no seio familiar o diagnóstico da DM1, ocorrem alterações inevitáveis, que colocam todos os seus membros em situação de vulnerabilidade, mas que poderão ser trabalhadas de forma a se integrarem na rotina familiar, tendo em conta as necessidades, a estrutura e dinâmica e com vista a facilitar o processo de adaptação da criança e respetiva família.

Como anteriormente referido, o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey reconhece os pais como parceiros na prestação de cuidados à criança, pelo que a sua intervenção ultrapassa o cuidado dirigido unicamente à criança e inclui também a família como foco (Lopes, 2012).

Os pais têm de se adaptar para cuidar da criança no domicílio, necessitando de uma ampla rede de apoio familiar, social, com o estreito envolvimento dos profissionais de saúde (Alves et al., 2017). Pelo anteriormente mencionado, os cuidados de enfermagem pediátrica assentes na filosofia dos cuidados centrados na família e no modelo de parceria de cuidados são considerados ideais para ajudá-los no cumprimento do papel que irão desempenhar.

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

Considerando as especificidades e exigências de cada etapa do ciclo vital, é esperado que o EESIP responda de forma eficaz, promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento infantil e juvenil, desde a vinculação à juventude. Neste sentido, o EESIP deverá, de acordo com o Regulamento n.º 422/2018, privilegiar o crescimento e o desenvolvimento infantil, promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso dos recém-nascidos doentes ou com necessidades especiais, comunicar com a criança e com a sua família de forma apropriada aos seus estádios de desenvolvimento e à sua cultura, fomentar a autoestima do adolescente e a sua

autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde. Segundo a OE (2010), no Guia Orientador para a Boa Prática na promoção do desenvolvimento infantil da criança, esta é considerada um organismo em desenvolvimento, com um crescimento que se expressa através de comportamentos e reações resultantes da dinâmica entre os vários fatores, bioanatômicos, psicológicos e sociais. Cada criança nasce e cresce num ambiente sociocultural que terá influência no seu desenvolvimento, aliado com os restantes riscos e oportunidades de desenvolvimento inerentes à sua saúde física e mental. Assim, o EESIP na sua intervenção assertiva ao nível do desenvolvimento infantil da criança e do jovem, deve agregar o conhecimento sobre o perfil de desenvolvimento da criança enquanto, paralelamente, deverá fomentar a ligação parental, assim como avaliar as capacidades parentais às necessidades individuais de cada criança.

No que concerne à unidade de competência do EESIP – *“Promove a vinculação de forma sistemática particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (E3.2)”* (Regulamento n.º 422/2018), ao longo do ensino clínico na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN), assume-se que a competência acima descrita foi desenvolvida, a totalidade dos neonatos internados tinha como motivo a prematuridade. Dada a importância que a vinculação segura e de qualidade tem para o desenvolvimento da criança (Querido et al., 2022), promoveu-se o vínculo entre a tríade RN-mãe-pai, através da implementação de diversas estratégias, tais como: contato pele com pele (método canguru), amamentação e parceria de cuidados. De acordo com a OMS (2022), o método de canguru, também conhecido pelo contacto pele-a-pele, é caracterizado como fundamental logo após o nascimento e durante o seu desenvolvimento inicial, apresentando vantagens na sobrevivência do RN, como por exemplo: na redução da infeção, na melhoria do controlo da temperatura e melhoria na função da alimentação, para além dos maiores benefícios descritos para a vinculação e controlo dos momentos dolorosos (Matozo et al., 2021).

A Teoria da Vinculação tem sido estudada ao longo dos dois últimos séculos dada a sua importância no desenvolvimento de uma criança, sendo Bowlby conhecido como pioneiro desta teoria. Dada a complexidade inerente ao processo de adaptação à nova realidade de saúde da criança, torna-se essencial envolver os pais na prestação de cuidados. Para além de os integrar ativamente nos cuidados, é fundamental promover a sua confiança e autonomia, capacitando-os para assumirem, de forma segura e informada, o cuidado diário da criança (Bowlby, 1969).

Mary Ainsworth destaca-se como uma autora com bastante impacto no progresso desta teoria, uma vez que foi responsável pelo desenvolvimento de um método de avaliação dos tipos de vinculação (Silva, 2014). Segundo Bowlby & World Health Organization (1952), os cuidados parentais que são prestados nos primeiros anos de vida influenciam o futuro adulto, nomeadamente na sua saúde mental. A criança deve crescer num ambiente acolhedor e de contacto permanente com a figura de vinculação, de modo a permitir que ambas usufruam dessa interação. Na ausência de amor e proteção, a criança pode desenvolver gradualmente ansiedade, sentimentos de culpa e até mesmo depressão. Se estes sintomas perdurarem ao longo da vida podem conduzir a vários tipos de respostas psicológicas, como neurose e perturbações de personalidade. Ainda de acordo com o autor anteriormente referido, a ausência de uma figura de vinculação constitui uma crescente desvantagem para a criança e é caracterizada por três fases. Numa fase inicial, a criança protesta e demonstra a falta da mãe através do choro, podendo mesmo rejeitar outras pessoas enquanto aguarda pela mãe. A fase seguinte é caracterizada pelo desespero. A criança procura ativamente pela mãe, aparentemente serena, e isso pode ser interpretado como um sinal de melhoria. No entanto, estes sentimentos assinalam um estado de luto profundo. Por último, surge a fase do desapego durante a qual a criança aceita a interação com outros adultos e até mesmo com objetos, rejeitando, nessa altura, a chegada da mãe.

São várias as atividades preconizadas pela Direção Geral da Saúde (DGS, 2020), como o desenvolvimento de rotinas diárias, o envolvimento ativo dos pais na saúde e o bem-estar do RN/criança/jovem, a promoção do vínculo afetivo, o estabelecimento de um padrão de alimentação adequado, a realização de atividades adequadas ao desenvolvimento e à promoção de hábitos de sono saudáveis, entre outras. Estes programas proporcionam também maior atenção nos cuidados aos cuidadores, contribuem para o crescimento da resiliência, reforçam os pontos fortes da família, reduzem os níveis de stress associado à fase inicial e às dificuldades encontradas e contribuem para um melhor funcionamento e ajustamento da família. Maioritariamente, estes são utilizados no contexto de cuidados de saúde primários, o que resulta numa melhoria dos cuidados prestados na primeira infância, que por sua vez conduzem a experiências sociais e a um ambiente familiar mais adequado à fase de desenvolvimento da criança. O papel do EESIP torna-se fulcral na promoção da vinculação ao longo do desenvolvimento da criança, principalmente nos momentos em que a mesma pode ficar

comprometida, por diversas razões, como no caso da separação do RN logo após o nascimento.

Uma das consequências negativas do internamento nas UCIN é a separação de pais e RN. O internamento de um RN numa UCIN é um acontecimento repentino e maioritariamente inesperado. Nos dias de hoje, o nascimento de um filho é percebido como um momento muito desejado e planeado. No entanto, algumas complicações gestacionais no nascimento ou imediatamente após o mesmo podem levar ao internamento imediato na UCIN (Sousa & Curado, 2020).

Relativamente à unidade de competência do EESIP – “*Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura (E3.3)*” (Regulamento n.º 422/2018), ao longo de todos os estágios, foi muito importante desenvolver a competência descrita anteriormente relativa à comunicação não só com os pais/cuidadores, mas também com as crianças/jovens. Uma das grandes dificuldades encontradas foi conseguir adequar a técnica de comunicação a cada situação específica e a cada etapa de desenvolvimento. Vários são os fatores que influenciam o processo de comunicação. Esta, para ser bem-sucedida, deve ser apropriada à situação, adequadamente oportuna e realizada com clareza. Isto implica o uso de técnicas de comunicação eficazes, incluindo saber escutar (Hockenberry, 2006). Na relação que se estabelece, existem três intervenientes, a criança, os pais e o enfermeiro. Neste sentido, é necessário que o enfermeiro tenha conhecimento e destreza para comunicar de forma eficaz com a criança e os pais. Na comunicação com crianças de todas as idades, os componentes não verbais do processo de comunicação transmitem as mensagens mais importantes. É difícil camuflar sentimentos, atitudes e ansiedade, sobretudo quando se trata de crianças. Elas são muito mais conscientes do ambiente em seu redor e atribuem significados a cada gesto e movimento que se faz, o que, nas crianças mais pequenas, é ainda mais evidente (Hockenberry, 2006). A comunicação é um desafio constante, pois diariamente e em todas as situações é necessário ajustar a forma de comunicação. Comunicar com uma criança de cinco anos é muito diferente de comunicar com uma de dez, e mais diferente se torna comunicar com as suas famílias. Nesse sentido, foi sempre dado tempo às crianças para se sentirem à vontade, nunca sendo utilizadas atitudes que possam ser julgadas como ameaçadoras, falado primeiramente com os pais enquanto a criança se ambientava ao espaço e dissipava a sua timidez.

Em contexto pediátrico, especialmente com crianças mais pequenas, o recurso ao brincar revela-se uma estratégia comunicacional frequentemente utilizada pelos profissionais de saúde. Esta prática visa facilitar a aproximação à criança e à sua família, promovendo a criação de vínculos afetivos e relações de confiança. O ato de brincar atua como um elemento facilitador da interação, enquanto proporciona distração, estimula a criatividade, promove a socialização no ambiente hospitalar e contribui positivamente para a autoestima da criança, favorecendo o processo de tratamento, recuperação e reabilitação (Falke et al., 2018).

No caso dos adolescentes, as estratégias de comunicação adotadas centram-se essencialmente no diálogo aberto e na escuta ativa e sensível por parte EESIP. Estas abordagens permitem identificar situações de vulnerabilidade e fatores de risco, possibilitando o desenvolvimento de intervenções orientadas para o fortalecimento da resiliência e do protagonismo juvenil, contribuindo para a promoção da sua saúde global. Neste contexto, destaca-se a importância de utilizar uma linguagem clara, adequada à faixa etária e compreensível, bem como de adotar uma postura empática e culturalmente ajustada, respeitando as particularidades e necessidades dos adolescentes, e evitando comportamentos inadequados ou posturas desajustadas (Santos et al., 2019).

O desenvolvimento de competências comunicacionais e relacionais revelou-se, ao longo dos diferentes momentos de contacto com as crianças e respetivas famílias, uma ferramenta essencial, continuamente aprimorada e consolidada na prática clínica.

A comunicação é um fator fundamental e inseparável da assistência à criança, assumindo um papel de destaque na educação para a saúde, sendo mais importante a forma como é traduzida e que caracteriza a sua relevância nas intervenções de enfermagem (Santos et al., 2016).

É de salientar a linguagem verbal, a linguagem comportamental/não verbal e a atitude do profissional. Houve sempre o cuidado de utilizar uma linguagem compreensível e uma linguagem corporal adequada através de um diálogo aberto e um conteúdo emocional próprio. Demonstrar disponibilidade para ouvir e responder às dúvidas de todas as crianças, utilizando diferentes técnicas de comunicação acaba por ser fulcral. Ciente de que a comunicação em pediatria assume um papel de destaque no cuidar, uma vez que é através dela que os profissionais estabelecem uma relação de ajuda e parceria com a criança e também com a sua família. Sendo a comunicação um dos principais veículos do estabelecimento de relações terapêuticas, o enfermeiro deve estar

dotado de habilidades comunicacionais adaptadas a cada contexto de forma a cuidar do outro com qualidade e a satisfazer as suas reais necessidades (Santos et al., 2016).

### 1.3. COMPETÊNCIAS DE MESTRE

As competências de Mestre são desenvolvidas, de forma individual, ao longo do percurso, pelo que no presente subcapítulo descreve-se a aquisição das mesmas e o seu contributo para o desenvolvimento pessoal e profissional. As competências de mestre encontram-se descritas no Decreto-Lei n.º 65/2018, no capítulo III artigo 15º, “Determinar conhecimento e capacidade de compreensão, tendo em conta o desenvolvimento e suporte à investigação; Saber aplicar os conhecimentos e possuir capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, em várias situações e multidisciplinares, dentro da área de interesse; Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com assuntos complexos, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação escassa ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; Capaz de comunicar com clareza, aos titulares de especialidade ou não, as conclusões, saberes e respetivos raciocínios e Adquirir e aperfeiçoar competências que, ao longo do tempo, possibilitem um aprendizagem autónoma (p.4162)”. Ao longo do percurso formativo, procurou-se desenvolver atividades visando o desenvolvimento destas competências.

A diversidade de contextos clínicos nos quais foram realizados os estágios, desde centros de saúde aos cuidados hospitalares, bem como as diferenças culturais dos mesmos, acarretaram exigências e dificuldades acrescidas. Foi necessário um aprofundamento dos conhecimentos adquiridos anteriormente, recorrendo-se a pesquisas sistematizadas e à mobilização dos mesmos, bem como de capacidades, com vista à resolução de problemas emergentes de uma grande diversidade de situações novas e por vezes mais atípicas, em contextos alargados e multidisciplinares, tal como preconizado no Decreto-Lei nº 65/2018.

No que diz respeito à comunicação, julga-se que se adquiriu capacidades de a realizar de forma clara e não dúbia, sendo que, ao longo dos estágios, sentiu-se por várias vezes a necessidade de partilhar pesquisas, conhecimentos, raciocínios e conclusões com os demais membros da equipa, assim como às crianças/jovens que recorreram ao serviço e seus respetivos familiares. Considera-se esta habilidade fundamental para fornecer informações acessíveis, tranquilizantes e com intenção de orientar para todo o processo. A OE (2017) refere que os cuidados de enfermagem implicam o recurso a uma

comunicação efetiva, considerando a família como contexto da criança ou jovem. Para tal, há que considerar os seguintes domínios: “envolvimento; participação e parceria de cuidados; capacitação; negociação dos cuidados” (OE, 2017, p.4), estabelecendo relações de parceria no âmbito da enfermagem especializada em saúde infantil e pediátrica.

Acrescentando ainda que tais padrões foram tidos em conta, aferindo de competências comunicacionais fulcrais para tal.

No que concerne às competências de mestre pode-se referir que toda a experiência do MESIP fortaleceu competências práticas e de investigação, essenciais para a enfermagem especializada. Lidar com desafios complexos e a capacidade de tomar decisões baseadas na evidência foi uma aquisição clara de competências a este nível, assim como a demonstração de capacidades de investigação com a realização de uma Scoping Review.

O processo da aquisição de competências de mestre estará completo com a prova pública, momento esse apropriado para se demonstrar que estas competências foram adquiridas e desenvolvidas. As competências mencionadas anteriormente remetem para a tomada de consciência de que o processo de aprendizagem que se iniciou não está concluído, e que no decorrer da atividade profissional como enfermeira especialista, ir-se-á recorrer à pesquisa para desempenhar intervenções diferenciadas e de excelência de um modo eficiente e seguro.

## 2. SCOPING REVIEW

De forma a mapear e descrever a evidência científica disponível sobre a terapia por animais na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas foi realizada uma revisão scoping (Peter et al., 2020). Segundo Peters et al. (2020), este tipo de revisão tem como objetivo reconhecer a evidência científica disponível em determinadas áreas de conhecimento, o que permite uma visão extensa e genérica, bem como determinar as fragilidades de estudo na investigação já existente que necessitam de maior exploração ou limites conceituais de um tópico.

### 2.1. CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA

A criança deve ser encarada como sujeito ativo/participante do seu processo de hospitalização, promovendo-se um cuidado que ultrapasse o físico e alcance as necessidades emocionais e sociais (Andrade, Freitas & Marques, 2015). A criança hospitalizada requer, para garantia do processo de crescimento e desenvolvimento, a satisfação das necessidades afetivo-emocionais (Schmitz, Piccoli & Viera, 2003). A hospitalização de uma criança é um evento associado a picos elevados de ansiedade na sua vida e na da sua família, causando uma interrupção súbita das suas rotinas em casa e na escola, que são fundamentais para o seu bem-estar físico e emocional (Lerwick, 2013).

Ansiedade é definida como uma resposta emocional antecipatória quando sujeitos a ameaças, reais ou imaginárias, caracterizada por manifestações cognitivas, comportamentais e fisiológicas, como preocupação excessiva, afastamento e hiperatividade autonômica (American Psychiatric Association, 2013). Embora seja uma reação natural ao stress, a ansiedade torna-se patológica quando se apresenta de maneira intensa, persistente e desproporcional ao estímulo, comprometendo significativamente o comportamento social, acadêmico e pessoal do indivíduo. Esta condição está frequentemente correlacionada com desfechos adversos no âmbito social, familiar e escolar. A intervenção precoce, através do diagnóstico e tratamento apropriado, é fundamental para a remissão dos sintomas e eficácia terapêutica, possibilitando uma vida normal para a criança e atenuando as repercussões na adolescência e vida adulta. A procura por serviços de saúde pode desencadear receios e medos em crianças e jovens, particularmente em ambientes desconhecidos, devido ao receio de procedimentos dolorosos, e ao que chamamos de "síndrome da bata branca".

The International Association of Human-Animal Interaction Organizations (2014), define a terapia assistida por animais (TAA) como uma interação informal entre

o paciente e o animal de terapia para fins emocionais, educativos ou recreativos. As terapias assistidas por animais são prestadas por serviços de saúde como uma intervenção não farmacológica em vários ambientes de saúde, onde proporcionam motivação, bem-estar, educação e benefícios terapêuticos para todos os pacientes (American Veterinary Medical Association., 2017; Society for Companion Animal Studies., 2013).

Atualmente, têm-se desenvolvido estudos que identificam os potenciais benefícios decorrentes de intervenções de animais em crianças hospitalizadas, benefícios estes que permitem a melhoria da saúde e bem-estar geral, tornando o ambiente favorável e propício ao estreitamento de relações entre crianças, familiares e equipa prestadora de cuidados, devido à capacidade do animal proporcionar um ambiente de descontração e, conseqüentemente, diminuir a ansiedade que a hospitalização desencadeia (Pereira et al. 2017).

A Terapia Assistida por Cães foi escolhida como tema para este estudo, porque apesar da crescente procura e de relatos sobre os seus benefícios, existem poucos dados empíricos que descrevem a sua eficácia. Nesse sentido, procura-se encontrar evidências científicas sobre a sua eficácia e utilização em meio hospitalar. O processo de hospitalização representa para muitas pessoas uma experiência traumática e stressante, que muitas vezes é manifestada por ansiedade e por medo perante o ambiente desconhecido e ameaçador, em especial para as crianças e adolescentes. Desta forma, a equipa de saúde tem um papel importante para tentar tornar o processo menos traumático, implementando estratégias que beneficiam as crianças, os adolescentes e a sua família, através de cuidados individualizados e humanizado (Ichitani et al., 2016a; Kawakami; Nakano, 2002; Kobayashi et al., 2009). A ansiedade pode ser definida como um “sentimento de apreensão causado por antecipação de perigo, interno ou externo”, possuindo características fisiológicas e psicológicas, tais como: medo, insegurança, stress, dor muscular, tremores, sudorese, taquicardia e taquipneia. A ansiedade surge geralmente em situações de sensação de ameaça e perigo iminente, porém inespecíficas (Sadock BJ. 2007). Nos contextos pediátricos, os transtornos de ansiedade constituem os distúrbios psiquiátricos mais frequentes em crianças e adolescentes, com taxas de prevalência global de 7% em determinados momentos e uma prevalência vitalícia estimada entre 20% e 30% nos Estados Unidos (Walter et al., 2020). Esses transtornos incluem, entre outros, o transtorno de ansiedade de separação, fobia específica, transtorno de ansiedade social, transtorno de pânico, agorafobia e transtorno de ansiedade

generalizada, sendo que cada um pode ser desenvolvido em diferentes fases do desenvolvimento infantil.

A etiologia dos transtornos de ansiedade em crianças é multifatorial, envolvendo fatores neurobiológicos, genéticos, temperamentais (como inibição comportamental), eventos traumáticos ou de stress, e estilos parentais excessivamente protetores (Walter et al., 2020). Esses transtornos também apresentam alta comorbidade com outras condições psiquiátricas, como depressão, transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), o que pode agravar o quadro clínico e dificultar o diagnóstico e o tratamento.

Os transtornos de ansiedade em crianças e adolescentes tendem a ser crônicos e podem levar a vários fatores negativos em diversas fases da vida, incluindo desempenho escolar, relacionamentos interpessoais e saúde mental na vida adulta (Walter et al., 2020). O reconhecimento e a intervenção precoces são essenciais. Intervenções com eficácia comprovada incluem a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e o uso de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (ISRS), quando indicado, sendo ambas abordagens consideradas seguras e efetivas para essa população.

No caso de crianças doentes e hospitalizadas, o contacto com animais de terapia reduz o nível de stress e ansiedade durante procedimentos dolorosos e a interação com o animal desvia a atenção da criança e dos pais de procedimentos dolorosos, melhora a relação interpessoal com a equipa de saúde, promove o autocuidado, combate a depressão, a ansiedade e sentimentos de solidão, e incentiva à atividade física enquanto interagem com o animal (Barker, Pandurangi, & Best, 2003).

## 2.2. METODOLOGIA

A revisão foi realizada em consonância com as recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020) e a pesquisa será realizada nas bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE Complete, Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive, Cochrane Central Register of Controlled Trials, Cochrane Database of Systematic Reviews, MedicLatina. A pesquisa de literatura cinzenta foi realizada no RCAAP e OpenGrey. Foram utilizadas tanto palavras-chave (ligadas com operadores booleanos) como vocabulário controlado. A pesquisa manual foi realizada examinando as listas de referências de artigos elegíveis para identificação adicional de outros estudos relevantes.

Posteriormente, foram analisados os títulos, resumos e os termos chave dos artigos encontrados, e selecionados de acordo com os critérios de elegibilidade, por dois revisores, de forma independente. De seguida, na segunda etapa, foram lidos os artigos selecionados na fase anterior, integralmente, e repetido o procedimento anterior. Por fim, numa terceira fase, foram analisadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados para identificar novas fontes de informação. Por fim, os artigos foram alvo de análise e extração de dados.

O protocolo foi registado na plataforma Open Science Framework (DOI 10.17605/OSF.IO/PYQBA).

A questão de revisão foi definida com recurso à estratégia PCC (P - População, C - Conceito, C - Contexto), de acordo com o JBI Manual for Evidence Synthesis (Aromataris et al., 2024). Assim, definiu-se como questão “Qual a influência da terapia assistida por cães na redução da ansiedade na criança hospitalizada?”, sendo que P – crianças, C – terapia assistida por cães na redução de ansiedade e C – hospital.

Nesta revisão incluímos como estudos que abordassem crianças hospitalizadas. O conceito de criança, em Portugal, diz respeito aos utilizadores dos cuidados de saúde, em idade pediátrica - idade compreendida dos zero aos 17 anos e 364 dias. “Considerando que no seu percurso de crescimento e desenvolvimento as crianças têm necessidades muito diversas, dever-se-á atender às especificidades das diferentes características da idade da criança e adolescente, criando as condições para o cumprimento das recomendações das Nações Unidas e da Carta da Criança Hospitalizada no âmbito da rede de cuidados pediátricos” (Diário da República Nº112,2010).

Em relação ao conceito, serão selecionados estudos que abordem a influencia da terapia assistida por cães na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas.

A Terapia Assistida por Cães (TAC) é uma intervenção terapêutica que envolve a presença de cães treinados com o objetivo de promover benefícios físicos, emocionais, sociais e cognitivos aos indivíduos sujeitos a esta terapia. Diferentemente de atividades recreativas com animais, a TAC é estruturada, possui objetivos terapêuticos específicos e é conduzida por profissionais da saúde ou educação. Diversos estudos apontam que a interação com cães pode reduzir o stress, melhorar o humor e estimular a socialização em diferentes populações, incluindo crianças. Segundo Ein et al. (2018), intervenções assistidas por animais, incluindo a TAC, demonstram efeitos positivos na redução de sintomas de ansiedade, stress e depressão, contribuindo também para a melhoria de variáveis fisiológicas como a frequência cardíaca e a pressão arterial.

De acordo com a American Psychiatric Association (APA, 2013), a ansiedade é uma resposta emocional caracterizada por sentimentos de tensão, preocupação e alterações fisiológicas, como aumento da frequência cardíaca e sudorese. Embora seja uma reação normal diante de ameaças externas, a ansiedade torna-se clínica quando é desproporcional, persistente e interfere significativamente no funcionamento cotidiano diário.

Atualmente, a criança deve ser encarada como sujeito ativo/participante do seu processo de hospitalização, promovendo-se um cuidado que ultrapasse o físico e alcance as necessidades emocionais e sociais (Andrade, Freitas & Marques, 2015). A criança hospitalizada requer, para garantia do processo de crescimento e desenvolvimento, a satisfação das necessidades afetivo-emocionais (Schmitz, Piccoli & Viera, 2003).

O componente quantitativo da revisão teve em consideração tanto os desenhos de estudos experimentais, incluindo ensaios clínicos randomizados e não randomizados, estudos quase experimentais, antes e depois, estudos de coorte prospectivos e retrospectivos, estudos de caso-controle e estudos transversais analíticos para inclusão. O componente quantitativo da revisão teve por base desenhos de estudos epidemiológicos descritivos, incluindo séries de casos, relatos de casos individuais e estudos transversais descritivos para inclusão. O componente qualitativo da revisão baseou-se em estudos que se concentram em dados qualitativos, incluindo, mas não se limitando a, desenhos como fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, pesquisa-ação e pesquisa feminista. Na ausência de estudos de pesquisa, outros textos, como artigos de opinião e relatórios foram considerados. O componente textual da revisão terá em conta a opinião de especialistas, artigos de discussão, artigos de posição e outros textos.

A estratégia de pesquisa terá como objetivo localizar tanto estudos publicados como não publicados. Uma estratégia de pesquisa em três etapas será utilizada nesta revisão. Primeiro, uma pesquisa inicial limitada no MEDLINE (PubMed) e CINAHL (EBSCO) foi realizada para identificar artigos sobre o tema. As palavras contidas nos títulos e resumos dos artigos relevantes, e os termos de índice usados para descrever os artigos foram utilizados para desenvolver uma estratégia de pesquisa completa para relatar o nome das bases de dados/fontes de informação relevantes. A estratégia de pesquisa (Tabela I), incluindo todas as palavras-chave e termos de índice identificados, será adaptada para cada base de dados e/ou fonte de informação incluída. A lista de referências de todas as fontes de evidência incluídas será examinada numa pesquisa de estudos adicionais.

**Tabela 1 Termos Mesh**

#1	#1 child*
#2	#2 Infant
#3	#3 Infant, Newborn
#4	#4 Newborn
#5	#5 Child, Preschool
#6	#6 Pre-school*
#7	#7 Adolescent*
#8	#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7
#9	#9 therapy animals
#10	#10 Animal facilitated therapy
#11	#11 Emotional Support Dogs
#12	#12 Therapy Dogs
#13	#13 Pet Facilitated Therapy
#14	#14 Pet-Assisted Therapy
#15	#15 Emotional Support Animals
#16	#16 Pet Therapy Animals
#17	#17 Pet Therapy Dogs
#18	#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
#19	Anxiety
#20	#8 AND #18 AND #19

Estudos publicados em inglês, francês, português e espanhol foram incluídos.

Estudos publicados desde a inserção até 30 de março de 2025 foram incluídos.

Após a pesquisa, todas as citações identificadas foram reunidas e carregadas no Mendeley Reference Manager 2.80.1 (2022 Mendeley Ltd.) e os duplicados removidos. Após um teste piloto, os títulos e resumos serão examinados por dois ou mais revisores independentes para avaliação em relação aos critérios de inclusão da revisão. Fontes potencialmente relevantes serão recuperadas na íntegra e os seus detalhes de citação importados para o Sistema JBI para Gestão Unificada, Avaliação e Revisão de Informação (JBI SUMARI) (JBI, Adelaide, Austrália).

O texto completo das citações selecionadas foi avaliado em detalhe relativamente aos critérios de inclusão por dois revisores independentes. Os motivos para a exclusão de

fontes de evidência no texto completo que não atendem aos critérios de inclusão foram documentados. Os resultados da pesquisa e o processo de inclusão de estudos foram relatados na íntegra na revisão no final e apresentados com um diagrama de fluxo PRISMA (Page et al., 2022).

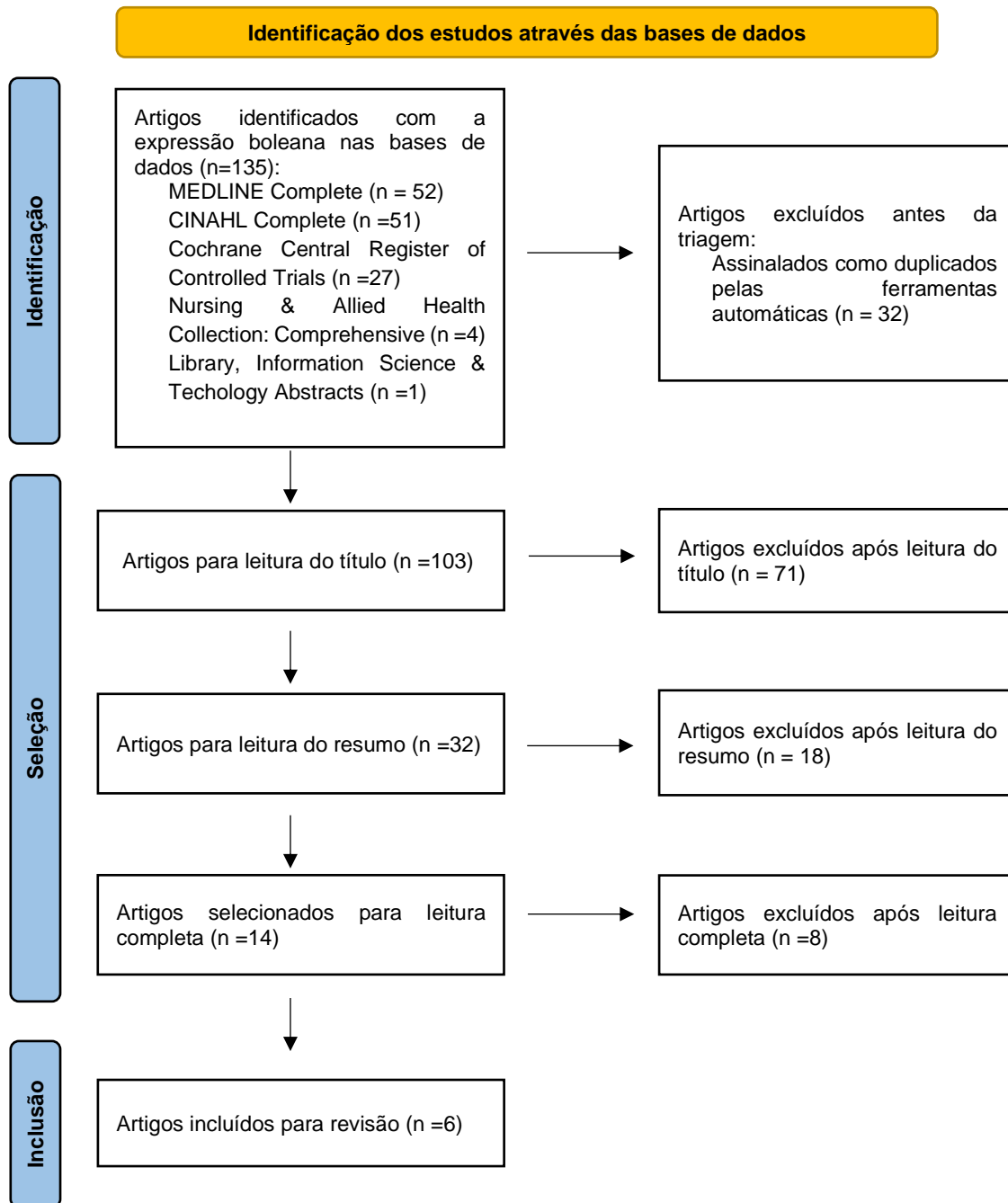
Os dados extraídos incluíram detalhes específicos sobre os participantes, conceito, contexto, métodos de estudo e principais descobertas relevantes para as questões da revisão. Pretende-se também disponibilizar tabelas de resumo dos artigos selecionados para a scoping review (Apêndice II).

### 2.3. ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Foram identificados 135 artigos, sendo que 52 tem origem na MEDLINE Complete, 51 na CINAHL Complete, 27 na Cochrane Central Register of Controlled Trials, 4 na Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e 1 na Library Information Science & Technology Abstracts. O processo de seleção dos artigos foi analisado, recorrendo ao fluxograma PRISMA (Figura 1), no qual está explanado o percurso até à amostra final. Dos 135 artigos, removeram-se 32, por serem duplicados, sobrando 103. Assim, foram analisados 103 títulos, sendo que se excluiu 71 por não cumprirem os critérios de inclusão e por não responderem à questão de investigação, ficando com 32 artigos para a próxima análise, a do resumo. Após esta, foram excluídos 18, ficando com 14 artigos para leitura do texto integral. Posteriormente a esta fase de análise, foram excluídos 8 artigos, ficando com 6 artigos como amostra.

De seguida, encontra-se explanado o fluxograma PRISMA que demonstra o percurso metodológico de seleção para obtenção dos artigos incluídos nesta revisão.

Figura 1 Fluxograma Preferred Reporting Items for Scoping Review (PRISMA).



A amostra bibliográfica deste estudo é constituída por 6 artigos, que obedecem aos critérios de inclusão previamente definidos e que permitem dar resposta à questão de investigação. Os resultados desta revisão demonstram os benefícios associados à terapia assistida por cães na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas (Tabela II).

<b>Autor (Ano)</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>População</b>	<b>Intervenção (TAA)</b>	<b>Comparação</b>	<b>Resultados Principais</b>	<b>Conclusões</b>
Hinic et al. (2019)	Quase- experimental	Crianças	TAA com cão	Atividade com quebra-cabeças	Ambos os grupos reduziram a ansiedade; TAA com maior redução (não significativa)	TAA pode ser eficaz como terapia complementar
Branson et al. (2017)	Quase- experimental	Crianças	TAA com cão	Sem TAA	Sem redução significativa de ansiedade/cortisol/CRP, mas redução nos que tinham níveis mais altos iniciais	TAA pode beneficiar crianças com níveis elevados de stress; promove sentimentos positivos e ligação emocional
Feng et al. (2021)	Revisão sist. + MA	Crianças e adolescentes	TAA com cão	Sem TAA	Redução significativa de dor, ansiedade, FC e PA; melhoria do bem-estar	TAA pode ser eficaz como terapia complementar
Goren et al. (2023)	Revisão sistemática	Crianças	TAA com cão	Intervenções como música/jogo	Pequeno efeito na ansiedade; melhoria de humor, socialização e aceitação do hospital	TAA pode ser eficaz como terapia complementar

López-Fernández et al. (2024)	Quase-experimental	Crianças em UCI	TAA com cão	Antes/depois da sessão	Redução significativa na dor, medo e ansiedade; alta aceitação entre profissionais e pacientes	TAA pode ser eficaz como terapia complementar; promove humanização dos cuidados
Tsai et al. (2010)	Quase-experimental	Crianças	TAA com cão	Quebra-cabeças	Redução da PA sistólica; sem diferença significativa na ansiedade devido a baixos níveis iniciais	TAA pode beneficiar crianças em contextos de maior stress

**Tabela 2 Resultados**

## 2.4. DISCUSSÃO

A presente discussão visa integrar criticamente os achados dos estudos selecionados sobre Terapia Assistida por Animais (TAA) em crianças hospitalizadas, destacando semelhanças, diferenças e implicações clínicas.

O estudo de Hinic et al. (2019), realizado nos Estados Unidos da América, demonstrou que tanto a TAA quanto atividades lúdicas (como jogos de quebra-cabeças) foram eficazes na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas, incluindo as visitas da terapia assistida por cães, o cão treinado e o tratador que são previamente analisados se elegíveis para o processo. Apesar de não ter havido diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o grupo com TAA apresentou valores basais mais baixos de ansiedade. Estes resultados estão alinhados com a meta-análise de Waite et al. (2018), que reconhece o efeito positivo da TAA na ansiedade e dor em contextos hospitalares.

Branson et al. (2017) introduziram uma dimensão fisiológica à análise, ao avaliarem níveis de cortisol e proteína C reativa em saliva. Apesar da ausência de diferenças significativas globais, observaram redução desses biomarcadores em crianças com níveis mais elevados basais. Esta observação reforça a hipótese de que a TAA pode ter um efeito mais pronunciado em grupos com maior stress inicial, como também sugerido por Tsai et al. (2010) e Barker et al. (2015).

Na revisão sistemática e meta-análise de Feng et al. (2021), identificou-se uma redução significativa da dor, ansiedade, pressão arterial e frequência cardíaca com a TAA, sugerindo uma atuação multifatorial (psicológica e fisiológica). Este estudo destaca ainda a importância dos enfermeiros como facilitadores e promotores da TAA em contexto hospitalar.

Goren et al. (2023) reforçaram o potencial da TAA em melhorar o humor e a aceitação do ambiente hospitalar, ainda que com efeito discreto na ansiedade. A distração proporcionada pelos animais parece atuar como um moderador emocional.

Em contexto de cuidados intensivos pediátricos, o estudo de López-Fernández et al. (2024) foi pioneiro ao demonstrar redução estatisticamente significativa na dor, medo e ansiedade após sessões de TAA. A elevada aceitação por parte das crianças, cuidadores e profissionais reforça a viabilidade e segurança da intervenção mesmo em ambientes de maior complexidade.

O estudo de Tsai et al. (2010) sugeriu redução na pressão arterial sistólica, mas sem efeito significativo na ansiedade, provavelmente devido aos baixos níveis basais da

amostra. Ainda assim, contribui para a ideia de que a TAA pode melhorar a regulação autonómica e psicológica em crianças hospitalizadas.

Diversos mecanismos fisiológicos e psicológicos foram propostos para explicar os efeitos da TAA. Estudos como os de Feng et al. (2021) e Branson et al. (2017) sugerem a atuação de neurotransmissores como a ocitocina, endorfinas e serotonina, bem como a redução do cortisol. Estes mecanismos estão associados à regulação do stress, ao bem-estar e à resposta à dor.

A diversidade da população estudada – crianças com cancro, em cuidados intensivos, ou com hospitalizações prolongadas – revela que a TAA pode ser adaptada a diferentes contextos clínicos. López-Fernández et al. (2024) e Feng et al. (2021) destacam o potencial desta terapia em ambientes de elevado stress.

Apesar dos resultados promissores, os estudos analisados apresentaram limitações, como tamanhos amostrais reduzidos, falta de padronização das intervenções e variabilidade de respostas individuais. Estas limitações dificultam a generalização dos resultados e apontam para a necessidade de estudos randomizados mais robustos (Ein et al., 2018).

As implicações clínicas são significativas: a TAA pode reduzir o uso de medicação ansiolítica, promover adesão ao tratamento e melhorar a relação terapêutica entre criança, equipa de enfermagem e cuidadores. Profissionais de enfermagem relatam maior cooperação por parte das crianças após sessões de TAA (Johnson et al., 2019).

Estas descobertas são congruentes com os resultados de uma meta-análise (Waite, Hamilton, & O'Brien, 2018) que apoiou o efeito positivo da terapia assistida por animais sobre a ansiedade e dor em 22 estudos, incluindo 13 em ambientes hospitalares. É possível perceber que a terapia assistida por cães, pode ser uma terapia complementar eficaz na diminuição da ansiedade em crianças hospitalizadas. O desenvolvimento e implementação deste tipo de estudos, podem ter efeitos positivos tanto nas crianças como nas suas famílias. Ainda assim, considera-se, necessário mais estudos sobre os efeitos psicológicos e fisiológicos associados a este tipo de terapia.

Realça-se que, apesar dos resultados promissores, alguns estudos apresentaram limitações metodológicas, como tamanhos amostrais reduzidos, ausência de grupos de controle, ou dificuldades na padronização das intervenções (ex.: duração, raça e comportamento do cão, formação do condutor). Tais limitações comprometem a generalização dos resultados e apontam para a necessidade de ensaios clínicos randomizados de maior escala, como recomendado por Ein et al. (2018). Outro ponto

crítico é a variabilidade das respostas individuais, influenciada por fatores como experiências prévias com animais, idade, diagnóstico clínico e nível de ansiedade basal. Ainda assim, a literatura sugere que a TAC é especialmente eficaz em crianças com hospitalizações repetidas ou doenças crônicas, como cancro (Tsai et al., 2019), onde o sofrimento emocional tende a ser mais acentuado. Complementarmente, estudos neurobiológicos destacam que a presença de um animal pode atuar como um estímulo positivo e previsível, favorecendo a autorregulação emocional e diminuindo a hiperatividade do eixo HPA (hipotálamo-hipófise-adrenal), o qual está fortemente associado a respostas de ansiedade (Beetz et al., 2012).

Do ponto de vista da enfermagem pediátrica, a TAA emerge como uma intervenção não farmacológica eficaz, segura e humanizadora. A sua aplicação deve ser conduzida por profissionais capacitados, com animais avaliados e respeitando-se as características individuais de cada criança. O envolvimento do EESIP é crucial para garantir a qualidade e a ética da intervenção. É aqui que o EESIP pode intervir e fazer a diferença, tendo um olhar mais abrangente e tendo sempre presente a premissa de que o doente é um ser holístico, auxiliando-o a ele e à sua família a obter um melhor estado geral e, por consequência, aumentar as probabilidades de melhoria.

## 2.5. PROPOSTA DE INTERVENÇÃO DO EESIP

A Terapia Assistida por Cães (TAC) tem demonstrado benefícios significativos no contexto hospitalar pediátrico. Entre as principais implicações para a prática clínica, destacam-se:

- **Redução da ansiedade e do stress emocional** em crianças hospitalizadas, proporcionando maior conforto e tranquilidade durante procedimentos invasivos ou internamentos prolongados.
- **Facilitação do vínculo terapêutico** entre a criança, a equipa de enfermagem e outros profissionais de saúde, promovendo uma relação mais empática, acolhedora e centrada na criança.
- **Diminuição do uso de ansiolíticos e analgésicos** em determinadas situações, favorecendo práticas menos invasivas e com menor risco de efeitos adversos.
- **Valorização do papel do enfermeiro** como agente inovador, promotor do bem-estar psicológico e impulsionador de cuidados mais humanizados e responsivos às necessidades emocionais da criança.

Para garantir a qualidade e a segurança da intervenção, recomenda-se que:

- As atividades sejam conduzidas por profissionais devidamente capacitados.
- Os cães participantes sejam avaliados quanto ao comportamento, estado de saúde e nível de treino.
- As intervenções sejam individualizadas, respeitando as preferências, estado clínico e histórico pessoal da criança.
- A equipa de enfermagem participe ativamente no planeamento, execução e avaliação das sessões de TAC.

Propõe-se a implementação de um protocolo institucional de TAC como estratégia complementar de cuidado pela equipa de enfermagem pediátrica, com foco na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas.

- **Público-alvo:** Crianças internadas em unidades pediátricas, sem contraindicações médicas ou alergias a animais, e que preencham critérios de elegibilidade previamente definidos.
- **Seleção dos cães e tratadores:** Deve-se garantir a avaliação rigorosa da saúde, comportamento e formação dos animais e dos profissionais envolvidos.
- **Certificação:** As organizações envolvidas devem ser certificadas por entidades como a *Animal Assisted Interventions – International (AAI-int)*. Em Portugal, destaca-se a *Ânimas*, que promove visitas programadas a crianças hospitalizadas.
- **Formação da equipa:** A capacitação e sensibilização da equipa de enfermagem e demais profissionais sobre benefícios, indicações, contraindicações e cuidados durante a TAC são fundamentais.

As Sessões devem ser estruturadas tendo em conta a frequência, duração, ambiente e acompanhamento.

- **Frequência:** Sessões semanais.
- **Duração:** Entre 20 a 30 minutos.
- **Ambiente:** Espaço controlado e supervisionado pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) e pelo treinador do animal.
- **Acompanhamento:** Presença contínua da equipa de enfermagem, com foco na observação de sinais comportamentais e expressões de redução da ansiedade.

#### Avaliação de Resultados:

- **Instrumentos:** Aplicação de escalas validadas, como a *Modified Yale Preoperative Anxiety Scale (m-YPAS)* ou *Faces Anxiety Scale*, adaptadas ao contexto hospitalar.
- **Indicadores:** Avaliação pré e pós-intervenção dos níveis de ansiedade, satisfação das crianças, cuidadores e profissionais, além da monitorização de eventuais reações adversas.

#### Considerações Éticas:

- Respeito à individualidade da criança e às suas preferências.
- Garantia do bem-estar dos animais envolvidos.
- Integração da TAC no plano de cuidados de enfermagem.
- Reforço do papel do EESIP como mediador do cuidado emocional e promotor da inovação clínica.

#### Resultados Esperados da Intervenção:

- Redução dos níveis de ansiedade observados e auto relatados.
- Maior aceitação e cooperação durante procedimentos hospitalares.
- Fortalecimento do vínculo entre criança, família e equipa de enfermagem.
- Humanização do cuidado e melhoria global da experiência hospitalar da criança.

A TAC configura-se como uma estratégia complementar inovadora, com forte embasamento em evidências científicas, e elevado potencial para integrar os cuidados pediátricos hospitalares. A sua implementação promove o bem-estar emocional, a diminuição do stress e a melhoria da experiência de internamento de crianças e famílias, reforçando o papel da enfermagem como promotora do cuidado integral, empático e humanizado.

Figura 2 Proposta de Intervenção – Terapia Assistida por Cães (TAC)



## CONCLUSÃO

No presente relatório, abordou-se o desenvolvimento da aquisição das competências de Mestre, das Comuns do Enfermeiro Especialista e em particular das competências do EESIP, e realizou-se ainda uma scoping review relativa a terapia assistida por cães na redução da ansiedade em crianças hospitalizadas.

Com a elaboração do presente Relatório foi possível refletir e analisar de forma crítica e teoricamente fundamentada, alicerçada nos fundamentos de uma Prática Baseada na Evidência, as atividades desenvolvidas no percurso de aprendizagem durante os diversos estágios, que se considera terem contribuído para atingir os objetivos gerais e específicos definidos, assim como as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Saúde Infantil e Pediátrica e as competências associadas ao grau de Mestre. As práticas clínicas contribuíram para o desenvolvimento de conhecimentos científicos, técnicos e humanos, tendo em consideração os contextos das famílias e o superior interesse da criança, que se manifestaram cruciais não só neste percurso formativo, mas também no meu contexto de trabalho, melhorando a intervenção junto das famílias e o contributo nos processos de tomada de decisão, em contexto da equipa de saúde.

Os cuidados prestados à criança são incrivelmente complexos, não exclusivamente do ponto de vista técnico, mas principalmente por toda a atenção que está implícito ao cuidar da criança doente. Desde o alargado espectro de idades, à particularidade do binómio criança/família, à singularidade subjacente à comunicação com uma criança ou jovem, tudo se revela desafiante. À semelhança de outras áreas de especialidade, a Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, reveste-se de um corpo de conhecimentos sólido, capaz de dotar os enfermeiros especialistas de competências particulares e diferenciadas. Neste seguimento e tendo em linha de conta o plano de estudos, do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica ministrado pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria, a componente teórica, juntamente com a componente prática, permite a obtenção do grau de mestre, assim como a atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista.

O objetivo fundamental da assistência à criança e à família é a promoção da saúde e o melhor desenvolvimento possível em qualquer fase da sua vida. Para se atingir este importante objetivo, os enfermeiros necessitam de compreender as crianças e a sua família, a sua forma de crescer e de se relacionar com as pessoas significativas do seu

ambiente e estar conscientes dos múltiplos fatores que contribuem para a individualidade de cada criança. O enfermeiro assume um papel cada vez mais decisivo e proactivo no que se refere à identificação das necessidades de cuidado da população, bem como na promoção de cuidados de enfermagem de elevada qualidade e de excelência, proporcionando ao binómio criança/família a promoção da saúde através da maximização da mesma.

Este percurso apresentou algumas dificuldades, tais como a conciliação da vida pessoal, trabalho e estágios, o tempo disponível para a realização dos projetos de melhoria para os contextos. Em suma, toda a formação construída com o Mestrado em Enfermagem, com especialização em Saúde infantil e Pediátrica, foi um marco de relevo no desenvolvimento de juízo crítico e de conhecimentos, contribuindo para um novo olhar sobre a enfermagem, de ser capaz de lhe atribuir novos significados. O conhecimento em enfermagem emerge de uma prática informada na evidência com recurso a fontes fidedignas, dando preferência à investigação como base de sustentação das práticas especializadas de qualidade e excelência de forma a contribuir para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e arte do cuidar.

A finalização desta etapa assinala o início de uma nova fase profissional, com novas competências, conhecimentos e nova visão, mas também com responsabilidades acrescidas, como EEESIP e Mestre, no cuidar da criança e família, no aprimorar as aprendizagens realizadas, e em descobrir e desenvolver novos conhecimentos, visando sempre a melhoria contínua da qualidade dos cuidados na área da saúde infantil e pediátrica.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, J., Amendoeira, J., & Charepe, Z. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38 (4), 1-7. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rngenf/a/v5BnNmww4jPFT6pmS37ZZwr/?lang=pt&format=pdf>.

Alves, R. (2020). Cuidar para promoção da saúde: Intervenções de Enfermagem na maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil. [Doctoral dissertation - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa].

Amaral, G. & Figueiredo, A. S. (2020). Desenvolvimento de competências dos enfermeiros orientadores: uma visão de peritos. *Revista de Enfermagem Referência*, (5), 1-8. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RV20036>.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>.

American Veterinary Medical Association (AVMA) (2017). Retrieved from <https://www.avma.org/KB/Policies/Pages/Animal-Assisted-InterventionsDefinitions.aspx>.

Andrade, K.C.S., Freitas, F. F. Q., Marques, D. K. A., Lucena, A. L. R., Costa, K. N. F. M., Costa, M. M. L. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista enfermagem UFPE on line*. 9(11), 9784-9792.

Arnold, E. C., & Boggs, K. U. (2019). *Interpersonal relationships: Professional communication skills for nurses* (8th ed.). Elsevier.

Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>.

Baptista, T., Matos, I. P. & Coelho, P. B. (2015). Prevalência de Excesso de Peso e Obesidade Infantil nos Exames Globais de Saúde dos 5-6 Anos. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 46, 109-112. Disponível em: <https://pjp.spp.pt//article/view/3191/5073>.

Barker, S. B., Pandurangi, A. K., & Best, A. M. (2003). Effects of animal-assisted therapy on patient's anxiety, fear and depression before ECT. *The Journal of ECT*, 19(1), 38–44. doi:10.1097/00124509-200303000-00008.

Batalha, L. & Sousa, A. (2018). Autoavaliação da intensidade da dor: correlação entre crianças, pais e enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(17), 14-24. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV18002>.

Beetz, A., Uvnäs-Moberg, K., Julius, H., & Kotrschal, K. (2012). *Psychosocial and psychophysiological effects of human-animal interactions: The possible role of oxytocin*. *Frontiers in Psychology*, 3, 234. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2012.00234>.

Benner, P. (2005). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica em enfermagem* (2.<sup>a</sup> ed.). Quarteto.

Bento, M., Ferreira, R. & Amendoeira, J. (2020). A criança-família. Da centralidade dos cuidados à relação de parceria. *Revista da Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém*, 8(1), 276-282. <https://doi.org/10.25746/ruiips.v8.i1.19898>.

Branson, S. M., Boss, L., Padhye, N. S., Trötscher, T., & Ward, A. (2017). Effects of Animal-assisted Activities on Biobehavioral Stress Responses in Hospitalized Children: A Randomized Controlled Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 36, 84–91. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.05.006>.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss* (Ursula, Ed.; 2nd ed., Vol. 1). Microsoft Word - Bowlby - ATTACHMENT AND LOSS.doc (mindsplain.com).

Castro, A. (2019). *Cuidar sem dor: Intervenções de alívio e controlo da dor aguda em crianças dos 0 aos 6 anos* [Master's Thesis: Escola Superior de Saúde Dr Lopes Dias do Instituto Politécnico de Castelo Branco].

Comissão Nacional de Proteção de Crianças e Jovens em Risco (2010). *Guia de Orientações para os Profissionais da Saúde na Abordagem de Situações de Maus Tratos ou outras situações de Perigo*. Comissão Nacional de Promoção dos Direitos e Proteção das Crianças e Jovens.

Costa, L. G. F. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15 (3), 137-45. Vista

do Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem (convergenceseditorial.com.br).

De Castro, G.G., Barbosa, E.V.S. & Figueiredo, G.L.A. (2020). Avaliação funcional de crianças com deficiência: Fatores contextuais e familiares para o desenvolvimento infantil. *Fisioterapia Brasil*, 21(2), 141-148. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/fb.v21i2.2424>.

Decreto de lei nº 65/2018. Diário da República I Série. 157 (16-08-2018) 4147-4182. Disponível em WWW: <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf> >.

Despacho n.º 9871/2010 do Ministério da Saúde. (2010). Diário da República: 2ª Serie, nº112. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2010/06/112000000/3212332123.pdf>.

Direção Geral da Saúde. (fevereiro de 2011), Maus-Tratos em crianças e jovens: guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/maus-tratos-emcriancas-e-jovens-guia-pratico-de-abordagem-diagnostico-e-intervencao-pdf.aspx>.

Direção Geral da Saúde. (2003). Circular Normativa Nº 09 - A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde [DGS] (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-emsaude-infantil-e-juvenil-png.aspx>.

Direcção-Geral de Saúde. (2015). Abordagem Hospitalar das Queimaduras 75 em Idade Pediátrica e no Adulto. Diário Da República - Norma No 022/2012 de 26/12/2012. Atualizada a 13/07/2017, 1–29. Disponível em: <https://www.inem.pt/wp-content/uploads/2017/08/Abordagem-Hospitalar-das-Queimaduras-em-Idade-Pedi%C3%A1trica-e-no-Adulto.pdf>.

Direção-Geral da Saúde (2019). Crianças E Jovens Com Diabetes Mellitus Tipo 1. *Manual De Formação Para Apoio Aos Profissionais De Saúde E De Educação*.

Direção-Geral da Saúde. [criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/criancas-e-jovens-com-diabetes-mellitus-tipo-1-manual-de-formacao-para-apoio-aos-profissionais-de-saude-e-de-educacao-pdf.aspx) (dgs.pt).

Direção Geral da Saúde. (2020). Iniciativa mobilizadora da paternidade envolvida e cuidador. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/sr-iniciativa-mobilizadora-piloto-pdf.aspx>.

Echinard, C., & Latarjet, J. (2012). *Queimaduras*. Loures: Lusociência.

Ein, N., Li, L., & Vickers, K. (2018). The effect of pet therapy on the physiological and subjective stress response: A meta-analysis. *Stress and Health*, 34(4), 477–489. <https://doi.org/10.1002/smi.2812>.

Fernandes, A. (2020). Cuidados atraumáticos e dor em pediatria. In A. Ramos, & M. Figueiredo (Coord.). *Enfermagem em Saúde da Criança e Jovem* (1ªed.) (p. 39 55). Lidel.

Feng, Y., Lin, Y., Zhang, N., Jiang, X., & Zhang, L. (2021). Effects of animal-assisted therapy on hospitalized children and teenagers: A systematic review and meta-analysis. In *Journal of Pediatric Nursing* (Vol. 60, pp. 11–23). W.B. Saunders. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.01.020>.

Falke, A., Milbrath, V. & Freitag, V. (2018). Estratégias Utilizadas Pelos Profissionais da Enfermagem na Abordagem à Criança Hospitalizada. *Revista Contexto & Saúde*, 18(34), 9-14. <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2018.34.9-14>.

Gomes, G., Moreira, M., Silva, C., Mota, M., Nobre, c., Rodrigues, E. (2019). Vivências do familiar frente ao diagnóstico de diabetes mellitus na criança/adolescente. *Journal of Nursing and Health*, 9(1), 1-13. <https://doi.org/10.15210/JONAH.V9I1.13393ho>.

Goren, K., Cen, Y., Montemurri, V., Moodley, D., Sutton, A., Ahmed, A., Alphonsus, L., Denezis, P., Fleming, C., Guertin, H., Hyland, K., Kalim, A., Kim, H. H., Krause, S., Liang, A., MacLean, E., Neocleous, P., Patel, A., Pritchard, S., ... Marcotte, E. (2023). The impact of music, play, and pet therapies in managing pain and anxiety in paediatric patients in hospital: a rapid systematic review. In *Paediatrics and Child Health (Canada)* (Vol. 28, Issue 4, pp. 218–224). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/pch/pxad010>.

Hinic, K., Kowalski, M. O., Holtzman, K., & Mobus, K. (2019). The effect of a pet therapy and comparison intervention on anxiety in hospitalized children. *Journal of Pediatric Nursing*, 46, 55–61. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.003>.

HOCKENBERRY, M.; [et al] (2006) – Wong – Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. 7ª edição, Rio de Janeiro.

Instituto Nacional de Emergência Médica. (2020). Manual de Suporte Avançado de Vida.

International Association for the Study of Pain. (2021). Pain Assessment in the most vulnerable children. Disponível em: <https://www.iasp-pain.org/resources/factsheets/pain-assessment-in-the-most-vulnerable-children/>.

International Association of Human-Animal Interaction Organizations (2014). The IAHIO definitions for animal assisted intervention and guidelines for wellness of animals involved. Retrieved from <http://iahaio.org/wp/wp-content/uploads/2017/05/iahaio-white-paper-final-nov-24-2014.pdf>.

International Diabetes Federation (2019). International Diabetes Federation Diabetes Atlas. Disponível em: <https://www.diabetesatlas.org>.

Johnson, R. A., Meadows, R. L., Haubner, J. S., & Sevedge, K. (2019). *Animal-assisted activity among hospitalized children: A pilot study*. Journal of Pediatric Nursing, 49, 64–69. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.08.004>.

Knighton, A. J., & Bass, E. J. (2021). Implementing family-centered rounds in hospital pediatric settings: A scoping review. Hospital Pediatrics, 11(7), 679-691. Disponível em: <https://doi.org/10.1542/hpeds.2020-004614>.

Kuo, D. Z., Houtrow, A. J., Arango, P., Kuhlthau, K. A., Simmons, J. M., & Neff, J. M. (2012). Family-centered care: Current applications and future directions in pediatric health care. *Maternal and Child Health Journal*, 16(2), 297–305. <https://doi.org/10.1007/s10995-011-0751-7>.

Lerwick, J. L. (2013). Psychosocial implications of pediatric surgical hospitalization. *Seminars in Pediatric Surgery*, 22(3), 129–133. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.04.003>.

Lopes, N. (2012). *Parceria nos cuidados à criança nos serviços de pediatria: perspectiva dos enfermeiros* [Master's Thesis, Escola Superior De Enfermagem Do Porto]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9376/1/TESE%20NATALIA%20LOPES.pdf>

López-Fernández, E., Palacios-Cuesta, A., Rodríguez-Martínez, A. *et al.* Implementation feasibility of animal-assisted therapy in a pediatric intensive care unit: effectiveness on reduction of pain, fear, and anxiety. *Eur J Pediatr* 183, 843–851 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00431-023-05284-7>.

Lourenço, I. L., Gonçalves, M. S., Sequeira, M. S., Melo, M. F., & Gouveia, M. J. (2022). A tomada de decisão na gestão de cuidados em enfermagem: uma revisão narrativa da literatura. *Gestão E Desenvolvimento*, (30), 557-578. <https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>.

Matozo, A. M. de S., Cañedo, M. C., Nunes, C. B. & Lopes, T. I. B. (2021). Método canguru: Conhecimentos e práticas da equipe multiprofissional. *Revista Enfermagem Atual*, 95(36). <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.36-art.1237>.

Ministério da Saúde [MS]. (2015). Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020. *Diário da República*, 2.<sup>a</sup> série, n.º 102, 13550-13553. Disponível em: <https://dre.pt/application/file/a/67318639>.

Montes, S. F., Barbosa, maria H., & Neto, A. L. de S. (2011). Aspectos clínicos e epidemiológicos de pacientes queimados internados em um Hospital de Ensino. *Revista Escola Enfermagem USP*, 45(2), 369–373.

Morton, P. G., & Fontaine, D. K. (2009). *Cuidados Críticos de Enfermagem: Uma Abordagem Holística* (9a ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

Neumann, C., Tabushi, C., Leão, A., Fritz, C., Silva, A., Kraemer, G., Demartini, A., Stansky, L., Cat, M. & França, S. (2020). Comportamento de Crianças e Adolescentes Portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1 no Ambiente Escolar. *Jornal Paranaense de Pediatria*, 21(2), 1-6. <https://doi.org/10.5935/1676-0166.20200007>.

Norma nº 018/2020 da Direção Geral da Saúde. Programa Nacional de Vacinação. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx>.

Oliveira, T. S., Moreira, K. F. A., & Gonçalves, T. A. (2012). Assistência de enfermagem com pacientes queimados. *Assistência de enfermagem com pacientes queimados. Rev Bras Cir Plast*, 11(1), 31–37.

Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A., Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, D., Santos, E., Marote, L., & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor* (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, Ed.; 1st ed.).

Ordem dos Enfermeiros. (2001). Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual, enunciados descritivos. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Desenvolvimento Profissional: Individualização das especialidades em Enfermagem*. Revista Ordem dos Enfermeiros. Suplemento da Revista (26). 9-23.

Ordem dos Enfermeiros [OE] (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I. Lisboa: OE. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores\\_boapratica\\_saudeinfantil\\_pediatria\\_volume1.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp\\_estrategiasnaofarmacologicas\\_controlodorcricao.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicas_controlodorcricao.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em: [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf).

Ordem dos enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2\\_padroesqualidcuidesip.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento nº422/2018. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Disponível em: [https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regul\\_422\\_2018.pdf](https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2018/Julho/Regul_422_2018.pdf).

Ordem dos Enfermeiros (2019) Regulamento nº 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2ª série, nº26. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>.

Organização Mundial de Saúde. (2022). OMS promove novas diretrizes para cuidados com bebês prematuros. Disponível em: <https://news.un.org/pt/story/2022/11/1805477>.

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Moher, D. (2022). A declaração PRISMA 2020: diretriz atualizada para relatar revisões sistemáticas. *Rev Panam Salud Publica*; 46, dic. 2022.

Pereira MJF, Pereira L, Ferreira ML. Os benefícios da terapia assistida por animais: uma revisão bibliográfica. *Saúde Coletiva*.

Pereira, M. J. S. R. M. (2022). Contributo Do Enfermeiro Especialista No Controlo Da DM1 Na Criança/Adolescente [Master's Thesis, Escola Superior De Saúde - Instituto Politécnico Da Guarda]. Repositório Institucional Do Instituto Politécnico Da Guarda. *Enf Sip - Maria J S R M Pereira.Pdf (Ipg.Pt)*.

Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, JBI, 2020. Disponível <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.

Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(11), 121–132. Disponível em: <https://doi.org/10.12707/RIV16030>.

Pinho, F. M. de. (2014). *Guideline para o cuidado de enfermagem ao paciente queimado adulto: uma construção coletiva*. Lincolin Arsyad. Universidade Federal de Santa Catarina.

Pinto, V. C. M. (2021). *A criança em idade escolar com Diabetes Mellitus tipo 1: o cuidado promotor de uma transição segura para a comunidade*. [Master's Thesis, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/44442>.

Pinto, V. C. M., & Malheiro, M. I. D. C. (2022). Intervenções facilitadoras na transição da criança com Diabetes Mellitus tipo 1 para a comunidade: uma revisão scoping. *Pensar Enfermagem*, 26 (1), 5-14. 10.56732/pensarenf.v26i1.194.

Querido, D., Lourenço, M., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Nursing interventions concerning the bonding of hospitalized newborns – scoping review. *Enfermeria Global*, 21, 625–637. Disponível em: <https://doi.org/10.6018/eglobal.479291>.

Raja, S. N., Carr, D. B., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X. J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises. *Pain*, 161(9), 1976–1982. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.

Regulamento n.º 140/2019. Diário da República. II Série. 26 (06-02-2019) 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 422/2018. Diário da República II Série. 133 (12-07-2018) 19192-19194. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>.

Rodrigues, P., Andrade, M., Lopes, P., Cruz, C., Moura, A., & Miranda, M. (2022). Hospitalização da criança: o olhar do cuidador. *Com. Ciências Saúde*, 33(1).

São Paulo, v.4, n.14, 2007, p. 62-66. ICHITANI, T. et al. Animal-assisted activity and pain sensation in hospitalized children and adolescents. *Revista Dor*, v. 17, n. 4, p. 270–273, 2016a.

Sadock BJ. *Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 9a ed. Porto Alegre: Art Med; 2007.

Sanderson, C. (2005). *Abuso Sexual em Crianças: Fortalecendo Pais e Professores Para Proteger Crianças de Abusos Sexuais*. (F. Oliveira, Trad). São Paulo: M. Books do Brasil Editora. (Original publicado em 2004).

Santos, P. M., Silva, L. F., Depianti, J. R., Cursino, E. G. & Ribeiro, C. A. (2016). Os cuidados de enfermagem na percepção da criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v69n4/0034-7167-reben-69-04-0646.pdf>.

Santos, A. L., Alves, D. S., & Silva, I. R. (2019). Comunicação com adolescentes no contexto da atenção primária à saúde: Revisão integrativa. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 13(e239080), 1–9. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2019.239080>.

Schmitz, S. M., Piccoli, M., Viera, C.S. (2003). A criança hospitalizada, a cirurgia e o brinquedo terapêutico: Uma reflexão para a enfermagem. *Ciência, Cuidado e Saúde*. 2(1), 67-73.

Silva, N. (2014). *Teoria da Vinculação* [Master's thesis, Faculdade de Medicina Universidade do Porto]. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/73037/2/29056.pdf>.

Smith, B. P., Brown, T., & Frick, J. (2020). *Canine-assisted therapy as a tool to reduce anxiety in pediatric hospital settings: A randomized controlled trial*. *Child Health Care*, 49(1), 35–50. <https://doi.org/10.1080/02739615.2020.1721417>.

Sousa, F.M.R.P.C. & Curado, M.A.S. (2020). Avaliação do stress parental na unidade de neonatologia: Revisão scoping. *Pensar em Enfermagem*. 24(2), 65-86. Disponível em: <https://pensarenfermagem.esel.pt/index.php/esel/article/view/174/179>.

Synthesis, JBI, 2020. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>. Disponível em <https://synthesismanual.jbi.global>.

Tsai, C. C., Friedmann, E., & Thomas, S. A. (2010). The effect of animal-assisted therapy on stress responses in hospitalized children. *Anthrozoos*, 23(3), 245–258. <https://doi.org/10.2752/175303710X12750451258977>.

Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2008). *Thelan's Enfermagem de Cuidados Intensivos: Diagnóstico e Intervenção* (5a ed.). Loures: Lusodidacta.

Walter, H. J., Bukstein, O. G., Abright, A. R., Keable, H., Ramtekkar, U., Ripperger-Suhler, J., & Rockhill, C. (2020). Clinical practice guideline for the assessment and treatment of children and adolescents with anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2020.05.005>.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICES I

Panfleto de extração e conservação do leite materno

Panfleto guia de cuidados ao bebê

## Conservação do Leite Materno

- O Leite Materno pode ser armazenado em sacos ou recipientes (plástico ou vidro), próprios para alimentos.
- É importante identificá-los e registar a data da extração e da congelação.
- O leite que permaneceu 48h no frigorífico pode ainda ser congelado.
- O leite recentemente extraído não deve ser misturado com outro já guardado no frigorífico ou congelador.
- As misturas se necessárias devem ser feitas pouco antes da toma do leite.



## Duração do Leite Materno

- 6 a 8 horas à temperatura ambiente se < a 25°C;
- 8 dias na primeira prateleira do frigorífico (0/4°C);
- 3 a 5 dias na primeira prateleira do frigorífico (4/10°C)
- 2 semanas no congelador se este se situar dentro do frigorífico;
- 3 a 6 meses no congelador se este se situar fora do compartimento do frigorífico (combinado ou duas portas);
- 6 meses a 1 ano na arca frigorífica (-19°C);
- 1 dia depois de descongelado.

## Descongelação do Leite Materno

- Deve ser feita lentamente dentro do frigorífico;
- Deve ser consumido nas 24h seguintes e não pode ser recongelado;
- Está contraindicado o uso do micro-ondas para o descongelamento e aquecimento.
- O leite pode ser oferecido à temperatura ambiente ou ligeiramente amornado, 37°C (banho de maria).

## Extração Manual

- ✓ Coloque o polegar na aréola acima do mamilo e o indicador na aréola por baixo em oposição ao polegar.
- ✓ Mantenha os dedos no mesmo lugar e pressione-os um pouco para dentro, contra as costelas.
- ✓ Manter esta suave pressão, pressionando a aréola atrás do mamilo, entre os dedos, facilitando a saída do leite dos reservatórios até ao mamilo.
- ✓ Pressione e solte, pressione e solte. Não deve doer. Caso doa, a técnica está errada. Pode demorar 1 ou 2 minutos até o leite começar a sair.
- ✓ Pressione a aréola da mesma forma na parte lateral para que o leite seja retirado de todos os quadrantes da mama.
- ✓ Alterne as mamas a cada 5 minutos ou quando diminuir o fluxo de leite, repita a massagem.
- ✓ A quantidade de leite que se obtém em cada extracção pode variar.
- ✓ Não se deve avaliar a produção de leite pela quantidade extraída.
- ✓ Geralmente de manhã extrai-se mais leite do que à tarde.

## A importância da extração de leite materno

- Para alívio de sintomas de ingurgitamento;
- No final da mamada se a mama permanecer turgida;
- Para deixar leite quando a mãe tiver de se ausentar;
- Alimentar o bebé com baixo peso ao nascimento, prematuro ou doente.



## Passos a realizar antes de extrair o leite materno

- Lavar as mãos;
- Procurar um lugar sossegado e confortável;
- Ter o bebé perto de si ou uma fotografia dele;
- Fazer uma suave massagem na mama (circular, com as pontas dos dedos), para ajudar o leite a fluir;
- Estimular suavemente os mamilos rodando-os entre os dedos.

# EXTRAÇÃO E CONSERVAÇÃO DO LEITE MATERNO

USF Saúde no Futuro

Cátia Barros  
Jéssica Pinto



## Escolha dos Materiais

- Cada mãe deve escolher o material que melhor se adapte a si: Extração manual/Extração com bomba manual ou com bomba elétrica;
- As máquinas e, principalmente, os funis devem ser adaptados ao tamanho do mamilo, permitindo a maior eficácia com o mínimo desconforto;
- No mercado existem vários modelos e preços disponíveis.



## Lavagem e esterilização dos materiais

- Os materiais utilizados na extração e no armazenamento do leite materno podem ser lavados na máquina de lavar louça ou com água quente e detergente;
- Para esterilizar pode colocar na máquina própria de esterilização de biberões ou ferver durante 10 minutos.

## Posicionamento do Recém Nascido

### Como deitar o bebé:

- Deve dormir de barriga para cima, com a cabeça inclinada para o lado, porque esta é a posição mais segura para o bebé;
- A cabeça do bebé deve ficar destapada, não usar panos na cabeça;
- A posição de barriga para baixo está associada à síndrome de morte súbita.

## Transporte do Recém Nascido

As viagens do recém nascido em automóvel devem ser seguras, motivo pelo qual é fundamental viajar numa cadeira apropriada.



Aspetos a ter em consideração na escolha da cadeira de transporte:

Cadeira homologada:

- Modelos com e sem isofix, divididos por grupos conforme peso da criança baseado numa ECE R44;
- Modelos 1-size, sempre com isofix, divididos por grupos conforme a altura da criança, baseado na norma ECE R129.
- Cadeira adequada ao tamanho da criança;
- Redutores adequados;
- Cintos sempre apertados e justos.

Como colocar o recém nascido na cadeira:

- Antes de colocar o bebé na cadeira, ajustar os cintos internos;
- Colocar o bebé na cadeira na posição sentado;
- Fixar o bebé com os cintos superiores em cima dos ombros, o cinto inferior entre as pernas e conectar ambos os cintos. Ajustar os cintos ao corpo do bebé de forma a caber somente um dedo de espaço entre eles.

**Notas:** Colocar a cadeira no banco traseiro do carro na posição contrária à do condutor; Caso seja necessário transportar o bebé ao lado do condutor, desativar o airbag; Sempre que colocar o bebé na cadeira, mesmo que seja só para caminhar manter os cintos apertados e a alça de transporte elevada; No exterior do carro, nunca colocar a cadeira com o bebé sobre cadeiras ou superfícies elevadas, o lugar mais seguro é o chão.

## Guia de Cuidados ao bebé

Cátia Barros  
Jéssica Pinto

USF Saúde no Futuro



## Cuidados de Higiene ao Recém Nascido

Dar banho três a quatro vezes por semana é suficiente para a higiene do seu bebé. Não é necessário o banho diário do recém nascido. Pode optar por dar banho de manhã ou à noite, de acordo com a reação do seu bebé.

**Material necessário para dar banho:**

- Banheira com água a 37°;
- Termómetro para a água, no caso de o ter;
- Sabão líquido/sabonete de pH neutro, sem perfume;
- Toalha de banho.

**Material necessário para depois do banho:**

- Creme hidratante a partir do primeiro mês de vida (emoliente);
- Fralda;
- Roupa;
- Tesoura para pontas redondas;
- Pente/escova de cabelo.

**Nota:** É importante preparar todo o material antes de começar a dar banho ao seu bebé, para que não fique com frio!

## Como vestir o bebé

- Deve adequar o vestuário do bebé à temperatura ambiente;
- Vestir o bebé com o mesmo tipo de roupa que está a utilizar;
- Utilizar roupa confortável e de preferência de algodão;
- Utilizar roupa folgada e fácil de vestir e despir (de preferência com molas);
- Retirar etiquetas;
- Lavar a roupa do bebé separada da restante roupa da família, com sabão neutro.



## Cuidados com o coto umbilical

- Lavar as mãos antes e depois dos cuidados;
- A limpeza ao coto umbilical e pele em redor, deve ser realizada nos cuidados de higiene ao bebé e sempre que estiver sujo com urina e/ou fezes, usando água ténida e sabão, e secando com compressas;
- O cordão deve ser mantido seco e exposto ao ar, ou livremente coberto com roupas limpas; a fralda deve ser apertada abaixo do umbigo;

**Vigiar o aparecimento de sinais de infeção:** Rubor na região circundante do umbigo, mau cheiro e exsudado (líquido amarelado), se estiverem presentes deverão recorrer de imediato à unidade de saúde familiar.

Após a queda do cordão, manter o coto limpo e seco até total cicatrização.



## APÊNDICES II

Apresentação e análise dos artigos selecionados

**Tabela 3 Apresentação e análise dos artigos selecionados**

Título, Ano, Referência Completa	Objetivos	Tipo de Estudo	Amostra	Metodologia	Resultados/Conclusões
<p>The effect of a pet therapy and comparison intervention on anxiety in hospitalized children</p> <p>2019</p> <p>Hinic, K., Kowalski, M. O., Holtzman, K., &amp; Mobus, K. (2019). The effect of a pet therapy and comparison intervention on anxiety in hospitalized children. <i>Journal of Pediatric Nursing</i>, 46, 55–61.</p> <p><a href="https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.003">https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.03.003</a>.</p>	<p>O objetivo deste estudo foi avaliar o efeito de uma visita da terapia com animais de estimação na ansiedade em crianças hospitalizadas.</p>	<p>Estudo quase-experimental.</p>	<p>Crianças entre os 6 anos e os 17 anos (Grupo de controlo: n=43; Grupo experimental: n=50).</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças hospitalizadas na unidade de pediatria geral;</li> <li>• Crianças sem deficiências.</li> </ul> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças que recebiam cuidados de saúde nas áreas ambulatoriais, hospital de dia ou em unidades de cuidados intensivos;</li> <li>• Crianças com alergia ou medo</li> </ul>	<p>Este estudo comparou a ansiedade em crianças que receberam a visita de cães de terapia, com crianças que faziam um jogo de quebra-cabeças.</p> <p>O estudo ocorreu na unidade pediátrica de um Hospital Infantil nos Estados Unidos.</p> <p>As visitas da terapia assistida por cães, incluem o cão treinado e o tratador que são previamente analisados se elegíveis para o processo.</p> <p>A colheita de dados foi baseada em 2 dias de recolha de dados, em que 1 dia a visita da terapia assistida por cães era previamente agendada e a outra era aleatória, de forma a</p>	<p>A amostra foi semelhante entre os grupos de intervenção, sem diferenças significativas na idade, sexo, doença crónica, hospitalizações anteriores e pose prévia de animais de estimação. No entanto, as crianças admitidas no hospital por razões cirúrgicas eram significativamente mais propensas a ter um maior nível de ansiedade basal do que aquelas admitidas por razões médicas.</p> <p>Ao nível da análise do nível de ansiedade nos 2 grupos de controlo (realização de quebra-cabeças e terapia assistida por cães), concluiu-se que tanto o quebra-cabeças, como a terapia assistida por cães diminuíram o nível de ansiedade nas crianças. No entanto, embora não existisse uma</p>

			<p>de cães, precauções de isolamento, com queimaduras, neutropenia, transplantes ou infecções generalizadas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visita recente da terapia assistida por cães.</li> </ul>	<p>não comprometer a recolha de dados.</p> <p>As crianças eram acompanhadas pelos tutores legais, que ajudavam a preencher uma escala de Ansiedade Estado-Traço para Crianças (STAIC) Escala S-Anxiety (Spielberg, 1973) e também um questionário para referir como se sentiam as crianças. Com isto, as crianças faziam primeiro um jogo de um quebra-cabeças simples e adequado a cada faixa etária, onde retratava na sua maioria uma aventura subaquática. De seguida, preenchiam a escala de ansiedade e depois eram submetidas a terapia assistida por cães e preenchimento novamente da escala de avaliação.</p>	<p>diferença significativa, os níveis de ansiedade basal eram mais baixos no grupo de intervenção com terapia assistida por cães.</p> <p>Como conclusões deste estudo, foi possível perceber que a terapia assistida por cães, pode ser uma terapia complementar eficaz na diminuição da ansiedade em crianças hospitalizadas. O desenvolvimento e implementação deste tipo de estudos, podem ter efeitos positivos tanto nas crianças como nas suas famílias. É necessário ainda alguns estudos psicológicos e fisiológicos associados a este tipo de terapia.</p>
Effects of Animal-assisted Activities on Biobehavioral Stress	O Objetivo deste estudo foi avaliar a eficácia das	Ensaio Clínico Randomizado	48 participantes (Grupo de controle: n=24; Grupo experimental: n=24).	Este estudo foi desenvolvido numa unidade de médico-cirúrgica pediátrica de um hospital	Deste estudo, conclui-se que as crianças que receberam a AAA não tiveram diminuição significativa dos

<p>Responses in Hospitalized Children: A Randomized Controlled Study</p> <p>2017</p> <p>Branson, S. M., Boss, L., Padhye, N. S., Trötscher, T., &amp; Ward, A. (2017). Effects of Animal-assisted Activities on Biobehavioral Stress Responses in Hospitalized Children: A Randomized Controlled Study. <i>Journal of Pediatric Nursing</i>, 36, 84–91.  <a href="https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.05.006">https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.05.006</a></p>	<p>atividades assistidas por animais (AAA) em resposta ao stress bio comportamental (ansiedade, efeitos positivos e negativos e níveis de cortisol) em crianças hospitalizadas.</p>		<p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças entre os 7 e os 17 anos de idade;</li> <li>• Falassem inglês;</li> <li>• Escala Coma Glasgow 15;</li> <li>• Conseguissem fornecer amostras de saliva;</li> <li>• Consentimento informado do pai/mãe ou responsável legal.</li> </ul> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sob efeito de tratamento de esteroides ou anti-inflamatórios;</li> <li>• Isolamento de contato;</li> <li>• Doença de Addison ou de Cushing;</li> <li>• Medo ou fobia de cães;</li> </ul>	<p>universitário dos Estados Unidos, que tinha um plano de parceria para atividades assistidas dos animais.</p> <p>Cada cão de terapia atendia aos padrões de obediência, temperamento e saúde exigidos pelo programa AAA e pelo hospital. Antes da visita, cada cão tomava banho e cada criança lavava as mãos antes e depois da atividade.</p> <p>Este programa ocorreu duas vezes por mês, ao longo de 10 meses.</p> <p>A intervenção da AAA ocorreu durante 10 minutos com um cão, um tratador e uma criança, promovendo sempre o contato tátil e visual.</p> <p>Os pacientes do grupo de controle receberam um peluche em forma de cão durante 10 minutos, enquanto o grupo experimental</p>	<p>níveis de ansiedade, redução do cortisol ou proteína C reativa, nem aumentos maiores do que as crianças do grupo controle e que não receberam a AAA.</p> <p>Contudo, as crianças que apresentavam níveis mais altos de ansiedade e de biomarcadores antes da atividade, tiveram diminuição dos mesmos, após a AAA.</p> <p>Independentemente das descobertas pouco significativas, este estudo foi baseado num teste piloto que revelou que os participantes sofrem alterações no estado de ansiedade, de forma positiva pois gostam muito da interação com os cães e uma conexão emocional muito grande. Essas descobertas, concordam parcialmente com estudos anteriores que demonstram que a AAA aumenta sentimentos positivos nas crianças hospitalizadas. Por fim, graças a esses</p>
--	---	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergia a cães.</li> </ul>	<p>recebia durante 10 minutos a visita do cão.</p> <p>Os níveis de ansiedade foram medidos utilizando o Inventário de Ansiedade de Estado para Crianças (STAI-C), um instrumento desenvolvido para medir emoções (Spielberger, Gorsuch &amp; Lushene, 1970). Durante a avaliação da ansiedade, tanto a criança do grupo de controlo. Como a criança do grupo experimental eram submetidos a tratamentos de enfermagem, fisioterapia e visitas médicas. Eram ainda colhidas amostras de saliva após a atividade, de forma a avaliarem os níveis de cortisol e proteína C reativa.</p>	<p>estudos anteriores e através da utilização do instrumento de avaliação da interação humano animal (HAIS) (Fournier, Berry, Letson &amp; Chanen, 2016), concluiu-se que os enfermeiros possuem uma visão mais holística dos pacientes, permitindo-lhes assim recomendar a AAA como uma experiência benéfica e segura para crianças hospitalizadas.</p>
Effects of animal-assisted therapy on hospitalized children and teenagers: A	Distúrbios psicológicos e diversos	Revisão Sistemática da	8 artigos elegíveis para o estudo, envolvendo 14 amostras independentes (24 participantes no estudo	Para a revisão sistemática e meta análise, foram utilizadas as seguintes bases de dados: PubMed,	Como conclusão desta revisão de literatura e meta análise, de 8 estudos, com base na avaliação dos efeitos da

<p>systematic review and meta-analysis.</p> <p>2021</p> <p>Feng, Y., Lin, Y., Zhang, N., Jiang, X., &amp; Zhang, L. (2021). Effects of animal-assisted therapy on hospitalized children and teenagers: A systematic review and meta-analysis. In <i>Journal of Pediatric Nursing</i> (Vol. 60, pp. 11–23). W.B. Saunders. <a href="https://doi.org/10.1016/j.pnedn.2021.01.020">https://doi.org/10.1016/j.pnedn.2021.01.020</a>.</p>	<p>sentimentos afetam a experiência subjetiva da hospitalização de crianças e o seu prognóstico.</p> <p>Desta forma, este estudo teve como objetivo avaliar e analisar os efeitos da terapia assistida por animais (TAA) na dor, ansiedade, depressão, níveis de stress, tensão arterial (TA) e frequência cardíaca (FC) em crianças e adolescentes hospitalizados.</p>	<p>Literatura e Meta-Análise.</p>	<p>de Silva e uma amostra com 18 participantes no estudo Chuback).</p>	<p>EMBASE, Web of Science, the Cochrane Library, Clinical Trials, Science Direct, EBSCOhost, Open Grey and Google Scholar, e as bases de dados chinesas CNKI, Sinomed, Vip, and WanFang.</p> <p>A revisão foi realizada de acordo com os métodos descritos no manual Cochrane para revisões sistemáticas e meta análises (PRISMA) (Page &amp; Moher, 2017).</p> <p>Os termos de pesquisa foram: (neoplasms OR tumor OR tumor OR malignant OR carcinoma OR oncology OR hospitalization OR hospitalized patients OR in patients) AND(animalassistedtherapyORanimalassistedinterventionOR animal assisted activity OR animal activity interaction OR animal</p>	<p>TAA em crianças e adolescentes hospitalizados, pode concluir-se que a TAA pode ser uma abordagem psicossocial viável, eficaz e não farmacológica para melhorar o bem-estar da criança e promover a sua experiência de hospitalização de forma positiva. Além disso, a TAA pode ser considerada uma intervenção complementar ao tratamento tradicional para reduzir a dor, a ansiedade, a PA e FC em crianças hospitalizadas. Com isto, concluiu-se ainda que os enfermeiros são um fator muito importante na promoção da saúde e bem-estar e podem ajudar a desenvolver programas de TAA nos hospitais, promovendo assim uma melhor experiência de hospitalização para crianças e adolescentes, aliviando a dor, melhorando os níveis de ansiedade e a sua saúde psicológica.</p>
--	---	-----------------------------------	--	--	--

				<p>assisted method OR animal facilitated therapy OR pet therapy OR canine assisted therapy OR dog assisted therapy) AND (quasi-experimental study OR randomized controlled trial) AND (pain OR anxiety OR depression OR blood pressure OR BP OR heart rate OR HR).</p> <p>Como critérios de inclusão dos estudos selecionados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Intervenções como escovar, acarinhar e brincar com o animal;</li> <li>• Ensaios clínicos randomizados e quase-randomizados;</li> <li>• Avaliação da dor, ansiedade, depressão, níveis de stress, PA e FC;</li> <li>• Participantes entre os 3 e os 18 anos e que estivessem hospitalizados.</li> </ul> <p>Critérios de exclusão:</p>	
--	--	--	--	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> <li>• Animais utilizados que não fossem reais, como peluches, vídeos ou fotos;</li> <li>• Participantes que tivessem comprometimento cognitivo, como transtorno do espectro de autistas, paralisia cerebral ou esquizofrenia.</li> </ul> <p>A qualidade do estudo foi avaliada utilizando um conjunto de critérios de risco e viés para ensaios randomizados e não randomizados.</p>	
<p>The impact of music, play, and pet therapies in managing pain and anxiety in paediatric patients in hospital: a rapid systematic review.</p> <p>2023</p>	<p>O objetivo deste estudo foi avaliar o impacto das terapias, como, a música, brincar, terapia assistida por animais e a arte na dor e ansiedade em crianças hospitalizadas.</p>	<p>Revisão Sistemática da Literatura.</p>	<p>29 artigos elegíveis para o estudo.</p>	<p>A revisão foi realizada de acordo com os métodos descritos no manual Cochrane para revisões sistemáticas e meta análises (PRISMA) (Page &amp; Moher, 2017).</p> <p>Como bases de dados, foram utilizadas: MEDLINE, CINAHL, Cochrane Library e EMBASE.</p> <p>Como palavras-chave para a pesquisa foram utilizadas as</p>	<p>Nesta revisão pode-se constatar que a terapia assistida por cães pode diminuir a dor relatada em pacientes pediátricos, mas pouco efeito na ansiedade. Embora os níveis de ansiedade tenham baixado muito pouco, graças a TAA pode-se verificar melhorias no humor, socialização e aceitação do ambiente hospitalar envolvente, o animal</p>

<p>Goren, K., Cen, Y., Montemurri, V., Moodley, D., Sutton, A., Ahmed, A., Alphonsus, L., Denezis, P., Fleming, C., Guertin, H., Hyland, K., Kalim, A., Kim, H. H., Krause, S., Liang, A., MacLean, E., Neocleous, P., Patel, A., Pritchard, S., ... Marcotte, E. (2023). The impact of music, play, and pet therapies in managing pain and anxiety in paediatric patients in hospital: a rapid systematic review. In <i>Paediatrics and Child Health (Canada)</i> (Vol. 28, Issue 4, pp. 218–224). Oxford University Press. <a href="https://doi.org/10.1093/pch/pxad010">https://doi.org/10.1093/pch/pxad010</a>.</p>				<p>seguintes: Animal-assisted therapy; Art therapy; Child health; Complementary therapies; Music therapy; Play therapy; Procedural Pain Management. O operador booleano “OR” foi utilizado para combinar termos semelhantes, enquanto o operador “AND” foi utilizado para combinar conceitos que se cruzam.</p> <p>Crêterios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensaios clínicos randomizados;</li> <li>• Crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 18 anos;</li> <li>• Os estudos tinham de incluir a avalia�o dos efeitos terapêuticos da terapia assistida por animais, brincadeira e música;</li> <li>• Crianças que estivessem hospitalizadas;</li> <li>• Publica�es em inglês.</li> </ul>	<p>fornece um meio de distra�o e conforto para a criança. Dado o impacto positivo, as terapias não farmacológicas como a música e o brincar devem ser implementadas no tratamento da dor e ansiedade em crianças hospitalizadas. Contudo são necessárias mais pesquisas para explorar o impacto da terapia assistida por cães em crianças hospitalizadas. As terapias complementares desempenham um papel muito importante no apoio � saúde e bem-estar dos pacientes pediátricos quando estão hospitalizados.</p>
---	--	--	--	--	--

<p>Implementation feasibility of animal-assisted therapy in a pediatric intensive care unit: effectiveness on reduction of pain, fear, and anxiety.</p> <p>2024</p> <p>López-Fernández, E., Palacios-Cuesta, A., Rodríguez-Martínez, A. <i>et al.</i> Implementation feasibility of animal-assisted therapy in a pediatric intensive care unit: effectiveness on reduction of pain, fear, and anxiety. <i>Eur J Pediatr</i> 183, 843–851 (2024).</p>	<p>As terapias assistidas por animais (TAA) são uma estratégia inovadora dentro das iniciativas de humanização e podem desempenhar um papel na redução da dor e ansiedade. O principal objetivo deste trabalho foi avaliar a viabilidade da implementação da TAA numa unidade de cuidados</p>	<p>Estudo quase-experimental.</p>	<p>Crianças entre os 3 anos e os 17 anos.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças que consigam interagir ativamente na terapia.</li> </ul> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alergia ou medo de cães;</li> <li>• Neutropenia;</li> <li>• Imunodeficiência severa;</li> <li>• Sedação moderada ou profunda, tornando a interação com o animal impossível;</li> <li>• Comportamento agressivo ou</li> </ul>	<p>Este estudo foi realizado na UCI do Hospital Universitário de Madrid em 2019, com colaboração da associação PsicoAnimal.</p> <p>A terapia assistida por cães foi realizada semanalmente com duas sessões de 45 minutos separadamente, todos os dias.</p> <p>Na maioria das vezes a sessão foi realizada de forma individual com a criança, na sua box de internamento, o médico responsável e o tratador do cão.</p> <p>Antes de cada sessão, era realizada uma reunião onde discutiam quais os pacientes elegíveis para a terapia.</p> <p>Os dados eram colhidos por um médico responsável pela unidade, previamente informado acerca das</p>	<p>Este estudo demonstrou uma diminuição dos níveis da dor após a TAA.</p> <p>Os participantes apresentaram uma redução estatisticamente significativa na escala da ansiedade e do medo após a sessão com os cães de terapia.</p> <p>A implementação de um projeto de terapia assistida por cães em unidades de cuidados intensivos pediátricos é segura, viável e possui um elevado grau de aceitação por partes dos participantes e profissionais de saúde.</p> <p>Embora estudos anteriores não tenham demonstrado uma diminuição dos valores nas escaladas do medo e ansiedade, este é o primeiro estudo a ser realizado num ambiente de cuidados intensivos pediátricos que</p>

<p><a href="https://doi.org/10.1007/s00431-023-05284-7">https://doi.org/10.1007/s00431-023-05284-7</a>.</p>	<p>intensivos pediátricos e a sua eficácia na redução da dor, medo e ansiedade.</p>		<p>falta de maturidade.</p>	<p>escalas e dados de colheita. Eram colhidos dados demográficos, como a história clínica do paciente, diagnóstico atual, local das sessões, presença do cuidador durante a sessão e presença de qualquer animal de estimação em casa. Das variáveis fisiológicas, eram avaliadas a frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, saturação de oxigênio, avaliação da dor (Escala Wong-Baker ou visual analógica), do medo (Escala de medo médico infantil, EMMI) e da ansiedade (escala de ansiedade pré-operatória de Yale Modificada, m-YPAS). Estes dados eram avaliados antes da visita do animal e logo após o término da visita do cão.</p>	<p>demonstra uma redução da dor, medo e ansiedade. A satisfação por parte dos pacientes e profissionais com este tipo de terapia é muito alta e recomenda-se a extensão a outros pacientes pediátricos, como parte da abordagem para a humanização e terapias não farmacológicas. Para o sucesso desta terapia, o trabalho em equipa é fundamental.</p>
---	---	--	-----------------------------	--	---

<p>The Effect of Animal-Assisted Therapy on Stress Responses in Hospitalized Children</p> <p>2010</p> <p>Tsai, C. C., Friedmann, E., &amp; Thomas, S. A. (2010). The effect of animal-assisted therapy on stress responses in hospitalized children. <i>Anthrozoos</i>, 23(3), 245–258. <a href="https://doi.org/10.2752/175303710X12750451258977">https://doi.org/10.2752/175303710X12750451258977</a>.</p>	<p>Este estudo tem como objetivo analisar os efeitos da terapia assistida por animais (TAA) na ansiedade, medo e respostas cardiovasculares.</p>	<p>Estudo quase-experimental.</p>	<p>Crianças com idades entre os 7 e 17 anos, 15 participantes no total.</p> <p>Critérios de inclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Idades entre os 7 e os 17 anos;</li> <li>• Crianças sem comprometimento cognitivo significativo;</li> <li>• Crianças hospitalizadas;</li> <li>• Capazes de falar e ler inglês;</li> <li>• Possuir habilidades físicas adequadas (ser capaz de interagir com o cão ou montar um quebra-cabeças).</li> </ul> <p>Critérios de exclusão:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Crianças com dor severa, febre,</li> </ul>	<p>Este estudo foi realizado na Universidade de Maryland. Todos os pais ou encarregados legais dos participantes tiveram de assinar um consentimento informado antes da participação no estudo.</p> <p>No início foi entregue ao pai ou encarregado legal uma ficha para preencher de dados demográficos, onde incluía idade, gênero, nível de escolaridade, raça/etnia, hospitalizações anteriores, experiências anteriores com TAA e posse de animais de estimação em casa.</p> <p>As respostas fisiológicas dos participantes, como a pressão arterial (PA) e frequência cardíaca (FC) foram medidas usando um monitor de PA não invasivo com manguito externo apropriado a cada faixa etária.</p>	<p>Os resultados deste estudo sugerem que a TAA pode reduzir a pressão arterial sistólica em crianças hospitalizadas.</p> <p>Se o estudo tivesse sido realizado num ambiente com mais stress, os efeitos da TAA nas respostas fisiológicas e psicológicas poderiam ter sido maiores. Não existiu evidência de que as crianças que participaram neste estudo estavam sob stress psicológico, pois os seus níveis de ansiedade eram baixos. Assim, nenhuma intervenção poderia ser esperada de forma a reduzir a ansiedade.</p> <p>Não houve diferença significativa na ansiedade após a visita da terapia assistida por animais e a realização do quebra-cabeças.</p> <p>Existiu dificuldade em reunir participantes devido ao pequeno número de crianças hospitalizadas, o</p>
--	--	-----------------------------------	---	---	--

			<p>desidratação ou jejum;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Isolamento de contato ou respiratório;</li> <li>• Não serem alérgicas ou terem medo de cães.</li> </ul>	<p>A escala para avaliar o medo utilizada foi a Escala de Medo Infantil (CMFS, Broome et al. 1992) e a escala utilizada para medir o nível de ansiedade foi a escala de Ansiedade de Estado do Inventário de Ansiedade Estado-Traço para Crianças (STAI-C, Spielberger 1970).</p> <p>Foram incluídas duas intervenções para este estudo, a TAA e uma intervenção de comparação (quebra-cabeças por completar).</p> <p>Cada criança completou ambas as intervenções, a ordem foi variada com base nos dias em que a equipa da TAA visitava o internamento.</p> <p>Era utilizado durante a TAA um cão juntamente com o seu tratador, estes foram previamente treinados e certificados por programas de terapia com animais, como por exemplo, o programa de parceiros</p>	<p>que tornou impossível obter uma amostra maior.</p> <p>Torna-se fundamental replicar este estudo com uma amostra maior.</p> <p>Com este estudo, pode-se afirmar que crianças hospitalizadas que realizem TAA podem beneficiar de experiências de saúde física e psicológica melhoradas.</p> <p>Portanto, este estudo oferece algum apoio ao benefício terapêutico da terapia assistida por animais.</p> <p>Através da prática e de pesquisa, enfermeiros pediátricos e outros profissionais de saúde estão cientes que a TAA pode ser uma intervenção útil e desempenhar um papel fundamental na diminuição do stress e ansiedade em crianças hospitalizadas.</p>
--	--	--	--	---	---

				<p>de animais de estimação da Delta Society.</p> <p>Durante a visita do cão de terapia, este posicionava-se na cama ao lado da criança ou ao lado da cama ou cadeira de rodas no chão.</p> <p>Cada criança foi autorizada a acariciar, tocar e escovar o cão.</p> <p>Para a outra intervenção, foi escolhido um quebra-cabeças consoante a faixa etária.</p> <p>Ambas as intervenções foram realizadas pelas crianças no mesmo horário e em dias consecutivos, ambas com o mesmo tempo de duração.</p> <p>Os níveis de PA e FC foram avaliados a cada 2 minutos durante as sessões e as escaladas de ansiedade e medo foram avaliadas antes e depois de cada sessão.</p>	
--	--	--	--	--	--