



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**O bem-estar da criança nos primeiros 3 anos de vida:
suporte parental em situações não-urgentes**

Ana Rita Moreira Guerreiro

**Lisboa
2023**



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização de Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria
Relatório de Estágio**

**O bem-estar da criança nos primeiros 3 anos de vida:
suporte parental em situações não-urgentes**

Ana Rita Moreira Guerreiro



Orientador: Prof.^a Doutora Maria Isabel Dias da Costa Malheiro



**Lisboa
2023**

*O que é necessário para mudar uma pessoa
é mudar a sua consciência de si mesma.
Existe sempre a escolha entre voltar atrás para a segurança
ou seguir em frente para o crescimento.
O crescimento deve ser escolhido repetidamente;
O medo deve ser superado infinitas vezes.*

Abraham Maslow

AGRADECIMENTOS

À minha família, pela paciência infinita de todos os dias, quando a minha própria paciência tantas vezes escasseava,

À Adriana, pela companhia de todas as horas, pela compreensão que só nós sabemos, pelo amor e pela amizade,

À Inês e à Rita, por ter dado os primeiros passos deste caminho convosco e por desde então continuarmos a caminhar juntas, independentemente dos quilómetros pelo meio,

Aos Porto D'Abrigo, por serem refúgio tanto nas horas de desespero como de conquista,

À Filipa, à Cristiana e ao Pedro, pela sorte de vos ter encontrado neste percurso, pela amizade inesperada que se construiu e que espero continuar daqui em diante,

Às enfermeiras Irina, Ana Paula, Maria Eduarda, Susana e Elizabete, pela inspiração e pela generosidade com que transmitiram os vossos saberes,

À Professora Isabel Malheiro, pela orientação de excelência, pela preocupação genuína e pelas palavras de força, motivação e entusiasmo que tornaram este percurso um pouco menos difícil de ser feito,

A todas as Crianças e Pais, sem os quais este caminho não teria o propósito que se mantém todos os dias: ser sempre a melhor enfermeira que conseguir, por vós.

A todos, o meu mais sentido e sincero Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

APA – *American Psychological Association*

CCF – Cuidado Centrado na Família

CSIJ – Consulta de Saúde Infantil e Juvenil

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EESIP – Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FLACC – *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

JBI – *Joanna Briggs Institute*

MSBN – Modelo de Sistemas de Betty Neuman

NBAS – *Neonatal Behavioral Assessment Scale*

NIPS – *Neonatal Infant Pain Scale*

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SO – Sala de Observação

SUP – Serviço de Urgência Pediátrica

USF – Unidade de Saúde Familiar

UNICEF – *United Nations International Children's Emergency Fund*

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Atualmente, o enfermeiro é um profissional clínico cuja complexidade e responsabilidade associada ao seu papel requer um desenvolvimento contínuo e a longo prazo (Benner, 2001). Para dar resposta à crescente responsabilidade e complexidade de intervenção que lhe é exigida, cabe-lhe trabalhar no sentido do seu desenvolvimento contínuo.

Partindo da problemática da elevada afluência das crianças nos primeiros 3 anos de vida ao Serviço de Urgência Pediátrica, o tema central deste relatório define-se como o suporte parental em situações não-urgentes nos primeiros 3 anos de vida.

Tendo na sua base a metodologia de projeto, este relatório descreve o percurso formativo de desenvolvimento das competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, com recurso a uma análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas, assim como as consequentes aprendizagens e contributos para o alcance dos objetivos propostos. Sustentado num referencial teórico constituído pela Teoria de Sistemas de Betty Neuman, o Modelo *Touchpoint* de T. Berry Brazelton e o Modelo do Cuidado Centrado na Família, este relatório surge no culminar de um percurso de cinco estágios, no qual foi aplicado o projeto formativo previamente realizado, partindo da problemática identificada.

Palavras-chave: Suporte parental; Bem-estar infantil; Stress; Cuidado responsivo; Criança (0 aos 3 anos).

ABSTRACT

Currently, the nurse is a clinical professional whose complexity and responsibility associated with his role requires continuous and long-term development (Benner, 2001). In order to respond to the growing responsibility and complexity of the required intervention, it is up to him to work towards his continuous development.

Starting from the problem of the high influx of children in the first 3 years of life to the Pediatric Emergency Service, the central theme of this report is defined as parental support in non-urgent situations in the first 3 years of life.

Based on project methodology, this report describes the formative path for developing the common and specific skills of a Specialist Nurse in Child and Pediatric Health Nursing, using a critical and reflective analysis of the activities carried out, as well as the consequent learning and contributions to achieve the proposed objectives. Supported by a theoretical framework consisting of Betty Neuman's Theory of Systems, T. Berry Brazelton's Touchpoint Model and the Family-Centered Care Model, this report emerges at the end of a five-stage journey, in which the training project previously carried out, based on the identified problem.

Keywords: Parental support; Child welfare; Parental stress; Responsive care; Child from 0 to 3 years old

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	15
1.1. O Bem-estar Infantil nos primeiros 3 anos de vida	15
1.2. O Stress Parental no cuidado à criança.....	17
1.3. Teorias que sustentam o Cuidado de Enfermagem na promoção do Suporte Parental	18
2. PERCURSO DE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS	22
2.1. Competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde.....	23
2.2. Competências especializadas no âmbito do suporte parental na promoção do bem-estar do filho nos primeiros 3 anos de vida.....	34
2.3. Proposta de um programa de articulação com os CSP, com vista a reduzir as vindas não-urgentes da criança nos primeiros 3 anos de vida ao SUP.....	39
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PERCURSO PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA	42
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS DE DESENVOLVIMENTO FUTURO ...	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICES	60

Índice de Apêndices

Apêndice I	Cronograma do percurso de estágios
Apêndice II	Guia orientador de estágio
Apêndice III	Protocolo de revisão <i>scoping</i>
Apêndice IV	Folhetos informativos (SUP)
Apêndice V	Folhetos cuidados antecipatórios (USF)
Apêndice VI	Autoavaliação do Cuidador
Apêndice VII	Programa de Articulação
Apêndice VIII	Apresentação da Sessão de Trabalho

INTRODUÇÃO

Os primeiros anos de vida têm uma importante influência no desenvolvimento infantil, sendo que o que acontece durante este período pode ter consequências a longo prazo para a saúde e bem-estar da criança (Shonkoff *et al.*, 2012).

De acordo com a *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), o **bem-estar infantil** abrange a vida da criança como um todo e reconhece que todas as experiências da infância contribuirão para o seu bem-estar geral (Helseth & Haraldstad, 2014). Num sentido lato, o bem-estar tem como determinantes de uma boa vida para as crianças todos os fatores promotores do crescimento e desenvolvimento, bem como os fatores que aumentam os sentimentos de felicidade e a satisfação com a vida (Helseth *et al.*, 2014).

Uma das recomendações da *World Health Organization* (WHO) para a promoção do desenvolvimento na primeira infância consiste em que todas as crianças recebam cuidados responsivos durante os primeiros 3 anos de vida, devendo os pais ser apoiados na prestação destes cuidados (WHO, 2020). O **cuidado responsivo** caracteriza-se pela capacidade do cuidador em perceber, compreender e responder aos sinais da criança oportuna e adequadamente, sendo este cuidado essencial para garantir a saúde, nutrição e segurança na infância (WHO, 2020).

Os pais desempenham um papel crítico no cuidado pediátrico e na saúde dos filhos, pelo que a saúde da criança pode ser influenciada por vários processos, entre os quais a percepção dos pais da necessidade da criança para recorrer aos serviços de saúde (Serbin, Hubert, Hastings, Stack & Schwatzman, 2014). De acordo com Serbin *et al.* (2014), aspetos como a depressão, ansiedade e problemas comportamentais têm sido associados com a diminuição nos cuidados preventivos das crianças e com uma utilização aumentada dos cuidados em contexto de urgência.

A Direção-Geral de Saúde (DGS) define **urgências** como todas as situações clínicas de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, enquanto as emergências se caracterizam como situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe o compromisso de uma ou mais funções vitais, estabelecido ou eminente (DGS, 2001). Já as **situações não-urgentes** são geralmente consideradas como toda a visita que pode seguramente aguardar por avaliação ou cuidado (Poku & Hemingway, 2019).

As crianças são os utilizadores mais frequentes dos serviços de urgência (Seguin *et al.*, 2018) e, apesar do recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) dever ocorrer apenas e idealmente nos casos agudos e de carácter urgente/emergente, os pais das crianças procuram frequentemente cuidados médicos para os filhos nos serviços de urgência por doenças menores ou condições de saúde não-urgentes (Burokienė, Raistenskis, Burokaitė, Čerkauskienė & Usonis, 2017).

Este recurso hospitalar frequente conduz a uma diminuição na qualidade da prestação de cuidados, na insatisfação dos utentes e dos profissionais (Freitas, Moreira, Tomé & Cardoso, 2016), bem como no aumento dos tempos de espera, na sobrecarga dos serviços de saúde e em custos consideráveis para as organizações, reduzindo ainda o tempo que a equipa multidisciplinar pode despende a tratar de crianças gravemente doentes (Holden, Egan, Snijders & Service, 2017). Por estes motivos, o elevado número de atendimentos não-urgente no SUP constitui-se como uma preocupação significativa em todo o mundo desde há vários anos, mas ainda sem resolução (Butun, Linden, Lynn & McGaughey, 2019).

Identifica-se assim uma necessidade urgente para a implementação de intervenções baseadas na evidência que reduzam as visitas não urgentes aos SUP, como parte da solução para o fenómeno complexo do atendimento nos serviços de urgência, bem como para promover uma melhor continuidade dos cuidados (Poku et al., 2019).

No que se refere aos motivos que levam os pais a recorrer aos serviços de urgência por situações não-urgentes na criança encontra-se a **preocupação parental**, decorrente da superestimação de perigo pela situação de doença na criança e da procura de reafirmação de que estão a fazer o correto nos cuidados ao seu filho (Holden et al., 2017). Já no estudo realizado por Ogilvie, Hopgood, Higginson, Ives & Smith (2016) destaca-se a **procura de aconselhamento** como motivo de procura dos cuidados clínicos em situações não urgentes nas crianças.

Os **problemas no acesso aos Cuidados de Saúde Primários (CSP)**, a maior **conveniência** no acesso ao SUP e a **perceção de maior experiência das equipas** nos SUP com o cliente pediátrico são outras das razões parentais destacadas no estudo de Butun *et al.* (2019). Também a preferência de avaliação por um pediatra, a dificuldade de consulta com médico família e a referenciação pela linha Saúde 24 se destacam como outros motivos dos pais para recorrerem ao SUP por situações não-urgentes nos filhos (Freitas *et al.*, 2016).

Outro dos motivos é o **baixo nível de confiança dos pais em prestar cuidados** a um filho pela primeira vez, pela responsabilidade e inexperiência deste novo papel, ou pelo aparecimento de doenças num segundo ou terceiro filho que os anteriores não tiveram (Rowe, Cook, Wootton & Brown, 2015). Alguns pais referem sentir que nem eles nem os seus pares tinham o mesmo nível de habilidades práticas que seus próprios pais, atribuindo este facto a uma crescente dependência em especialistas de saúde infantil, recurso a que os seus pais tinham menor acesso, e também pela preocupação crescente e dúvida acerca da adequação da sua intervenção, se os próprios estariam a "fazer o que é correto" ou não (Rowe et al., 2015).

A elevada afluência de situações não-urgentes ao SUP decorre muitas vezes do stress gerado pela insegurança dos pais na adequação da sua intervenção em resposta às necessidades da criança. Dificuldades que surgem, nomeadamente, em relação a situações

de doença não-grave, mas percebida como grave pelos pais, de controlo da dor, do choro, de problemas na alimentação e alergias. Inserido no modelo *Touchpoints*, estes aspetos constituem-se como fatores que provocam stress parental e, como tal, desfavoráveis ao desenvolvimento da criança na primeira infância (Brazelton, 2021).

O **stress parental** é definido como o tipo de stress que é sentido em resposta às exigências de ser pai ou mãe, o qual é habitualmente experienciado relativamente a si próprio ou à criança (Cronin, Becher, Christians, Maher & Dibb, 2015). Os pais podem experienciar este tipo de stress derivado das exigências em satisfazer as necessidades imediatas da criança (alimentação, conforto, bem-estar), em equilibrar as suas próprias necessidades com as da criança e face à pressão social genérica associada ao investimento a longo prazo no crescimento e bem-estar da criança (Cronin *et al.*, 2015).

Como tal, em situações deste cariz importa ter como base teórica do cuidado de Enfermagem o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (MSBN), a fim de promover o suporte parental mediante a implementação de estratégias de intervenção preventiva de nível secundário e terciário, que diminuam o stress parental aquando dos cuidados aos filhos e que promovam a motivação, autoeficácia e confiança na prestação destes cuidados, bem como numa melhor utilização dos recursos institucionais com vista à maximização do bem-estar e desenvolvimento saudável das crianças.

Orientado para a vertente do bem-estar e do holismo, MSBN é baseado em conceitos de stress e reação ao stress dentro do ambiente total do cliente definido como um sistema aberto. Os clientes podem ser uma pessoa ou um grupo de pessoas - ou seja, uma família, uma comunidade ou uma sociedade (Ume-Nwagbo, DeWan & Lowry, 2006)

É nesta lógica que se identifica a necessidade de o enfermeiro surgir enquanto promotor do suporte parental dos pais das crianças durante este período da infância. O **suporte parental** caracteriza-se por ser qualquer intervenção dirigida aos pais com o objetivo de reduzir riscos e promover fatores de proteção para os filhos, em relação ao seu bem-estar social, físico e emocional (Moran, Ghate & Merwe, 2004).

Apesar um elevado número destas vindas ao serviço não se justificarem, as mesmas podem constituir-se como oportunidades do enfermeiro à promoção do suporte parental, no sentido de diminuir o stress destes pais, de promover novas aprendizagens e competências na prestação de cuidados à criança, bem como de diminuir a recorrência de vindas ao SUP por situações não-urgentes. Surge assim a problemática que se encontra na base da realização deste relatório. Partindo da preocupação relativa à elevada afluência de crianças pequenas ao SUP por situações não-urgentes, entre as quais questões de stress e insegurança parental nos cuidados aos filhos, tal fenómeno levou-me a explorá-lo e a verificar que o mesmo se replica à escala nacional e internacional desde há vários anos.

Este relatório encontra-se assim direcionado à intervenção do enfermeiro a nível da gestão do stress parental e da procura de oportunidades ao suporte parental nos diferentes

contextos. Encontrando-se os pais no centro deste cuidado, importa ter como referencial teórico a filosofia dos Cuidados Centrados na Família (CCF), que reconhece a família como central na vida da criança, vê a criança no contexto de uma família com características únicas e confere suporte aos seus membros no seu papel de cuidadores (Smith, 2018).

Deste modo, o presente relatório de estágio intitula-se por “O bem-estar da criança nos primeiros 3 anos de vida: O suporte parental em situações não-urgentes”, cuja temática relaciona o stress parental nos cuidados à criança nos primeiros 3 anos de vida com a respetiva necessidade de suporte parental neste âmbito, com vista a tirar partido das oportunidades de contacto com os pais para os tornar mais responsivos, eficazes e seguros nos cuidados aos filhos. O desenvolvimento desta temática tem como resultados últimos a promoção do bem-estar infantil nos primeiros 3 anos de vida, bem como a diminuição das recorrências ao SUP sem necessidade real. Para melhor suporte deste tema terei como referenciais teóricos a filosofia do CCF, o MSBN e, ainda, o modelo *Touchpoints* de Brazelton.

Este relatório foi construído com base na aplicação do projeto formativo previamente realizado e desenvolvido ao longo do percurso por 5 contextos de estágio, com o objetivo do desenvolvimento das competências comuns de enfermeiro especialista (EE) (Regulamento n.º 140/2019) e de enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) (Regulamento n.º 422/2018), preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros.

Este relatório encontra-se organizado iniciando-se com a presente introdução, a que se segue o enquadramento teórico com abordagem aos conceitos principais e referenciais teóricos mobilizados, seguido da descrição das atividades desenvolvidas ao longo do percurso de estágios, inseridas nos objetivos previamente estabelecidos no Projeto de Estágio. Este trabalho foi elaborado de acordo com o cumprimento das normas da *American Psychological Association* (APA), preconizadas pela Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) (Godinho, 2020).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. O Bem-estar Infantil nos primeiros 3 anos de vida

A saúde e segurança são primordiais em cuidados de saúde, pelo facto de os bebés e as crianças pequenas serem vulneráveis a experiências que podem prejudicar o seu bem-estar geral (*National Infant & Toddler Child Care Initiative*, 2010).

O bem-estar infantil é um estado dinâmico, subjetivo e objetivo de saúde física, cognitiva, emocional, espiritual e social, em que as crianças estão protegidas contra abusos, negligência, exploração e violência; veem satisfeitas as necessidades básicas; têm uma vinculação estabelecida com e são cuidadas por cuidadores primários; têm oportunidade de estabelecer relações de apoio com familiares, amigos e comunidade em geral; e têm oportunidade para desempenhar atividades com base nas suas capacidades emergentes (*The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action*, 2019).

O bem-estar infantil agrupa vários indicadores em seis dimensões: o bem-estar material, a saúde e segurança, o bem-estar educacional, as relações familiares e com os pares, comportamentos e riscos, e ainda o bem-estar subjetivo (UNICEF, 2007).

No que concerne aos indicadores infantis relativos ao conceito de bem-estar, nos últimos anos passou a adotar-se uma perspetiva de bem-estar da criança ao invés de uma perspetiva de sobrevivência; a dirigir o foco para resultados positivos e não apenas em alterar os negativos; em valorizar o bem-estar atual e não só o bem-estar futuro; e ainda em mudar da perspetiva adulta para a perspetiva infantil, ao incluir os direitos das crianças e perspetivá-las como modeladoras das suas próprias vidas, capazes de influenciar o seu próprio bem-estar (Aldgate, 2010; Ben-Arieh, 2010).

As crianças desenvolvem-se ao longo da infância, o que leva a disparidades entre as diferentes fases de desenvolvimento e que se relacionam com a natureza da consciência, do agir, da expressão, cognição, compreensão e manipulação da informação (Skelton, 2018). Como tal, para responder adequadamente às necessidades de bem-estar infantil nos primeiros 3 anos de vida é essencial a compreensão das particularidades relativas ao desenvolvimento neste período, tanto pelos profissionais de saúde como pelos pais.

Os primeiros 3 anos de vida fornecem a base para o desenvolvimento futuro nos domínios físico, motor, cognitivo, comunicacional e socio-emocional da criança (*National Infant & Toddler Child Care Initiative*, 2010), enquanto as experiências ocorridas neste período vital afetam a saúde, bem-estar e estratégias de *coping* para o resto da vida (HealthLinkBC, 2020). Estes aspetos conferem aos pais um papel fundamental para garantir um desenvolvimento infantil saudável, que está bastante dependente do cuidado e segurança providenciados pelos mesmos (HealthLinkBC, 2020).

A complexidade no cuidado à criança associado às diferentes características em cada fase de desenvolvimento torna importante a sua compreensão por parte pais, pois permite-

lhes saber o que esperar e como agir para ajudar o filho a crescer de forma saudável (HealthLinkBC, 2020), dando-lhes deste modo mais hipóteses de oferecerem as melhores condições possíveis ao bem-estar dos filhos.

Os primeiros 3 anos de vida apresentam mudanças extraordinariamente rápidas a nível cerebral, acompanhadas pelo desenvolvimento cognitivo, linguístico, motor e socio emocional (McLean, 2020), em que o comportamento da criança expressa as suas necessidades e a forma como se encontra em mudança e crescimento (HealthLinkBC, 2020). As crianças desenvolvem-se no seu ambiente relacional e social, sendo por isso fundamental neste intervalo de idades a formação de um forte vínculo com os pais, os quais devem ser uma fonte de segurança e responsividade às necessidades físicas e emocionais dos filhos (McLean, 2020).

Criar um filho requer defender os seus melhores interesses, o que implica gerir a sua vida diária com um foco parcial no bem-estar do mesmo (Skelton, 2018). Ao serem os principais guardiões da saúde dos filhos, os pais fazem escolhas sobre os seus cuidados de saúde, nutrição, atividade física, saúde mental e ambientes físicos e emocionais (Case & Paxson, 2002).

As experiências promotoras do desenvolvimento fundamentais nos primeiros anos de vida emergem dos cuidados nutritivos e da proteção recebidos dos pais, os quais trazem benefícios ao longo da vida que incluem uma saúde e bem-estar acrescidos (Britto *et al.*, 2017).

Inserido como um dos componentes dos cuidados nutritivos encontra-se o **cuidado responsivo**, definido pela capacidade do cuidador perceber, compreender e responder aos sinais da criança atempada e apropriadamente, sendo essencial para garantir a saúde, bem-estar, nutrição e segurança na infância, e por impulsionar o apego seguro, estimular as habilidades emocionais e autorreguladoras e fornecer uma base segura para a exploração do mundo na primeira infância (WHO, 2020; Lawler, Shaver & Goodman, 2011).

A capacidade de resposta dos pais pode comparar-se a uma dança entre pais e filhos, em que os pais se adaptam às suas necessidades e comportamentos, alinhando-se às pistas, sentimentos, interesses e ações da criança (Roggman, Boyce & Innocenti, 2008). Esta responsividade dos pais tem sido associada a resultados positivos para a criança em diversos estudos (Newland, 2015). Relacionada com esta capacidade de resposta está a autoeficácia parental, definida como a crença dos pais na sua aptidão em realizar as diversas tarefas da parentalidade, e que se constitui como um alvo clínico importante, por favorecer o bem-estar infantil e parental ao tornar os pais mais responsivos (Albanese, Russo & Geller, 2019).

De acordo com Walls (2019), os enfermeiros estão aptos a contribuir para o bem-estar infantil e parental em todos os contextos, não só por deterem uma maior consciência de quem pode fornecer suporte e de que modo, mas também porque em algum momento na

sua prática terão contacto com crianças e famílias (Walls, 2019). Como tal, ao detetar sinais de práticas parentais negativas, bem como ao oferecer orientações e encaminhar para ajuda precoce nas intervenções parentais pode ajudar a resolver as dificuldades parentais sentidas desde o início, motivo pelo qual é importante estabelecer uma cultura de fazer todo o contacto valer a pena (Walls, 2019).

1.2. O Stress Parental no cuidado à criança

Os desafios com que os pais se confrontam diariamente podem fazer com que, por vezes, sintam perda de controlo da sua vida ou de não conseguirem dar resposta às necessidades dos filhos, o que pode conduzir quadros de saúde mental subclínicos, como angústia, depressão leve, ansiedade, fadiga, stress e sintomas somáticos, que muitas vezes não são identificados, valorizados ou tratados (Giallo, Cooklin, Zerman, & Vittorino, 2013).

O stress é uma experiência normal e inevitável, sentida quando a pessoa está insegura de conseguir corresponder às exigências do meio, e é acompanhada por mudanças previsíveis a nível bioquímico, fisiológico, cognitivo e comportamental, direcionadas para alterar o evento stressante ou para se adaptar aos seus efeitos (Patnik, 2014).

O processo de stress apresenta quatro construtos: ter um agente causal interno ou externo à pessoa, isto é, um stressor que dá início ao processo de stress; uma avaliação que distingue o que é ameaçador do que é benigno; um processo de *coping* usado pela pessoa que lida com o stressor; e um padrão complexo de efeitos no corpo e mente, denominados como reação ao stress (Lazarus, 1993).

O estudo do stress tem permitido compreender o modo como os pais desempenham o seu papel, tendo-se verificado que o stress na parentalidade tem influências em aspetos da eficácia parental (Crnic & Ross, 2017).

O **stress parental** é o tipo de stress sentido face às exigências de ser pai ou mãe, geralmente experienciado relativamente ao próprio ou à criança (Cronin *et al.*, 2015) e que origina reações fisiológicas e psicológicas decorrentes das tentativas de adaptação aos requisitos da parentalidade (Deater-Deckard, 2004). Os pais podem experienciar este tipo de stress quando sentem dificuldade em satisfazer as necessidades imediatas do filho, em equilibrar as suas próprias necessidades com as da criança e face à pressão social genérica ligada ao investimento a longo prazo no crescimento e bem-estar da criança (Cronin *et al.*, 2015).

Apesar do stress ser comumente caracterizado como uma experiência negativa, em pequenas porções pode ser positivamente associado a hábitos parentais mais responsivos e seguros (Cronin *et al.*, 2015), constituindo-se este stress positivo como uma ferramenta útil para conduzir ao bem-estar e ao desenvolvimento saudável na infância.

A motivação, a confiança e a autoeficácia são elementos-chave da mudança comportamental, e quando aplicados aos pais, têm uma influência mediadora importante nos resultados da infância (Bibby & Deacon, 2020). Como tal, o stress parental pode servir para modificar a eficácia parental ao longo do tempo (Crnic *et al.*, 2017), favorecendo assim o bem-estar infantil e parental.

Se, por um lado, níveis de stress com baixos níveis de apoio social se tornam problemáticos para as famílias (Coyl, Newland, & Freeman, 2010), por outro quando os pais fazem uma autorregulação emocional apropriada, gerem eficazmente o stress e procuram apoio, tendem a revelar uma saúde física e mental mais positiva, tomadas de decisões e habilidades parentais mais adequadas, bem como estabelecem ou mantêm relações sociais (Newland, 2015).

1.3. Teorias que sustentam o Cuidado de Enfermagem na promoção do Suporte Parental

A educação e apoio aos pais na saúde dos filhos são essenciais para melhorar a saúde e o bem-estar da criança (Newland, 2015), sendo que as oportunidades de estimulação a interações responsivas entre pais e filhos, a aprendizagem precoce e a parentalidade positiva são cruciais ao desenvolvimento infantil (Britto *et al.*, 2017). O profissional que cuida da criança e da família deve adotar uma abordagem preventiva face a potenciais problemas a nível do bem-estar comportamental, emocional e relacional da criança, e que passa por incorporar a educação dos pais sobre o desenvolvimento do filho, providenciar suporte parental e orientação comportamental ou abordagens psicológicas para apoiar os pais a responder sensivelmente às necessidades das crianças (Russel & Gleason, 2018).

Importa assim proporcionar um cuidado de Enfermagem que seja alicerçado em referenciais adequados à temática em estudo, e como tal seleccionei como bases teóricas a filosofia do CCF, o modelo de apoio ao desenvolvimento infantil e de suporte parental *Touchpoints* de Brazelton e o MSBN.

No **Modelo *Touchpoints***, a colaboração com os pais e o reconhecimento da experiência parental permitem que os profissionais de saúde em pediatria e os pais se tornem parceiros na promoção do desenvolvimento e do bem-estar das crianças, sendo para isso fundamental a criação de uma aliança com os pais, em que o potencial desenvolvimento da criança é influenciado de modo que estes proporcionem os melhores cuidados aos seus filhos (Brazelton & Sparrow, 2003).

O modelo *Touchpoints*, desenvolvido pelo pediatra Thomas Brazelton, é um modelo interventivo de suporte ao desenvolvimento infantil que se sustenta na união entre pais e profissionais, tendo por objetivos valorizar e impulsionar as habilidades parentais (Brazelton, 2021). Este modelo refere-se a uma série de períodos previsíveis de desorganização

seguida de reorganização que incorporam novas capacidades e habilidades funcionais na criança (Brazelton, 2021). Defende que quando os pais compreendem o desenvolvimento dos filhos e estes períodos de desorganização, a que se designam *Touchpoints*, encontram-se mais bem preparados para os retrocessos comportamentais previsíveis, vêm reduzidos os seus níveis de stress e apreciam melhor os passos seguintes do seu processo desenvolvimental (Brazelton *et al.*, 2003).

Esta maior compreensão do desenvolvimento infantil e dos períodos previsíveis de desorganização da criança passa pela prestação de cuidados antecipatórios através da aplicação deste modelo que, segundo Brazelton, visa prevenir o “desassossego” parental. Pressupõe o estabelecimento de uma relação empática de confiança, apoio e suporte, bem como uma comunicação colaborativa e empática sobre os desafios futuros que este modelo prevê para os pais, e através da qual estes se sentirão menos sozinhos, mais confiantes e preparados para quaisquer desafios que o desenvolvimento dos filhos possa apresentar (Stadtler, Novak & Sparrow, 2010).

O **Cuidado Centrado na Família** é considerado o pilar da prática de enfermagem pediátrica, sendo que à luz desta filosofia a família é vista como única e central na vida da criança, devendo os seus membros ser apoiados no papel de cuidadores (Smith, 2018). Baseada nos princípios da parceria e da negociação, esta filosofia de cuidados encoraja a família a participar na avaliação, planeamento e prestação dos cuidados à criança, preconizando a negociação entre profissionais de saúde e família (O'Connor, Brenner & Coyne, 2019). Desta negociação resulta a tomada de decisão partilhada acerca de como será o cuidado prestado e quem irá prestá-lo, assim como uma responsabilidade partilhada nos cuidados de saúde da criança (Mikkelsen & Frederiksen, 2011).

Para que o CCF se concretize na prática, a família deve tornar-se parceira nos cuidados à criança, numa lógica de promoção do envolvimento, participação, *empowerment* e negociação, pautada pela demonstração mútua de respeito, dignidade, partilha de informação, participação e colaboração enquanto premissas básicas desta filosofia (Mikkelsen *et al.*, 2011). A parceria de cuidados entre o enfermeiro e os pais desenvolve-se por meio de interações sistemáticas e regulares, permite oferecer um melhor atendimento à criança e aos pais mediante uma resposta mais adequada às suas necessidades e, em última instância, promove a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem pediátrica (Yoo, Cho, Kim & Park, 2019).

O **Modelo de Sistemas de Betty Neuman** é um modelo concetual de Enfermagem que foca a sua atenção na resposta do sistema da pessoa a stressores potenciais ou efetivos, bem como na utilização de diferentes níveis de intervenções preventivas de Enfermagem dirigidas à retenção, obtenção ou manutenção do bem-estar ideal da pessoa (Neuman, 1996). O objetivo último do MSBN é a promoção da estabilidade e equilíbrio do

alvo de cuidados, mediante a avaliação dos possíveis efeitos dos stressores e a assistência da pessoa no reajuste para atingir o seu estado ótimo de bem-estar (Freese, 2004).

Neste modelo, a pessoa é vista na sua totalidade, como um sistema dinâmico e aberto cujas partes estão interagindo entre si e com o meio envolvente, motivo pelo qual este modelo confere um ponto de interesse para melhor compreensão da pessoa em interação com o ambiente (Freese, 2004). A estrutura da teoria é a de um modelo de sistemas abertos compostos por stressores, reações a stressores e à interação da pessoa com o ambiente, bem como pelas forças internas e externas ao indivíduo e que têm potencial para alterar o equilíbrio existente (Martins & Silvino, 2010).

O MSBN abarca três níveis de intervenções: primárias, referentes à prevenção de situações de stress previsíveis quando se suspeita da futura ocorrência de um stressor; secundárias, iniciadas após a ocorrência de sintomas de stress e com utilização aos recursos internos e externos da pessoa; e terciárias, dirigidas à readaptação para obter a estabilidade do sistema da pessoa e com o objetivo de fortalecer a resistência aos stressores, prevenindo assim a regressão e evitar stressores adversos à pessoa (Freese, 2004).

Na prática, a aplicação deste modelo deve ter em conta vários aspetos do fenómeno em estudo: as variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, desenvolvimentais e espirituais que formam o sistema da pessoa; as propriedades do núcleo central do sistema da pessoa; as propriedades das linhas de defesa normais, flexíveis e de resistência; as características dos stressores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais; assim como as intervenções preventivas de nível primário, secundário e terciário (Neuman, 1996).

Adaptando o modelo de Neuman ao tema em estudo (Figura 1), o alvo de intervenção são os pais de crianças dos 0 aos 3 anos, tratando-se por isso da estrutura básica, que está envolta por linhas de resistência e pela linha normal de defesa, que os protegem dos stressores ligados aos cuidados aos filhos. Contudo, quando conseguem atravessar as diferentes linhas protetoras e invadir a estrutura básica, estes stressores prejudicam tanto os pais como, conseqüentemente, o bem-estar infantil, motivo por que devem ser alvo dos diferentes níveis interventivos acima referidos.

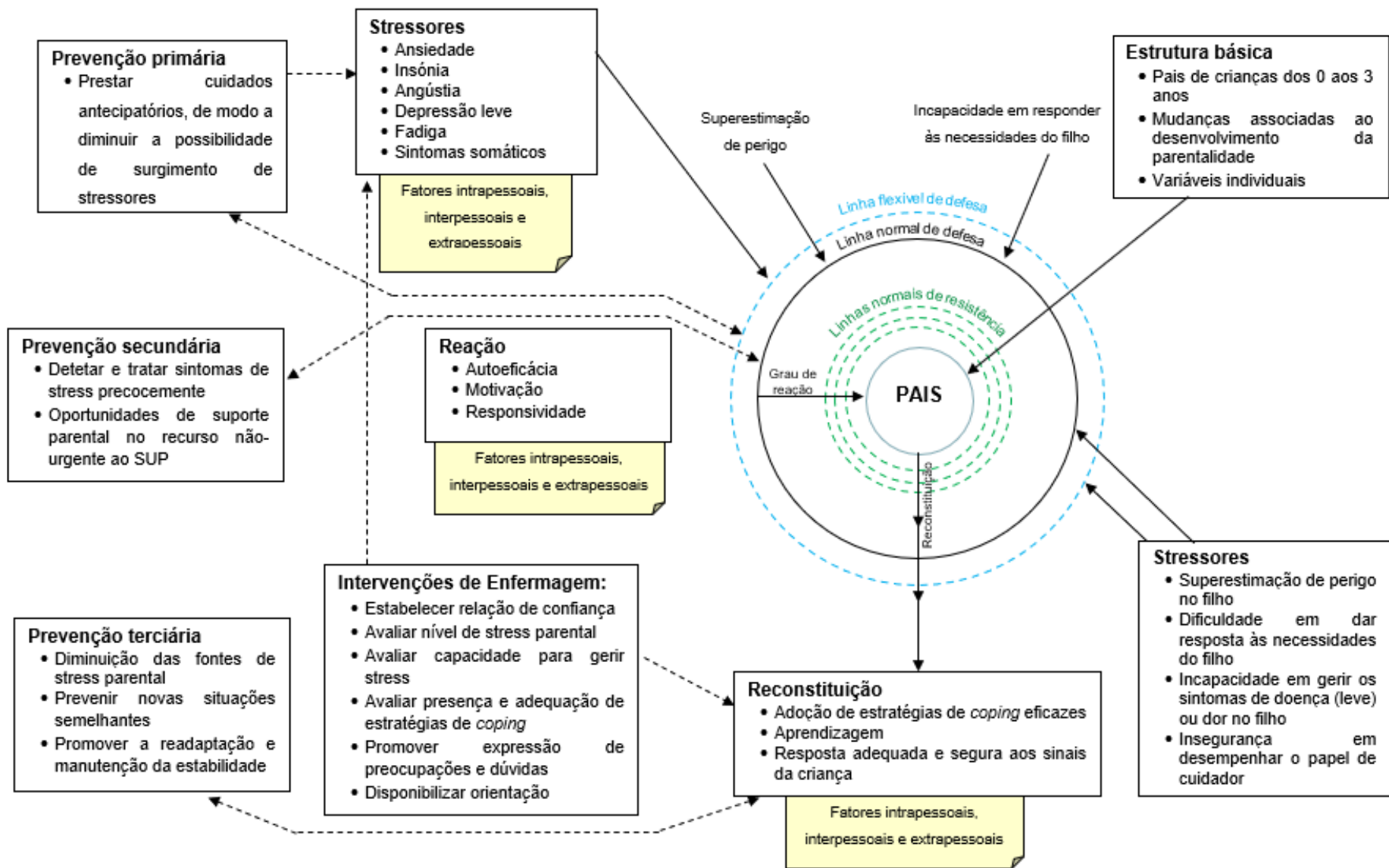


Figura 1 – Modelo de Sistemas de Betty Neuman adaptado

2. PERCURSO DE ATIVIDADES E APRENDIZAGENS SIGNIFICATIVAS

A reflexão aliada ao pensamento crítico é um instrumento potenciador do processo de aprendizagem no desenvolvimento profissional, possibilitando apoiar as crenças e valores pessoais e profissionais através da promoção da consciência pessoal e profissional, sustentando-se nos princípios de aprendizagem ao longo da vida e no estímulo à comunicação entre pares (Santos, 2009).

Com a elaboração deste capítulo procurou-se refletir o percurso de cinco estágios realizados ao longo de 18 semanas, com vista a dar resposta a necessidades de aprendizagens profissionais, bem como desenvolver competências comuns do EE e as específicas do EESIP. O desenvolvimento destas competências teve por base a análise crítica e sustentada deste percurso quanto à experiência vivida, atividades realizadas e competências desenvolvidas, num contínuo trabalho reflexivo. Este trabalho analítico permitiu dar sentido à experiência vivida e construir novos esquemas de ação capazes de transformar não só a nível individual, enquanto profissional em formação, mas também os próprios contextos onde este processo formativo decorreu.

O EESIP distingue-se de outros profissionais de enfermagem pelo desenvolvimento de competências técnicas e relacionais, que lhe permitam cuidar da criança e do jovem em situação de saúde/doença nos diferentes contextos de saúde, no caso de a família não deter competências ou capacidades para obter um resultado eficaz (Regulamento n.º 351/2015).

O desenvolvimento de competências ao longo deste percurso de aprendizagem experiencial implicou a definição prévia de objetivos gerais e específicos norteadores, bem como o planeamento de atividades, recursos e critérios de avaliação que dessem resposta aos mesmos. Como tal, este capítulo encontra-se organizado pelos objetivos gerais delineados no projeto de estágio onde, numa lógica reflexiva, serão abordadas as experiências e atividades significativas e de que forma contribuíram para o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EESIP.

2.1. Competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde

É amplo o espaço de intervenção da enfermagem especializada em Saúde da Criança e do Jovem, devendo esta atuar em qualquer contexto através de uma prestação de cuidados que vise a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado da população infanto-juvenil (Regulamento n.º 351/2015). Nesta lógica, os focos de intervenção do EESIP são a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar da criança, a deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança, e ainda a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde (Regulamento n.º 351/2015).

O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) identifica-se como um instrumento de apoio à saúde integral infanto-juvenil, que contribui para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens (DGS, 2013). Simultaneamente, este plano serviu como um dos documentos norteadores no desenvolvimento de competências EESIP, por dar a conhecer as atuais tendências e necessidades de cuidados no âmbito da saúde infantil e juvenil, enquanto justificativa das diretrizes de ação apresentadas. Este aspeto permitiu não só guiar a intervenção como também direcionar o foco para as problemáticas a ter em consideração ao longo dos diferentes estágios, enquanto pontos de análise crítica e reflexiva.

A vigilância de saúde da criança e do jovem concretiza-se, predominantemente, a nível dos CSP, através da realização de Consultas de Saúde Infantil e Juvenil (CSIJ). A CSIJ abrange vários pontos-chave a serem trabalhados dentro de um *timing* limitado, com os objetivos principais de avaliar e promover o crescimento e desenvolvimento infantil, estimular os comportamentos promotores de saúde, intervir ao nível da vacinação, aleitamento materno, saúde oral, prevenção de acidentes, bem como da deteção precoce e encaminhamento de situações potencialmente prejudiciais à saúde e qualidade de vida, e ainda proporcionar apoio em situações de doença crónica ou deficiência, bem como ao desempenho adequado das responsabilidades parentais (DGS, 2013).

No cumprimento destes objetivos, a enfermeira de família tem um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais (Ordem dos Enfermeiros, 2010) face a estes pontos-chave, sendo através do equilíbrio entre a monitorização e a educação ao longo deste contacto com os pais e a criança/jovem que esta enfermeira pode realmente contribuir para a promoção da saúde e bem-estar infanto-juvenil. O estágio na Unidade de Saúde Familiar (USF) proporcionou a oportunidade de conduzir estas consultas, após um

indispensável período prévio de acompanhamento e observação da enfermeira orientadora na realização das mesmas. Esta observação revelou-se uma mais-valia na minha prestação de cuidados, por me permitir estruturar a abordagem individual na condução destas consultas, bem como em identificar aspetos na atuação da enfermeira denotados como facilitadores na abordagem à criança/jovem e família neste contexto. Destaca-se a dinâmica criada por esta enfermeira na comunicação com os pais, mediante a construção de um diálogo caloroso aliada ao domínio do conhecimento demonstrado na área de saúde infanto-juvenil, à disponibilização para ensinar/apoiar na realização de técnicas com vista à capacitação parental (ex: gestão das cólicas, fluidificação nasal, apoio na amamentação), ao direcionamento de questões e escuta ativa, enquanto aspetos denotados como geradores de confiança nos pais, e que os incentivava a expor dúvidas e preocupações ao longo de cada contacto. Identifiquei esta abordagem como facilitadora, por permitir à enfermeira selecionar a informação mais importante a fornecer à criança/jovem e família na sua especificidade, tornando cada consulta num momento de troca de informação importante a ambas as partes.

No que diz respeito à vigilância da saúde do adolescente, durante o estágio na USF denotei o desinteresse por parte dos adolescentes na procura dos cuidados de saúde primários, tanto pela não-comparência às consultas de vigilância marcadas, como pelo seu desinteresse e aparente desconforto quando compareciam. Sendo a maioria dos adolescentes geralmente saudáveis, estes subutilizam os serviços de saúde sobretudo para fins de vigilância, o que constitui uma preocupação para os profissionais (Vinagre & Barros, 2019) devido à maior tendência à adesão a comportamentos de risco nesta fase do ciclo vital, que pode levar a taxas de morbilidade e mortalidade significativas (Riley, Patterson, Lane, Won & Ranalli, 2018). Este aspeto torna importante a existência de uma maior vigilância da saúde dos adolescentes, sendo para tal indispensável que estes recorram mais aos serviços de saúde.

Os adolescentes identificam como necessidades de melhoria dos serviços de saúde mudanças nas atitudes e comportamentos dos profissionais, como demonstrar profissionalismo, conhecimento e experiência para esclarecer as dúvidas dos adolescentes, bem como ter uma atitude disponível, simpática e compreensiva, sem lidar com os adolescentes como crianças e mantendo o respeito pela confidencialidade (Vinagre *et al.*, 2019). Veja-se assim como determinantes as atitudes dos profissionais na utilização destes serviços pelos adolescentes, importando por isso destacar a necessidade de uma alteração neste âmbito, com intuito de tornar estes serviços mais “atrativos” para os jovens e, por sua vez, possibilitar uma maior proximidade e confiança dos jovens nos profissionais e, conseqüentemente, uma vigilância mais adequada da sua saúde.

Faz também parte da CSIJ a vigilância e promoção do desenvolvimento infantil, para além de se constituir como competência reconhecida do EESIP. Para uma atuação eficaz neste âmbito, é essencial que o enfermeiro conheça o perfil de desenvolvimento da criança, sustentado na utilização de um instrumento fiável, seguro e de fácil utilização que, em parceria com a família/cuidador, deve ser aplicado a toda a população infantil (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Deste modo, pretende-se obter uma base objetiva de informação sobre cada criança que permita planear os cuidados adequados à estimulação do seu potencial máximo de desenvolvimento (Correio, 2020).

Na USF, a enfermeira de família avalia o desenvolvimento infantil desde a primeira consulta do recém-nascido e, a partir da consulta do primeiro mês, efetua esta avaliação com recurso à aplicação da escala de Mary Sheridan Adaptada em todas as consultas nas idades-chave durante os primeiros 5 anos de vida, enquanto padrão de referência. O acompanhamento rigoroso do desenvolvimento durante este período de vida deve-se ao facto de serem estabelecidas as bases críticas para a saúde, aprendizagem e comportamento futuro da criança, tratando-se simultaneamente de uma fase de significativas mudanças no desenvolvimento físico e neuropsicomotor (Reichert, Collet, Eickmann & Lima, 2017). Para além disto, o crescimento e desenvolvimento cerebral são influenciados pelo ambiente envolvente da criança, pelas interações estabelecidas e pela modelagem de comportamentos dos pais, enquanto principais promotores do desenvolvimento dos filhos (Neves, Nunes, Lourenço, Caldeira & Charepe, 2020). Como tal, e em paralelo com a avaliação do desenvolvimento infantil, o enfermeiro deve atuar educando os pais a serem potenciadores deste desenvolvimento, por meio da prestação de cuidados antecipatórios, de que atividades realizar com os filhos com vista à estimulação do seu desenvolvimento, e dando *feedback* relativamente à evolução desenvolvimental da criança em cada consulta.

Na unidade de Neonatologia, a promoção do desenvolvimento está intimamente ligada à realização de um vasto conjunto de estratégias designadas como Cuidados para o Desenvolvimento, que visam reduzir o stress do recém-nascido provocado pelos estímulos externos, favorecer a organização comportamental, melhorar a estabilidade fisiológica, manter os ritmos de sono (Soleimani, Azari, Ghiasvand, Shahrokhi, Rahmani & Fatollahierad, 2020) e, em última instância, permitir o ótimo desenvolvimento neurocomportamental do neonato neste contexto (Soni & Tscherning, 2021). Após atualização teórica, constatei que os Cuidados para o Desenvolvimento envolvem a grande maioria das intervenções de Enfermagem, a organização dos cuidados e o próprio ajuste do ambiente da unidade ao ritmo e bem-estar do recém-nascido. Estratégias como a diminuição do ruído e da luz, o planeamento dos cuidados de modo a manipular o bebé o menor número de vezes possível ao longo do turno, as estratégias não-farmacológicas para

fazer face a procedimentos potencialmente dolorosos para o recém-nascido identificam-se como cuidados ao desenvolvimento e visam diminuir o stress.

Também a promoção da vinculação é um potenciador destes cuidados. A vinculação entre os pais e o bebé é fundamental para o crescimento e desenvolvimento infantil (Kim, Kim et al., 2020), consistindo este processo numa ligação emocional entre o recém-nascido e os pais, tratando-se simultaneamente da base de todas as relações posteriores que o bebé desenvolverá ao longo da vida (Querido, Lourenço, Charepe, Nunes & Caldeira, 2020). Contudo, este processo pode ser interrompido por diversos fatores, entre os quais a admissão numa unidade de neonatologia logo após o nascimento do recém-nascido de risco, em que o distanciamento emocional e físico, a interação social limitada e um ambiente potencialmente traumático e tecnologicamente agressivo podem resultar numa vinculação prejudicada (Kim et al., 2020).

A enfermeira tem neste contexto o papel fundamental em restabelecer o processo vincutivo entre o recém-nascido e os pais, promovendo uma vinculação eficaz ao tirar partido de todas as oportunidades para encorajar, educar e capacitar os pais a envolverem-se com o recém-nascido (Querido et al., 2020). Neste sentido, a atualização teórica e a observação da intervenção da equipa de enfermagem levaram-me ao longo deste estágio a promover a vinculação através de estratégias como o contacto pele a pele, a promoção e apoio na amamentação, o envolvimento dos pais nos cuidados ao bebé e o reforço positivo dos mesmos nestes cuidados.

O estágio na Consulta de Desenvolvimento permitiu uma maior tomada de consciência da importância da avaliação e promoção do desenvolvimento infantil e, em particular, da deteção e referenciação precoce de alterações desenvolvimentais ou comportamentais na criança. O contexto onde este estágio decorreu, um centro de referência no diagnóstico, intervenção terapêutica, formação e investigação na área saúde mental da primeira infância e do neurodesenvolvimento, recebe prioritariamente crianças até aos 3 anos com suspeita de atraso de desenvolvimento ou que apresentem indícios de fatores adversos potencialmente prejudiciais ao seu neurodesenvolvimento e saúde mental. Estas crianças podem ser referenciadas por médicos, enfermeiros, educadores ou pelos próprios pais, em caso de preocupação dos mesmos face ao seu comportamento, relação ou desenvolvimento, bem como a alterações da comunicação, interação social, padrão de sono ou dificuldades alimentares.

A plasticidade cerebral é indispensável à formação de processos de desenvolvimento cognitivo e comportamental ao longo da vida (Kolb, Harker & Gibb, 2016), estando por detrás do surgimento da linguagem, do comportamento social e da construção da relação da criança com as figuras de referência (McLean, 2020). Deste modo, a priorização na intervenção terapêutica nos primeiros 3 anos de vida deve-se ao facto da plasticidade cerebral se encontrar no seu auge e diminuir gradualmente com a idade (*Center on the*

Developing Child at Harvard University, 2016), tornando este período ideal tanto à intervenção precoce quando identificadas alterações no desenvolvimento infantil.

Apesar do progresso significativo a nível da investigação e da criação de programas e políticas de desenvolvimento dirigidos à primeira infância, os serviços disponíveis neste âmbito para crianças pequenas, especialmente para menores de 3 anos, são inadequados e distribuídos de forma desigual, continuando por isso a existir um elevado número de crianças que não atingem o seu potencial máximo de desenvolvimento (Black *et al.*, 2017). Este facto vai ao encontro do denotado neste contexto, onde existia uma elevada procura de pedidos de consulta de avaliação e/ou acompanhamento de crianças com necessidade de intervenção precoce, cuja resposta atempada era insuficiente.

Este problema ganha um maior relevo se se tiver em consideração o panorama atual, em que se verifica um aumento das perturbações do neurodesenvolvimento na idade pediátrica, comparativamente com as doenças agudas e doenças crónicas “físicas” que, até meados do século passado eram prevalentes (Oliveira, Vicente, Guardiano, Aguiar, Loureiro, Gouveia & Silva, 2021). O aumento das situações clínicas expressas por alterações comportamentais, emocionais, da aprendizagem e da capacidade de adaptação social na infância (Oliveira *et al.* 2021) vem reforçar a importância cada vez maior do investimento na formação na área de avaliação do desenvolvimento, de todos os profissionais que trabalham com crianças, com vista à deteção e sinalização precoce de alterações, permitindo assim um acompanhamento especializado atempado.

Tratando-se os CSP do contexto mais apropriado para a vigilância regular do desenvolvimento infantil, volta a destacar-se a importância da CSIJ para a deteção precoce de sinais de alarme. Para que seja possível uma monitorização não só padronizada, mas sobretudo competente e segura do desenvolvimento durante este período da infância, importa que os CSP sejam dotados de enfermeiros de família com formação adequada na avaliação e promoção do desenvolvimento da criança, bem como competentes na referenciação com entidades especializadas em caso de necessidade de intervenção precoce no desenvolvimento infantil. Deste modo, sendo a ESIP o elemento de referência na área de saúde infantil e juvenil na USF com funções de formação e consultoria no âmbito da sua área de especialidade, cabe-lhe a responsabilidade de dar resposta às necessidades formativas dos restantes elementos da equipa.

Cuidar da criança/jovem e família em situações de especial complexidade integra também o conteúdo funcional do EESIP. No SUP, o enfermeiro encontra-se frequentemente perante a criança/jovem em risco de vida, pelo que lhe é exigida uma atuação rápida, atempada e competente que responda adequadamente às suas necessidades de saúde. Para tal, é necessário que saiba reconhecer precocemente sinais de descompensação na criança, que tenha domínio prático e teórico em suporte avançado de vida e que atue em complementaridade com a equipa multidisciplinar. No contexto onde realizei o estágio, todos

os enfermeiros estão dotados de formação diferenciada na área de emergência pediátrica (curso de suporte avançado de vida pediátrico e curso de triagem de Manchester), enquanto requisitos obrigatórios para dar resposta às necessidades e especificidades da população que recorre a este serviço. A organização, priorização e rapidez de intervenção e comunicação fechada da equipa multidisciplinar são pontos cruciais, nomeadamente na abordagem à criança em situação crítica.

Já no contexto de Neonatologia, o cuidado tem início assim que a equipa tem conhecimento de que está prestes a ser admitido um recém-nascido com necessidade de cuidados diferenciados. É nesse momento que toda a equipa se prepara, quer em termos tecnológicos quer a nível emocional. O momento da admissão na unidade é por vezes de elevado *stress*, pois o recém-nascido encontra-se em risco de vida e a sua evolução clínica depende não só do seu estado de saúde, mas também da rapidez e eficácia na atuação de toda a equipa multidisciplinar. Destaca-se a necessidade de um ótimo funcionamento da equipa multidisciplinar, particularmente nas situações que exigem a realização de procedimentos de reanimação neonatal, sendo esta articulação decisiva para o sucesso. Nestas situações, a equipa é composta por dois pediatras, duas enfermeiras e uma auxiliar, sendo fundamental que cada elemento tenha plena e exata noção da sua função e saiba desempenhá-la de forma efetiva, o que pressupõe uma intervenção atempada e competente. A singularidade dos desafios em emergência neonatal exige um trabalho de equipa excelente e habilidades de comunicação exímias entre todos os elementos da equipa (Bergh, Baloyi & Pattinson, 2015), pelo que é crucial não apenas o treino da equipa nestas situações, mas também uma comunicação eficaz relativamente à apreciação do recém-nascido a cada intervenção realizada e à melhor forma de atuação face ao estado do mesmo em cada momento.

Os cuidados não-traumáticos são uma componente essencial na atuação do enfermeiro, pressupondo estes a prestação de cuidados de enfermagem mediante intervenções que visem eliminar ou minimizar o desconforto físico e psicológico vivenciado pela criança e família, em qualquer contexto de saúde. Sendo a prevenção ou minimização da separação entre a criança e família um cuidado não-traumático, fundamental para garantir o bem-estar da criança (Hockenberry & Barrera, 2014), em todos os contextos de estágio, sem exceção, denotei a estimulação por parte das equipas no acompanhamento contínuo da criança pelos pais e, perante esta impossibilidade, de outra pessoa de referência para a criança.

A promoção do sentido de controlo na criança é outro eixo dos cuidados não-traumáticos (Hockenberry et al., 2014). O SUP é, por si só, um ambiente gerador de sensações negativas na criança, nomeadamente pelo medo do desconhecido e pela possibilidade de vir a ser submetida a procedimentos dolorosos. Neste contexto, destaco a

utilização da estratégia do brinquedo terapêutico na preparação para a realização de procedimentos à criança em idade pré-escolar. Tratando-se de uma abordagem que visa o alívio da ansiedade da criança gerada por situações atípicas e que representam uma ameaça para a mesma (Barroso, Santos, Santos, Nunes & Lucas, 2020), esta estratégia concretiza-se por meio da explicação do procedimento com recurso à utilização de um boneco (Gomes, Silva, Santos & Palermo, 2019). Durante esta abordagem, é também promovida a expressão dos medos da criança, mostrando-se particularmente eficaz na diminuição da dor durante a realização do procedimento da punção venosa (Gomes et al., 2019). Com a aplicação desta estratégia, pude observar que o stress e reação da criança à dor são menos exacerbados, assim como a satisfação dos pais ao presenciar esta intervenção prévia ao procedimento e o resultado benéfico nos filhos. Considera-se assim uma prática de qualidade e uma estratégia importante que o enfermeiro de Pediatria deve manter na sua prática. Perante este resultado, partilhei posteriormente a experiência com a minha equipa em contexto profissional, dado que não era utilizada no serviço.

Ao proporcionar o controlo ou minimização da dor na criança, estamos a ir ao encontro do cumprimento do terceiro eixo dos cuidados não-traumáticos segundo Hockenberry et al. (2014), sendo que a avaliação e gestão diferenciada da dor na criança foram aspetos amplamente desenvolvidos ao longo deste percurso. A avaliação da dor na criança reveste-se de particularidades que obrigam a um destaque no cuidado quando comparado com os restantes grupos etários, pois as crianças experienciam dor e, quando não atenuada, retêm memória desta sensação adversa a longo prazo (DGS, 2010). Deste modo, torna-se essencial caracterizar o melhor possível a experiência de dor no cliente pediátrico e, assim, intervir em conformidade na sua gestão. Ao longo do meu percurso formativo nos diferentes locais de estágio, e consoante a idade de cada criança, procurei sempre mobilizar instrumentos de avaliação da dor validados para a população pediátrica, tais como: nos recém-nascidos a *Neonatal Infant Pain Scale* (NIPS); até aos 4 anos de idade a *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability* (FLACC); a escala de faces de Wong-Baker entre os 4 e os 6 anos e, a partir desta última idade, a escala numérica da dor.

A dor causada por procedimentos dolorosos pode ter implicações emocionais e psicológicas para a criança (Oliveira et al., 2018) e, sendo o controlo da dor uma responsabilidade e indicador de boa prática dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2013), fundamental a adoção de estratégias que atenuem o impacto negativo destes procedimentos no cliente pediátrico. No contexto de Neonatologia, a dor não controlada nos recém-nascidos pode causar complicações significativas a longo prazo não só a nível do processamento da dor, mas também a nível neurossensorial, cognitivo, comportamental e com resultados em saúde que podem persistir ao longo da infância e até da idade adulta (Williams & Lascelles, 2020). Por este motivo, é de particular relevância a gestão da dor neste estágio de desenvolvimento, em que o sistema nervoso apresenta uma maior

vulnerabilidade pela sua imaturidade e neuroplasticidade (Williams *et al.*, 2020). Como tal, perante a realização de procedimentos potencialmente dolorosos, nos recém-nascidos e latentes utilizei como estratégias não-farmacológicas durante estes procedimentos a amamentação, o fornecimento de sacarose a 24% combinada com sucção não-nutritiva e o contacto pele-a-pele, pela evidência na literatura da sua elevada eficácia na gestão e controlo da dor (McNair, Campbell-Yeo, Johnston & Taddio, 2019; Zargham-Boroujeni *et al.*, 2017; Bernardo, Riccitelli, Sordino, Giordano, Piccolo, Buonocore & Perrone, 2019).

A realidade da Pediatria passa cada vez mais pelo acompanhamento da criança com doença crónica e com necessidades de saúde complexas (Santos, Santos & Lacerda, 2018). A prestação de cuidados à criança com doença crónica foi outro dos aspetos trabalhados durante este percurso, destacando-se o estágio no Internamento de Pediatria. Neste contexto surgiu a oportunidade de prestar cuidados a várias crianças com drepanocitose e respetivas famílias. Sendo esta uma condição crónica que o meu conhecimento quantos às suas características era reduzido, a atualização teórica acerca desta doença foi essencial para uma adequada abordagem a estas crianças e famílias, nomeadamente na promoção da sua adaptação à doença desde o início do internamento até ao momento da alta.

A drepanocitose é uma doença genética de transmissão hereditária, mais comum na população africana, embora também afete caucasianos e descrita como uma das doenças hematológicas hereditárias mais prevalentes em todo o mundo (Campelo, Oliveira, Magalhães, Julião, Amorim & Coelho, 2018). A sintomatologia desta doença começa a manifestar-se a partir dos 6 meses de idade sob forma de crises vaso-oclusivas, cuja dor provocada é motivo de recurso aos serviços de urgência e de subsequente internamento hospitalar (Campelo *et al.*, 2018).

Dada a idade precoce a partir da qual esta doença começa a manifestar-se, a caracterização e gestão da dor na criança nem sempre é fácil para o enfermeiro ou para os pais, o que é para estes últimos um motivo considerável de stress (Campelo *et al.*, 2018). Estudos afirmam que o stress parental associado à doença crónica pediátrica pode ter um impacto negativo no funcionamento psicossocial da criança (Sil, Woodward, Johnson, Dampier & Cohen, 2021). Ao presenciar e ter que gerir as crises vaso-oclusivas na criança, particularmente quando ocorrem pela primeira vez, os pais experienciam elevados níveis de stress capazes de gerar sintomas de ansiedade e depressão (Sil *et al.*, 2021). Para prevenir os efeitos negativos decorrentes do stress, o enfermeiro deve intervir junto destes pais através da prevenção terciária, de modo a fortalecer a sua resistência reforçando os mecanismos de defesa a estes stressores e, assim, prevenir as repercussões negativas aos mesmos. Nesta lógica, destaca-se a disponibilidade para a escuta ativa, no sentido de possibilitar a estes pais o relato da experiência em causa, as preocupações sentidas e

dificuldades quanto à gestão destas crises no filho, assim como adotas estratégias que lhes permitam intervir na gestão das crises e como preveni-las.

Quando a criança começa a conseguir expressar-se, importa não apenas a caracterização da sua dor, mas também conhecer o significado que esta doença tem para a mesma, como a vive e de que modo afeta o seu dia-a-dia, tanto a nível físico como emocional (Campelo *et al.*, 2018). Como tal, na prestação de cuidados à criança com drepanocitose, procurei caracterizar o mais especificamente possível a experiência da dor em situação de crise vaso-oclusiva e intervir a nível da gestão da dor, bem como conhecer a experiência emocional e o impacto desta doença na vida da criança e da família. Este conhecimento permite a individualização dos cuidados à especificidade de cada criança e família o que, por sua vez, possibilitou o desenvolvimento de intervenções que dessem resposta às diferentes necessidades destes pais e, inclusive, que fossem benéficas na redução dos efeitos negativos desta experiência nos mesmos.

A deteção precoce e encaminhamento de situações potencialmente nocivas para a vida ou qualidade de vida da criança/jovem faz também parte do conteúdo funcional do EESIP (Regulamento n.º 422/2018). Segundo o Plano Nacional de Saúde (PNS), existe um aumento da incidência e prevalência de jovens com perturbações emocionais e comportamentos de risco, como o absentismo escolar, a delinquência, atos suicidários e o uso de substâncias aditivas, das quais se salientam o álcool e drogas (Regulamento n.º 351/2015). A CSIJ constitui um momento privilegiado para a triagem, avaliação, intervenção e orientação destas situações, em que o diagnóstico de casos psicopatológicos e de risco, devendo transformar-se em prioridades a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas (DGS, 2013).

Durante o período de estágio no SUP, destaco a tentativa de suicídio como motivo de recurso de adolescentes ao serviço. As tentativas de suicídio na adolescência têm-se constituído como um problema de saúde pública ao longo dos últimos anos, o que implica uma maior expressão nos serviços de saúde, onde o SUP é, por norma, a porta de entrada para a abordagem inicial deste problema (Lopes, Tavares & Marques, 2015). Para além do objetivo primordial nestas situações, que é o de garantir em tempo útil a sobrevivência do adolescente, a intervenção do enfermeiro de urgência deve ter em vista a construção de uma relação de ajuda. Contudo, segundo Lopes *et al.* (2015), a criação desta relação com o adolescente apresenta algumas barreiras, entre as quais se salienta o medo dos jovens em partilhar os seus sentimentos, associado ao estigma atribuído às doenças mentais e a dificuldade sentida pelos enfermeiros em estabelecer com os adolescentes uma comunicação eficaz, acrescida do receio de poderem agravar ainda mais a situação com uma atitude desfavorável face ao comportamento suicida.

A equipa de enfermagem é, por norma, o grupo profissional que permanece durante mais tempo em contacto direto com o adolescente durante a sua permanência no serviço, sendo por isso um potencial recurso para a implementação de intervenções que visem a prevenção de futuras tentativas de suicídio (Silva, Vecchia, Ramos & Costa, 2020). Vários estudos destacam a importância de uma comunicação eficaz na relação enfermeiro-adolescente e da necessidade de formação dos profissionais neste âmbito (Lopes, et al., 2015).

A dificuldade individual sentida no estabelecimento de uma relação de ajuda com o adolescente que tenta pôr fim à vida prende-se com alguns dos pontos acima referidos, nomeadamente o receio em intervir de forma errada junto do adolescente e a dificuldade em estabelecer com este uma comunicação eficaz. Estas dificuldades assemelham-se ao que é sentido pela equipa do SUP neste âmbito, aliado ao preconceito face a estas situações e que levou à exploração deste tema. Em algumas ocasiões, a equipa demonstrou perceber as tentativas de suicídio ou os comportamentos autolesivos dos adolescentes como “chamadas de atenção”. Tendo em conta que a atenção inadequada à pessoa com conduta suicida pode agravar a situação que esteve na origem deste comportamento e evitar os serviços de saúde em futuras ocasiões (Lopes *et al.*, 2015), importa reduzir o estigma nas equipas que cuidam destes adolescentes. A relação enfermeiro-adolescente encontra-se na base do cuidado ao jovem com este comportamento extremo, pelo que a inexistência de estereótipos ou outro tipo de julgamentos sobre a situação atual do jovem possibilita um espaço de partilha de sentimentos, dúvidas, medos e motivações para tentar colocar fim à vida, através de uma escuta ativa e assertiva, bem como de uma atitude empática por parte do profissional de saúde (Lopes *et al.*, 2015).

Cabe ao EESIP facilitar a comunicação expressiva de sentimentos do adolescente (Regulamento n.º 422/2018) sustentado numa atitude que demonstre respeito, autenticidade e empatia, facilitadora do estabelecimento de uma relação de ajuda (Coelho *et al.*, 2020), para uma compreensão mais abrangente do que motivou o adolescente à realização daquele ato. Estudos revelam que as atitudes positivas dos profissionais de saúde relativamente aos jovens com tentativa de suicídio têm resultados construtivos para os mesmos, enquanto atitudes negativas aumentam a possibilidade de negligenciar o seu tratamento e, conseqüentemente, ao seu afastamento dos serviços de saúde a um maior risco de repetição destes atos (Gholamrezaei, Rezapour-Nasrabad, Ghalenoei & Nasir, 2019).

Assim, a mudança para uma atitude positiva aumenta as hipóteses de o enfermeiro contribuir eficazmente para a melhoria da situação destes adolescentes. Contudo, para que esta mudança se concretize efetivamente, é fundamental investir na formação dos enfermeiros para o desenvolvimento de competências na abordagem relacional e comunicacional ao adolescente com tentativa de suicídio, bem como para identificação dos

fatores na origem do comportamento suicida (Lopes *et al.*, 2015), pela possibilidade de um maior conhecimento gerar maior compreensão, empatia e competência dos profissionais na intervenção junto destes jovens e, por sua vez, aumentar a qualidade dos cuidados de Enfermagem. O EESIP pode surgir como força motriz para modificar a atitude e mentalidade da sua equipa neste âmbito, não só como elemento formador, mas também para sensibilizar a sua equipa para a necessidade de diminuir o estigma e julgamento frequentemente associados a estas situações e que prejudicam a criação da relação com o adolescente.

Ainda dentro da temática da criança/jovem em situação de risco, no concerne à criança vítima de maus-tratos, todo e qualquer profissional que contacte diariamente com a população infanto-juvenil detém um papel importante na deteção e sinalização destas situações, desde que possua o conhecimento adequado para tal. Durante o estágio na Consulta de Desenvolvimento, tive a oportunidade de assistir a uma sessão formativa acerca do tema “Experiências Adversas na Infância”, que se revelou uma mais-valia para o meu desenvolvimento de competências. Estas experiências adversas na infância dizem respeito a um grupo de experiências potencialmente traumáticas – onde se incluem o abuso, a negligência e a disfunção familiar em todas as formas – que, por gerarem um stress contínuo na criança podem ter efeitos negativos a longo-prazo sobre a sua saúde e bem-estar, estando diretamente associados à génese de efeitos biológicos adversos na mesma (Boullier & Blair, 2018).

Após a sustentação teórica sobre a relação da exposição contínua a este tipo de situações na infância com uma maior predisposição para a aquisição de problemas de saúde físicos e mentais, a sessão culminou com um alerta destacando a importância da prevenção, deteção, sinalização e intervenção precoces por parte dos profissionais de saúde que trabalham com a população pediátrica. A formação inadequada e a reduzida experiência dos profissionais de Enfermagem neste âmbito constituem-se como barreiras à deteção, intervenção e sinalização de situações de maus-tratos infantis (Green, 2020). Sendo o enfermeiro um elemento da equipa que contacta diariamente de forma direta com a população infanto-juvenil, a quem cabe também a responsabilidade de comunicar os casos de suspeita de situações de maus-tratos quando detetados (Green, 2020), importa dotar o enfermeiro pediátrico de um corpo de conhecimento adequado que lhe permita realizar uma intervenção competente. Veja-se que esta intervenção requer não apenas o conhecimento das diferentes tipologias de maus-tratos, sinais de alarme e fatores protetores e de risco, mas também acerca das políticas de saúde que o auxiliem no procedimento e encaminhamento para as entidades adequadas.

É também uma das responsabilidades do EESIP a identificação de situações de risco para a criança e jovem, bem como a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção (Regulamento 422/2018), assim como ser o elemento que, para além de identificar e sinalizar estas situações na criança, cabe-lhe

também a função formativa na disseminação do conhecimento tanto para a sua equipa como para a comunidade, no sentido de tornar estas situações cada vez mais fáceis de serem detetadas e atempadamente sinalizadas.

2.2. Competências especializadas no âmbito do suporte parental na promoção do bem-estar do filho nos primeiros 3 anos de vida

O nascimento de um pai ou de uma mãe representa um dos maiores desafios para a pessoa pela responsabilidade e mudanças associadas, bem como pela indispensável adaptação que o nascimento de uma criança provoca na dinâmica familiar (Ordem dos Enfermeiros, 2015). O enfermeiro tem também a responsabilidade de colaborar com os pais neste processo de adaptação, assim como na promoção da saúde e bem-estar da criança. Através do apoio, ensino e treino, com vista à aquisição de conhecimentos e habilidades parentais, o enfermeiro tem o potencial de capacitar os pais a tornar-se nos melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Tendo em conta a total dependência da criança nos primeiros 3 anos de vida face aos cuidadores para o seu suporte e sobrevivência (McLean, 2020), é fundamental apoiar os pais no desempenho do seu papel durante este período de vida do filho, nomeadamente nos momentos em que cuidar da sua saúde representa para eles um maior desafio. O desconhecimento em lidar com situações nunca experienciadas faz com que as famílias se sintam por vezes inseguras e incapazes de dar uma resposta adequada à nova situação (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os problemas comuns na criança, onde se incluem os sintomas leves de doença, são acontecimentos muitas vezes inesperados, geradores de stress para os pais, não só pela incerteza acerca da sua gravidade e significado, mas também pela insegurança e desconhecimento quanto à sua própria capacidade de conseguir garantir o cuidado adequado ao filho nestas ocasiões.

Os enfermeiros podem ter um contributo importante no apoio aos pais para cuidarem dos seus filhos em casa com confiança, de modo a reduzir ou mesmo evitar o recurso aos serviços de urgência por condições agudas sem gravidade (Callery, Kyle, Banks, Ewing & Kirk, 2013). A prestação de cuidados antecipatórios surge neste âmbito como um fator importante para reduzir o stress parental e a insegurança dos pais nas suas próprias capacidades para gerir os sintomas leves de doença na criança, e que tantas vezes os incita a recorrer de forma repetida e desadequada ao SUP. Através dos cuidados antecipatórios, o enfermeiro promove a saúde e previne a doença, capacitando-os para o seu melhor desempenho parental (DGS, 2013).

Paralelamente, a intervenção do enfermeiro pode reduzir o impacto destes stressores nos pais, vulgo sintomas leves de doença no filho, ao fortalecer as suas linhas de defesa

através da capacitação, explicação, educação dos pais relativamente aos sintomas dos filhos e gestão dos mesmos, assim como capacitá-los para que consigam melhor diferenciar os sintomas leves dos sintomas graves na criança.

Ao longo deste percurso de estágio foram desenvolvidas diversas atividades com a intencionalidade de dar resposta às questões parentais relacionadas com a gestão dos problemas comuns e sintomas leves de doença na criança pequena, de forma a reduzir o impacto destes stressores nos pais, ao capacitá-los e dar-lhes confiança nas suas aptidões para gerirem estes sintomas em casa. Importa destacar quatro dos cinco contextos de estágio onde foi possível desenvolver atividades promotoras do suporte parental nos primeiros 3 anos de vida: o SUP, a USF, a unidade de Neonatologia e o Internamento de Pediatria Médica.

A perceção dos pais da gravidade da condição da criança é uma das razões mais citadas na literatura para a utilização dos SUP por motivos não-urgentes, sendo que a preocupação gerada por estas situações leva a que os pais muitas vezes não consigam esperar por uma consulta em contexto de CSP (Butun et al., 2019). Esta realidade verificou-se durante o estágio de Urgência Pediátrica, onde foi frequente estar perante pais bastante ansiosos no momento da triagem pelo quadro clínico apresentado pelo filho. Quando os pais percecionam como grave a condição do filho e vêem que o mesmo é priorizado como pouco urgente (sob forma de uma pulseira de cor verde ou azul), tal facto pode por vezes gerar choque, insatisfação e desconfiança quanto à avaliação do enfermeiro triador. O momento da triagem pode influenciar todo o percurso dos pais pelo serviço de urgência, nomeadamente quanto à sua receptividade à informação e educação disponibilizada pelos profissionais. Os comportamentos dos pais que percecionam como urgente a condição do filho, quando esta se trata na realidade de uma condição não-urgente, são difíceis de gerir e estão associadas a uma elevada carga emocional resultante da falta de experiência ou conhecimentos da condição da criança (Butun et al., 2019)

Não obstante, as oportunidades de promoção do suporte parental no SUP podem ser iniciadas quando o enfermeiro identifica eventuais ações menos apropriadas realizadas pelos pais (ex: não medicar ou sobreaquecer a criança febril, oferecer água à criança com vômitos persistentes, etc.) pode educá-los para uma gestão mais adequada dos sintomas da criança. A experiência do enfermeiro e a sua capacidade para gerir eventuais conflitos são essenciais neste momento para diagnosticar necessidades expressas pelos pais, assim como para minimizar possíveis reações negativas ou a exacerbação do stress sentido pelos mesmos. O enfermeiro deve valorizar toda a informação e as emoções transmitidas pelos pais, acolhê-las e tentar tranquilizá-los durante a observação na triagem de que o seu filho não se encontra em risco de vida. A crescer, é importante que este profissional não incorra numa atitude crítica face à recorrência dos pais ao serviço por situações não-urgentes na criança, mas sim numa atitude com vista a compreender, a educar e a capacitar.

No percurso dos pais pelo serviço de urgência, estes voltam a contactar com a equipa de Enfermagem na sala de tratamentos e na sala de observação (SO), onde o enfermeiro volta a ter oportunidades de promover o suporte parental, mediante o diagnóstico de necessidades de aprendizagem efetuado face à situação atual da criança. Nestes momentos, o enfermeiro poderá recorrer à demonstração de procedimentos e explicação da importância da realização dos mesmos em casa (ex: realização da massagem abdominal ao latente, fluidificação das secreções na criança com rinorreia ou tosse), com vista à sua capacitação.

Com o objetivo de dar resposta a estas necessidades de informação e redução do número de recorrências ao SUP por situações não-urgentes, foram elaborados dois folhetos informativos (Apêndice V) dirigidos aos pais, sendo um deles acerca dos problemas mais comuns nos primeiros 3 anos de vida e como proceder, e o outro relativo a sinais de alarme que motivem a recorrência ao SUP. Estes folhetos foram discutidos com a equipa de Enfermagem e propostos à chefia de Enfermagem para serem disponibilizados na triagem e na sala de espera.

Contudo, as oportunidades de promoção do suporte parental não se cingem ao SUP, devendo estender-se a todos os contextos onde o enfermeiro contacte com a população pediátrica e respetivos pais. No contexto de CSP, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Uma das linhas orientadoras do PNSIJ é a promoção dos cuidados antecipatórios enquanto fator promotor da saúde e de prevenção da doença na criança. Tratando-se do aconselhamento proativo acerca de mudanças significativas expectáveis e de potenciais episódios de saúde inesperados que ocorrerão nas crianças durante o intervalo entre as visitas de saúde (Weber-Gasparoni, 2019; Hockenberry, 2014), estes cuidados concretizam-se através da disponibilização dos conhecimentos necessários aos pais e da capacitação para o melhor desempenho do seu papel (DGS, 2013).

A CSIJ é um momento propício à prestação de cuidados antecipatórios aos pais, incidindo em diferentes áreas como o desenvolvimento, alimentação, hábitos de sono, eliminação, prevenção de acidentes, entre outros que enquadrem a idade da criança no momento da consulta (DGS, 2013). Contudo, nem sempre é oportuno no momento da consulta ou mesmo eficaz a orientação antecipatória relativa a todas as situações e sintomas mais comuns na criança (febre, vômitos, diarreia, etc.) e como geri-los. Identificam-se dois motivos que tornam este momento pouco propício à orientação antecipatória neste âmbito: por serem vários os sintomas comuns na criança e o tempo de cada consulta limitado, tendo em conta toda a informação disponibilizada pelo enfermeiro de família neste curto intervalo de tempo, para além de que, por norma a criança não apresenta sintomas de doença no momento da consulta. Estes aspetos podem não motivar a atenção dos pais,

embora os sintomas comuns de doença na criança constituam uma causa geradora de stress e a principal razão que os motiva a levar o filho ao SUP.

Deste modo, para facilitar a comunicação e promover os cuidados antecipatórios relativos aos problemas de saúde e sintomas mais comuns na criança pequena, foram elaborados três folhetos informativos dirigidos aos pais (Apêndice VI). Estes encontram-se divididos por três intervalos de idades distintas (dos 0 aos 6 meses, dos 6 aos 12 meses e a partir dos 12 meses), por se verificarem maiores discrepâncias nos cuidados que os pais devem ter com a criança perante estas ocorrências.

No contexto de Neonatologia, os cuidados prestados nesta unidade não se limitam a garantir a sobrevivência, tratamento e segurança do recém-nascido de risco, mas envolvem também a prestação de um cuidado humanizado ao bebé e aos pais. A prática dos enfermeiros nesta unidade é sustentada na filosofia do cuidado centrado na família e no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. A família é considerada única e central na vida da criança e os pais devem ser apoiados no desempenho parental e, sempre que possível considerados os principais cuidadores do seu filho (Smith, 2018). O enfermeiro estabelece uma relação terapêutica com os pais, promove o seu envolvimento e o *empowerment* através da partilha de informação, negociação e colaboração, em que ambas as partes se responsabilizam pelos cuidados de saúde da criança (Mikkelsen *et al.*, 2011).

Na interação com os pais ao longo do internamento do bebé na unidade procurei criar uma relação terapêutica sustentada no estabelecimento de uma parceria com os pais enquanto promotora da capacitação para a realização dos cuidados de forma autónoma, estimulando o seu envolvimento e participação, através da informação, demonstração e treino. Segundo Salmani, Marvast, Kahdoui e Weiss (2020), preparar os pais para levar o filho do hospital para casa é uma função central dos cuidados de Enfermagem numa unidade de Neonatologia. Neste contexto, há uma preocupação evidente ao longo de todo o período de internamento na preparação dos pais para a alta do recém-nascido para o domicílio, sendo o enfermeiro protagonista neste processo e um importante sistema de suporte para os novos pais. Assim, é seu objetivo garantir a capacitação dos pais relativamente aos cuidados fundamentais ao recém-nascido, assim como intervir ao nível da prevenção primária através dos cuidados antecipatórios face a potenciais problemas comuns que o bebé possa vir a apresentar futuramente no domicílio.

A doença e a hospitalização da criança são acontecimentos difíceis e stressantes, tanto para as próprias crianças como para os seus pais (Aftyka, Rozalska-Walaszek, Wróbel, Bednarek, Dabek & Zarzycka, 2017). A dinâmica do Serviço de Internamento de Pediatria onde realizei o estágio é favorável à construção da relação terapêutica e ao estabelecimento de parceria entre o enfermeiro e os pais da criança, pelo incentivo à permanência contínua junto do filho. Quando a criança é internada, é iniciada a colaboração entre os pais e os enfermeiros no cuidado à criança (Sunsal & Lykkeslet, 2019). Esta

permanência dos pais ao longo do internamento do filho permite ao enfermeiro conhecer melhor a criança e família, assim como ter uma maior oportunidade para estabelecer uma relação de parceria com os pais.

Neste contexto foram desenvolvidas atividades com vista à preparação dos pais para a alta, que pressupõe uma apreciação cuidada e identificação das dificuldades e necessidades de aprendizagem e desenvolvimento de competências no âmbito da prestação de cuidados ao filho, gestão terapêutica e de sintomas. Sustentado nos diagnósticos de Enfermagem levantados, o enfermeiro estabelece um plano de cuidados e procura utilizar os momentos do contacto com os pais para intervir e responder adequadamente às suas necessidades.

Como forma de fomentar as oportunidades de suporte ao desempenho parental neste contexto, foi elaborado um documento de autoavaliação do cuidador (Apêndice III), com o intuito de orientar a intervenção do enfermeiro na resposta às necessidades de aprendizagem específicas dos pais, relativamente à gestão dos sintomas comuns na criança, medicação, acidentes e segurança, sinais de alarme, recursos na comunidade e espaço para outras questões parentais. Este documento foi construído para ser preenchido pelos pais em conjunto com o enfermeiro, em dois momentos distintos: no momento da admissão da criança no serviço e no momento da alta, com o propósito de avaliar a evolução dos pais na aquisição de competências parentais até ao momento da alta, particularmente no que concerne à gestão de sintomas comuns dos filhos e na tomada de decisão futura no recurso aos diferentes serviços de saúde consoante a necessidade.

A qualidade da educação para a saúde realizada aos pais acerca dos cuidados pós-alta da criança emerge como uma prioridade para melhorar os resultados em saúde da criança doente e reduzir os custos dos cuidados, tendo influência na preparação dos pais para a alta e subsequente dificuldade de *coping* no período pós-alta bem como nas readmissões ao serviço (Weiss, Sawin, Gralton, Johnson & Klingbeil, 2017). Para que estas oportunidades se constituam como momentos eficazes de transmissão de conhecimentos e aprendizagens aos pais, importa que o enfermeiro tenha em conta a forma como comunica.

Todos os enfermeiros devem estar conscientes do quanto a comunicação com os pais pode afetar a sua autoeficácia, pelo que devem focar-se numa comunicação que apoie os pais de forma eficaz, ao invés de atitudes críticas que estão sujeitas a reduzir a autoeficácia parental e aumentar a probabilidade de os pais voltarem a solicitar uma avaliação profissional (Crampton & Wigley, 2017). Ao oferecer uma consideração positiva aos pais, isto é, a aceitação e apoio básicos de uma pessoa independentemente do que esta diga ou faça, através da escuta ativa e de conferir uma aprendizagem adaptada às necessidades identificadas, os enfermeiros podem ajudar os pais a desenvolver a capacidade parental e, por sua vez, a diminuir a insegurança nas suas próprias capacidade e aumentar a sua autoeficácia (Crampton *et al.*, 2017).

Uma vez mais, o EESIP surge como o elemento-chave para transmitir e relembrar à equipa a importância da adequação da linguagem e estilo de comunicação a adotar na abordagem dos pais. Por ser o elemento mais dotado de uma visão que se preza por dar uma resposta global à envolvimento da criança, é-lhe exigido comunicar tanto com a criança, como com a família, através de técnicas apropriadas à idade, estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (Regulamento n.º 422/2018). Só deste modo será possível proporcionar-lhes o conhecimento e aprendizagem de habilidades que permitirão o desenvolvimento de competências para a gestão de processos específicos de saúde/doença. Para além disto, ao sensibilizar a equipa para uma prestação de cuidados promotora da aprendizagem e que tenha em atenção o esclarecimento de dúvidas dos pais, o EE está a otimizar as respostas de enfermagem e a ser um agente facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho (Regulamento nº 140/2019).

2.3. Proposta de um programa de articulação com os CSP, com vista a reduzir as vindas não-urgentes da criança nos primeiros 3 anos de vida ao SUP

As oportunidades de promoção do suporte parental que cada enfermeiro pode criar no seu contexto podem ser mais efetivos se existir uma articulação entre os diferentes contextos de saúde, aos quais a criança e os pais recorrem. A articulação dos cuidados de saúde é fundamental para a racionalização e potencialização dos recursos existentes, visando uma maior eficiência dos serviços e conseqüente satisfação dos utentes (Torres & Monte, 2011). Nesta lógica, a articulação entre os CSP e os hospitais para todos os cidadãos que obtêm uma correta e eficaz continuidade dos cuidados de que necessitam podem ser indicadores de sucesso da coordenação de cuidados e na redução de custos, onde o objetivo principal são os ganhos em saúde (Torres & Monte, 2011).

De modo a potenciar o suporte aos pais das crianças nos primeiros 3 anos de vida, identifica-se como fundamental uma efetiva articulação de cuidados entre a urgência pediátrica e os CSP, no sentido de garantir a continuidade de cuidados e promover uma maior adequação na recorrência aos serviços de saúde e na resposta às necessidades específicas da criança e dos pais.

O fenómeno que impulsionou a construção deste programa partiu do contexto profissional da prática de cuidados, o SUP, no que concerne à elevada afluência diária de crianças que recorrem sem motivo urgente. Este problema, com tendência crescente tanto a nível nacional como internacional (Martins, Marques, Sousa, Valério, Cabral & Almeida, 2020; Butun et al., 2019), tem vindo a ser evidenciado na insatisfação dos pais quanto aos tempos de espera e no descontentamento e desgaste da equipa face a este panorama

diário, por gerar sobrecarga dos recursos humanos e materiais do serviço e diminuição na qualidade dos cuidados.

Por impossibilidade de obtenção de dados deste contexto relativamente ao número de episódios não-urgentes (representados pelas prioridades verde e azul, de acordo com a triagem de Manchester) e a sua respetiva expressão consoante a idade. Mais de metade das situações que recorrem aos SUP são de carácter não urgente, em que o número de recursos é substancialmente maior nos primeiros anos de vida e vai diminuindo com o aumento da idade (Rafael et al., 2017). Entre as diversas causas que levam a este fenómeno identificam-se a noção de gravidade de sintomas do filho percebida pelos pais, a dificuldade na marcação de consultas e a falta de confiança nos CSP e a necessidade de aconselhamento e de tranquilização imediata por parte dos pais (Butun et al., 2019). De acordo com o estudo conduzido por Fong (1999), no ano de 1994 as condições pediátricas não-urgentes eram responsáveis por 58% a 82% das visitas ao SUP. À semelhança destes dados, o estudo de Holden *et al.* (2017) apresenta dados de uma urgência hospitalar do Reino Unido, onde entre 2013 a 2016 cerca de 55 a 65% da totalidade dos atendimentos em urgência pediátrica foram classificados como não-urgentes. Outros estudos recentes (Gkentzi, Katsoula, Fouzas, Mentis, Karatza & Dimitriou, 2019; Keeble & Kossarova 2017) reforçam o facto de se verificar uma tendência crescente no recurso não-urgente ao SUP em idade pediátrica de ano para ano.

Segundo o estudo de Berry, Brousseau, Brotanek, Tomany-Korman & Flores (2008), conduzido no hospital de Winsconsin, a média de idade das crianças levadas pelos cuidadores por situações sem carácter de urgência foi de 3 anos, sendo que metade das crianças atendidas tinha menos de 2 anos e cerca de 25% tinha idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos de idade. Segundo a *American Academy of Pediatrics* (2001), crianças menores de 3 anos representam a maior proporção de consultas médicas com apresentação de situações sem critério de urgência nos serviços de urgências.

No estudo de Rafael, Portela, Sousa & Fernandes (2017) verificou-se uma ocorrência decrescente de vindas ao SUP por situações não-urgentes consoante a idade da criança, pois à medida que a idade aumenta, diminui o número de recorrências à urgência por situações não-urgentes. Para além disto, o mesmo estudo constatou que mais de metade da totalidade de episódios de urgência pediátrica correspondiam a situações pouco ou não-urgentes (Rafael *et al.*, 2017).

Entre as diversas causas apontadas pela literatura, a sobrecarga do SUP por episódios não-urgentes leva a uma necessidade de aumentar a literacia e apoio dos pais relativamente à gestão de sintomas dos filhos e a uma utilização adequada dos diferentes serviços de saúde consoante a gravidade dos sinais apresentados pela criança, bem como a necessidade de uma maior resposta por parte dos CSP. Tratando-se os CSP do contexto ideal para dar resposta a estes episódios não-urgentes e às necessidades de aprendizagem

e preocupações parentais, os enfermeiros de família são um importante recurso para capacitar os pais para os cuidados ao filho com sintomas de doença aumentando a sua segurança. Ao terem um papel mais ativo no que diz respeito ao aconselhamento e prestação de cuidados antecipatórios, têm o potencial de aumentar os níveis de satisfação dos pais face aos CSP e de reduzir a pressão que tem sido exercida sobre o SUP.

O PNSIJ preconiza a existência de uma articulação efetiva entre estruturas, programas e projetos, que contribuam para o bem-estar, crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens (DGS, 2013). A inexistência de uma articulação entre SUP e CSP para dar resposta a este problema específico, assim como a difícil comunicação entre o SUP e as diferentes instituições de CSP da área de abrangência do hospital, motivaram o estabelecimento do objetivo de criar uma proposta de articulação com os CSP, com vista a reduzir as vindas não-urgentes da criança ao SUP nos primeiros 3 anos de vida. A implementação deste programa tem a intencionalidade de reduzir a sobrecarga atual do SUP; conferir suporte aos pais destas crianças, tornando-os mais aptos e seguros na gestão de sintomas leves de doença no filho mediante e, em consequência, diminuir o stress parental neste âmbito; melhorar a comunicação interinstitucional e a satisfação dos pais tanto com o atendimento ao nível do SUP como dos CSP. Em última instância, pretende-se produzir ganhos em saúde ao aumentar a literacia destes pais e tornar mais adequada a sua utilização dos diferentes serviços de saúde.

Assim, tendo por base o conhecimento das características do SUP e da USF onde dois estágios foram realizados, bem como a evidência científica e a opinião de enfermeiros de referência nos diferentes serviços, foi construído o programa de articulação (Apêndice IV). Numa primeira fase, foi apresentado às equipas de Enfermagem da USF e do SUP para, em caso de recetividade, numa segunda fase ser implementado no sentido de testar a viabilidade enquanto projeto-piloto entre os dois contextos.

A proposta do programa na USF foi realizada sob forma de uma sessão de trabalho com a equipa de Enfermagem, onde foi inicialmente efetuada uma apresentação do programa (Apêndice V), a que se seguiu um momento final de discussão e partilha das diferentes perspetivas da equipa e receber sugestões de melhoria, de modo validar o programa e, simultaneamente, envolver a equipa na sua construção. Esta proposta foi recebida com bastante interesse e entusiasmo por todos os elementos, tendo inclusive sido criado um espaço de discussão face à problemática que originou a construção do programa e discutido em conjunto a operacionalização do programa na unidade.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO PERCURSO PARA ENFERMEIRA ESPECIALISTA

Os enfermeiros constituem a espinha dorsal do sistema de saúde em todos os países, sendo a sua competência um elemento crítico que rege a qualidade dos serviços (*International Council of Nurses*, 2021). Como consequência, o enfermeiro que desenvolve competências especializadas em determinada área fá-lo não só para o seu desenvolvimento individual, mas tem também o potencial de contribuir para a melhoria dos cuidados no contexto em que está inserido, afetando assim positivamente a qualidade dos serviços de saúde.

O EE distingue-se por possuir um conhecimento aprofundado numa área particular de Enfermagem, por considerar as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e por demonstrar níveis de julgamento clínico e tomada de decisão superiores, os quais se refletem num conjunto de competências especializadas dentro de um campo específico de intervenção (Parecer n.º 10/2017).

De modo a permitir o desenvolvimento destas competências, o início de cada estágio foi marcado por atividades que visassem conhecer as características e particularidades dos serviços, de apropriação das normas e adaptação ao local, concomitantemente com a identificação do contributo do EESIP na dinâmica e melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Para tal, foi essencial a realização de entrevistas exploratórias às enfermeiras-chefes e com as enfermeiras orientadoras, as quais foram acompanhadas por um trabalho de pesquisa, análise crítica, discussão assídua e de posterior reflexão acerca dos tópicos abordados.

Ao longo deste percurso, através da observação e discussão com as enfermeiras orientadoras, foram identificados nos diferentes contextos as funções/atividades específicas do EESIP, assim como em que medida a sua intervenção junto da criança e família se distinguia da do enfermeiro de cuidados gerais. Por ser dotado de um perfil de competências comuns do EE e específicas do EESIP, bem como do conhecimento acerca do quadro de referência da Enfermagem Pediátrica, em todos os contextos o EESIP contribui invariavelmente com uma prestação de cuidados especializados à criança. Foi possível denotar, em todos os campos de estágio, que a visão diferenciada que cada uma destas profissionais traz para o contexto em que se insere torna-a numa referência no seio da sua equipa, enriquecendo-a por promover a melhoria contínua dos cuidados e por disseminar o conhecimento diferenciado na sua área. O EESIP assume-se como o elemento de referência/consultoria quando os cuidados exigem um grau de competência ligado à sua área de especialidade (Regulamento n.º 140/2019).

Relativamente às competências comuns do EE, nos contextos da Neonatologia, Consulta de Desenvolvimento e Internamento de Pediatria, o facto de ter tido como enfermeiras orientadoras as responsáveis pela gestão destes serviços e por acompanhar de perto a sua atividade, possibilitou o desenvolvimento de competências na área da gestão, ao perceber quais as suas funções específicas e refletir sobre o modo como lideram as suas equipas. Nestes contextos, a enfermeira responsável, EESIP, presta cuidados especializados à criança e família e, cumulativamente, tem funções de gestão no seu serviço, identificando-se como o elemento de ligação com a chefia de enfermagem e referência para a equipa em situação de dúvidas ou gestão de problemas.

Na unidade de Neonatologia, destaca-se a particularidade de a enfermeira responsável gerir a unidade através da dinamização e delegação de algumas funções de gestão pelos vários elementos da equipa, promovendo a partilha de responsabilidades e a discussão conjunta face à melhor forma de organização e funcionamento da unidade. Em termos práticos, entre as funções delegadas identificam-se por exemplo: a verificação e reposição do stock farmacêutico da unidade; verificação das datas de validade dos materiais e o adequado funcionamento dos diferentes equipamentos, a organização e atualização da documentação do serviço, bem como garantir que todas as pastas de impressos estão completas, entre outras funções. Simultaneamente a esta delegação e posterior supervisão de tarefas delegadas, esta enfermeira procura assiduamente conhecer as opiniões da equipa e discutir formas de melhorar a unidade quanto à sua organização.

A liderança é uma competência indispensável à prática profissional de Enfermagem, e a partir da qual o enfermeiro conduz a sua equipa ao alcance de objetivos comuns (Almeida, Piexak, Ilha, Marchiori & Backes, 2014). Na liderança democrática, o líder estimula o grupo a discutir e decidir em conjunto as diretrizes a serem tomadas, permitindo-lhes decidir a divisão das tarefas, assim como realizar a divisão e organização dos grupos de trabalho, procurando sempre ser um componente inserido no grupo (Schneider, Silva, Santos, Oliveira, Soder & Vieira, 2017), isto é, procura trabalhar em conjunto com a equipa sem se limitar a delegar ou supervisionar numa posição superior.

Esta forma de liderança, que considere tratar-se do estilo adotado na unidade de Neonatologia, incentiva e promove o espírito de equipa, a melhoria contínua do funcionamento da unidade mediante a tomada de decisões em equipa e um sentido de responsabilidade entre todos os elementos, sendo estimulada e valorizada a partilha de ideias, a discussão e o sentimento de pertença, em que cada elemento sente que é importante e tem uma voz ativa na discussão de assuntos relevantes, ao invés da tradicional concentração de todas as decisões e funções de gestão num único elemento responsável.

A oportunidade de assistir ao desempenho de diferentes estilos de liderança ao longo deste percurso foi, sem dúvida, uma mais-valia para o desenvolvimento do domínio da gestão de cuidados, no que concerne a “Adaptar a liderança e a gestão dos recursos às

situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019).

O enfermeiro responsável de um serviço confere estabilidade e organização ao contexto. Por outro lado, a ausência deste elemento num serviço pode ter repercussões importantes para o seu funcionamento, na organização e na própria equipa. O período de estágio no SUP sucedeu uma alteração organizacional que deu origem a mudanças significativas neste contexto (mudança de Hospital Público Privado para Hospital Público), uma delas foi a dissolução da figura de enfermeiro responsável do serviço, que fazia a gestão de cuidados, dos recursos humanos e materiais (em delegação de funções pela enfermeira-chefe da Pediatria) e era o elo de ligação entre a equipa e a chefia de Enfermagem. Contudo, com esta alteração a gestão de todos os serviços de Pediatria ficou ao cargo da enfermeira-chefe da Pediatria.

O enfermeiro responsável do serviço tem no seu conteúdo funcional impulsionar o desenvolvimento da equipa e da qualidade dos cuidados prestados (Marques, 2019). Esta enfermeira detinha na equipa um papel vital na organização, no estabelecimento de objetivos comuns, no desenvolvimento e melhoria contínua do serviço e dos cuidados prestados, para além de interagir diariamente com a equipa e, por isso, deter um conhecimento profundo acerca das características de cada elemento na sua individualidade e da dinâmica entre pares, sem com isso deixar de ser uma referência e uma figura de autoridade no seio da equipa. Identifico esta como uma liderança de proximidade funcional, em que o líder consegue posicionar-se de modo a gerir as pessoas com quem interage com frequência, criando um nível adequado de proximidade que lhe permite captar facilmente captar a atenção, admiração e adesão da equipa, ao mesmo tempo que cria uma distância adequada que lhe permite manter a capacidade de visão clara e da tomada de decisões racionais (Ghinea & Cantaragiu, 2017). A desregulação relativa ao papel dos enfermeiros na gestão dos serviços não favorece as decisões organizativas quanto à operacionalização de políticas, protocolos e procedimentos do contexto (Parecer n.º 03/2016), pelo que esta mudança não é favorável à organização e dinâmica da equipa.

No domínio da melhoria contínua da qualidade, destaco a construção do programa de articulação entre o SUP e a USF enquanto atividade que me permitiu propor estratégias que dessem resposta à problemática identificada, contribuindo deste modo para o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua. Com a implementação do programa pretende-se que, numa fase inicial, seja feito um teste-piloto com uma USF do Agrupamentos de Centros de Saúde (ACES) da região do SUP, altura em que serão feitos os ajustamentos que se considerarem pertinentes por ambas as partes e, seguidamente, estudar o seu impacto e validar a sua efetividade. Com base nos resultados obtidos, será feita a proposta de alargar o projeto a todas as unidades de cuidados de saúde primários da área de abrangência deste hospital. Deste

modo, a proposta deste programa de articulação tem como objetivos: melhorar a comunicação entre o SUP e os CSP; promover a continuidade dos cuidados; promover suporte parental mais adequado, tendo em conta as necessidades específicas dos pais; promover a capacitação parental e tornar os pais mais seguros e confiantes nos cuidados ao filho; reduzir o número de recorrências ao SUP por situações não-urgentes, particularmente nos primeiros 3 anos de vida; e melhorar a satisfação dos pais acerca da resposta dos serviços de saúde.

O percurso realizado e as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo exigiram um indispensável trabalho de reflexão crítica, de autoavaliação, atualização teórica quando identificadas lacunas individuais no conhecimento e o confronto da evidência com a prática, permitindo deste modo o desenvolvimento do domínio de competência das aprendizagens profissionais.

No que concerne ao desenvolvimento das competências do EESIP na vigilância de saúde infantil e juvenil, a realização da CSIJ foi identificada no autodiagnóstico inicial como uma área deficitária. Esta experiência foi muito rica e destaco a avaliação do desenvolvimento da criança com recurso à Escala de Mary Sheridan Adaptada e identificação dos sinais de alarme, assim como a orientação para os cuidados promotores do desenvolvimento e maximização do potencial de desenvolvimento da criança através da prestação de cuidados antecipatórios aos pais. Experiência que permitiu desenvolver uma série de competências inerentes ao EESIP “E3.1- Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento n.º 422/2018). A condução destas consultas permitiu desenvolver a competência de assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde.

O estabelecimento de uma parceria de cuidados com as famílias permitiu responder às suas necessidades, com vista a tornar as famílias mais independentes e seguras no processo de cuidar da criança. Para além de seguir as orientações padronizadas para as CSIJ nas diferentes idades-chave (ex: avaliação do crescimento e desenvolvimento, prestação de cuidados antecipatórios relativos à idade-chave, vacinação, etc.), o enfermeiro de família procura criar um espaço de escuta ativa, para que os pais verbalizem as suas dúvidas, medos e necessidades.

As atividades realizadas nos contextos do SUP, USF e Internamento de Pediatria, em que destaco a disponibilização de folhetos informativos dirigidos aos pais (nos três contextos), a Autoavaliação do Cuidador (no Internamento de Pediatria) e todos os momentos de contacto com os pais com o intuito de criar de oportunidades ao suporte parental face à gestão de sintomas na criação e educação acerca dos sinais de alarme permitiram desenvolver a competência “1 – Assiste a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde” (Regulamento n.º 422/2018), pela utilização de estratégias com potencial para motivar os pais a assumir o seu papel de cuidadores com maior confiança e

capacidade, por facilitar a aquisição de conhecimentos e o desenvolvimento de competências na gestão dos processos de saúde/doença.

É também do âmbito das competências específicas do EESIP deter conhecimento e habilidades que respondam à complexidade de diferentes áreas, entre as quais a antecipação e intervenção em situações de emergência (Regulamento n.º 422/2018). A experiência da observação participante em situações de reanimação neonatal permitiu o desenvolvimento da unidade de competência relativa ao reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte no recém-nascido, prestando cuidados de enfermagem apropriados (Regulamento n.º 422/2018), bem como gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa de saúde (Regulamento n.º 140/2019). Apesar de previamente ao período de estágio não ter tido um contacto anterior com o contexto de Neonatologia, denoto que a experiência profissional de 5 anos no SUP e a realização prévia dos cursos da triagem de Manchester e do Suporte Básico e Avançado de Vida Pediátrico, permitiram uma maior facilidade na identificação de sinais de instabilidade no recém-nascido e respetiva resposta antecipatória, bem como a articulação com a equipa multidisciplinar nestas o que por sua vez possibilitou um maior desenvolvimento desta competência neste contexto específico.

Durante este percurso de estágios foi também possível desenvolver competências relativas à adaptação da criança e família à doença crónica. A prestação de cuidados à criança com drepanocitose e respetiva família, proporcionada pelo estágio no Internamento de Pediatria, motivou-me à atualização teórica acerca das características desta patologia e a sua expressão na vida da criança. Por sua vez, este conhecimento permitiu-me promover a adaptação destas crianças e famílias à doença ao longo do seu período de internamento, nomeadamente em transmitir estratégias preventivas das crises vaso-oclusivas e como agir quando estas ocorrem. Para além disto, a prestação de cuidados a estas crianças levou-me a consolidar competência da avaliação e gestão diferenciada da dor.

No que concerne à competência específica de comunicar com a criança/jovem de forma apropriada ao seu estágio de desenvolvimento (Regulamento n.º 422/2018), destaco neste âmbito a adaptação da comunicação à especificidade da fase da adolescência, que se identificou durante este percurso como uma competência a desenvolver, por se identificar como desafio maior a nível individual entre os diferentes estágios de desenvolvimento da criança e do jovem. No contacto com o adolescente, a capacidade que o enfermeiro tem de comunicar com o jovem é decisivo para o seu sucesso ou insucesso na criação de uma relação de ajuda e que, por sua vez, pode influenciar a adesão do jovem a determinado plano terapêutico. A crescer, a maior capacidade de adaptação à comunicação com o adolescente torna possível promover de modo eficaz a autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (Regulamento n.º 422/2018).

A prestação de cuidados ao adolescente que recorre ao SUP por tentativa de suicídio ou autolesão levou-me a um trabalho de análise do meu próprio desempenho no contacto com o adolescente e a família, bem como de introspeção relativamente à forma como sinto relativamente a estas situações. Não obstante a demonstração de total respeito e de garantir um ambiente e seguro ao adolescente que o motive à expressão de sentimentos, a compreensão e a empatia para com a sua situação ainda são pontos que denoto necessidade de trabalhar. Considero que o aprofundamento teórico neste âmbito será benéfico para desmitificar estigmas e perceber de que modo a minha comunicação verbal e não-verbal se poderá adequar, no sentido de facilitar a expressão de emoções e, posteriormente, conseguir estabelecer uma relação de ajuda. Apesar deste ainda ser uma área de competência com muito a trabalhar, o trabalho realizado permitiu o desenvolvimento de competências comuns, considero que este vai de encontro ao cumprimento de algumas competências comuns que são exigidas ao EE: A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais; B3 – Garante um ambiente terapêutico e seguro; D2 – Baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica (Regulamento n.º 140/2019).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPETIVAS DE DESENVOLVIMENTO FUTURO

A construção de um perfil de competências comuns e específicas exigidas ao EESIP acarreta consigo a responsabilidade de um desempenho profissional mais complexo. Esta complexidade passa por dar uma resposta especializada ao cliente pediátrico e família, bem como passar a ser um elemento de referência no seio da equipa multidisciplinar no que concerne à área da Enfermagem Especializada em Saúde Infantil e Pediátrica. Esta responsabilidade acrescida traz consigo a exigência de dar continuidade e aprimorar o desenvolvimento deste perfil de competências na prática profissional. Como tal, cabe-me considerar este percurso formativo como o ponto de partida deste caminho.

Mas mais do que um perfil de competências comuns e específicas que procurei desenvolver, este percurso conferiu-me um olhar mais atento sobre as problemáticas atuais do âmbito pediátrico, sobre o meu desempenho profissional e de que modo a minha comunicação e transmissão de conhecimento pode ter influência nos processos de saúde/doença das crianças/jovens e família, e em particular dos pais.

Por ter sido este um dos meus focos ao longo deste percurso, pretendo destacar os principais parceiros do enfermeiro no cuidado à criança: os pais. Tal como afirma Brazelton (1992), os pais não cometem erros porque não se importam, mas porque se importam profundamente. Cabe, portanto, aos enfermeiros apoiar os pais a diminuir estes erros através da sua capacitação e, assim, diminuir-lhes o seu receio em errar pois estarão munidos de um maior conhecimento e capacidade de gerir os problemas comuns dos filhos. Este será sem dúvida uma das perspetivas de desenvolvimento futuras, continuar a criar oportunidades de suporte e capacitação parentais.

Relativamente às implicações para a prática, deste percurso resultou um programa de articulação entre o SUP e a USF, que atualmente está a ser implementado sob forma de projeto-piloto entre os dois contextos, com alguns encaminhamentos efetuados entre as duas instituições. Após a sua avaliação, caso se verifiquem indicadores de sucesso desta articulação, a perspetiva futura será de o programa vir a ser implementado em todas as unidades do ACES da área de abrangência do hospital.

Por último, considero pertinente destacar a observação que fiz em todos os contextos de estágio, pelas competências exigidas e por ser um elemento de referência, o EESIP tem o potencial de ter uma voz ativa e uma intervenção de maior relevo, com maior aptidão de mobilizar equipas a trabalhar com o mesmo objetivo em mente: o de prestar os melhores cuidados possíveis à criança, ao jovem e à família. Após a conclusão com sucesso deste percurso formativo, comprometo-me a dar continuidade ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do EESIP, e ancorada nos referenciais teóricos mobilizados ao longo deste caminho, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados

prestados. Comprometo-me ainda a servir de veículo de partilha de conhecimentos entre os pares e de estimular a mudança de práticas quando identificada a potencialidade de melhoria das mesmas, com os objetivos máximos de promover a excelência do cuidado e melhorar a satisfação da população atendida.

Para dar resposta a uma das competências comuns do EE relacionada com a responsabilidade por integrar projetos de investigação que visem a melhoria dos cuidados prestados, pretendo dar continuidade ao projeto de investigação iniciado através da realização de um protocolo de uma revisão *scoping* e divulgar os seus resultados através de comunicações e publicação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aftyka, A., Rozalska-Walaszek, I., Wróbel, A., Bednarek, A., Dabek, K. & Zarzycka, D. (2017). Support provided by nurses to parents of hospitalized children - cultural adaptation and validation of Nurse Parent Support Tool and initial research results. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 31, 1012–1021. DOI: 10.1111/scs.12426
- Albanese, A. Russo, G. & Geller, P. (2019). The role of parental self-efficacy in parent and child well-being: A systematic review of associated outcomes. *Child: Care, Health and Development*, 45(3), 333-363. DOI: 10.1111/cch.12661
- Aldgate, J. (2010). Child well-being, child development and family life. In C. McAuley & W. Rose (Eds.), *Child well-being: Understanding children's lives*. London/Philadelphia, PA: Jessica Kingston Publishers.
- Almeida, Piexak, Ilha, Marchiori & Backes, 2014. Liderança do enfermeiro responsável técnico: um fazer necessário para o exercício profissional. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*. 6(3), 998-1006. DOI: 10.9789/2175-5361.2014v6n3p998
- American Academy of Pediatrics (2001). Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. *Annals of Emergency Medicine*, 37(4), 423–427. DOI: <https://doi.org/10.1067/mem.2001.114067>
- Barroso, M., Santos, R., Santos, A., Nunes, M. & Lucas, E. (2020). Percepção das crianças acerca da punção venosa por meio do brinquedo terapêutico. *Acta Paulista de Enfermagem*. 33, 1-8. DOI: 10.37689/acta-ape/2020AO0296
- Ben-Arieh, A. (2010). Developing indicators for child well-being in a changing context. In C. McAuley & W. Rose (Eds.), *Child well-being: Understanding children's lives*. London/Philadelphia, PA: Jessica Kingston Publishers.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Bergh A-M., Baloyi, S. & Pattinson, R. (2015). What is the impact of multi-professional emergency obstetric and neonatal care training?. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*. 29(8), 1-16. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2015.03.017>
- Bernardo, G., Riccitelli, M., Sordino, D., Giordano, M., Piccolo, S., Buonocore, G. & Perrone, S. (2019). Ethics of conducting the study "Oral 24% sucrose associated with nonnutritive sucking for pain control in healthy term newborns receiving venipuncture beyond the first week of life". *Journal of Pain Research*. 28(12), 1915-1916. DOI: 10.2147/JPR.S217275.
- Berry, A., Brousseau, D., Brotanek, J. M., Tomany-Korman, S., & Flores, G. (2008). Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent Conditions? A Qualitative Study. *Ambulatory Pediatrics*, 8(6), 360–367. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2008.07.001>
- Bibby, W. & Deacon, C. (2020). *Parents Helping Parents*. London: NESTA.

- Black, M., Walker, S., Fernald, L., Andersen, C., DiGirolamo, A., Lu, C., (...) Grantham-McGregor, S. (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *The Lancet*, 389(10064), 77–90. DOI:10.1016/s0140-6736(16)31389-7
- Boullier, M., & Blair, M. (2018). Adverse childhood experiences. *Paediatrics and Child Health*, 28(3), 132–137. DOI: 10.1016/j.paed.2017.12.008
- Brazelton, T. (2021). *O Grande Livro da Criança: O Desenvolvimento Emocional e Comportamental dos 0 aos 3 anos*. 15ª ed. Lisboa: Editorial Presença.
- Brazelton, T. & Sparrow, J. (2003). *The Touchpoints Model of Development*. Brazelton Touchpoints Center.
- Britto, P., Lye, S., Proulx, K., Yousafzai, A., Matthews, S., Vaivada, T., (...) & Bhutta, Z. A. (2017). Nurturing care: promoting early childhood development. *The Lancet*, 389(10064), 91-102. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31390-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31390-3)
- Burokienė, S., Raistenskis, J., Burokaitė, E., Čerkauskienė, R., & Usonis, V. (2017). Factors determining parents' decisions to bring their children to the pediatric emergency department for a minor illness. *Medical Science Monitor*, 23, 4141-4148. DOI: <https://doi.org/10.12659/MSM.902639>.
- Butun, A., Linden, M., Lynn, F. & McGaughey, J. (2019). Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: A mixed methods systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 36: 39-46. DOI:10.1136/emered-2017-207118.
- Callery, P., Kyle, R., Banks, M., Ewing, C. & Kirk, S. (2013). Enhancing parents' confidence to care in acute childhood illness: triangulation of findings from a mixed methods study of Community Children's Nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 69(11), 2538–2548. DOI: 10.1111/jan.12141
- Campelo L., Oliveira N., Magalhães J., Julião A, Amorim F., Coelho M. (2018) A dor da criança com doença falciforme: abordagem do enfermeiro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71, 1381-7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0648>.
- Case, A. & Paxson, C. (2002). Parental behavior and child health. *Health Affairs*, 21(2), 164-178. DOI:10.1377/hlthaff.21.2.164
- Conceição, C., Ribeiro, C., Borba, R., Ohara, C. & Andrade, P. (2011). Brinquedo terapêutico no preparo da criança para punção venosa ambulatorial: percepção dos pais e acompanhantes. *Escola Anna Nery*, 15(2), 346–363. DOI: <https://doi.org/10.1590/s1414-81452011000200018>
- Conselho de Enfermagem Regional (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Acedido a 20-07-2021. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

- Correio, S. (2020). A importância da vigilância do neurodesenvolvimento na consulta de saúde infantil e juvenil em Portugal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 36(2), 215-220. DOI: 10.32385/rpmgf.v32i2.12501
- Coyl, D. D., Newland, L. A., & Freeman, H. (2010). Predicting preschoolers' attachment security from parenting behaviours, parents' attachment relationships and their use of social support. *Early Child Development and Care*, 180(4), 499–512. DOI: <https://doi.org/10.1080/03004430802090463>
- Crampton, J. & Wigley, W. (2017). Exploring parental self-efficacy in the management of acute minor childhood illness. *Primary Health Care*. 27, 9, 27-34. DOI: 10.7748/phc.2017.e1310.
- Cronin, S., Becher, E. & Powell, S. (2015). Parents and stress: Understanding experiences, context, and responses. *Extension Children*, 1(1), 1–19. Acedido a 23-05-2021 Disponível em <https://conservancy.umn.edu/bitstream/handle/11299/172384/parental-stress-2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- Crnic, K. & Ross, E. (2017). Parenting Stress and Parental Efficacy. In K. Deater-Deckard, K., & R. Panneton, *Parental Stress and Early Child Development: Adaptive and Maladaptive Outcomes* (pp. 263-284). DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-319-55376-4>.
- Deater-Deckard, K. (2004). *Parenting stress*. New Haven: Yale University Press.
- Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direção de Serviços de Planeamento*, 24. Acedido a 23-05-2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referencia-cao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde (2010). Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da DGS nº 14/2010. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Fong, C. (1999). The influence of insurance status on nonurgent pediatric visits to the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 6(7), 744–748. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1999.tb00446.x>
- Freese, B. (2004). Betty Neuman – Modelo de Sistemas. In A. Tomey & M. Alligood (Eds.), *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra* (5ª ed., pp. 335-375). Loures: Lusociência.
- Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S. & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136–140. DOI: <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v25.i3.10075>
- Ghinea, V. & Cantaragiu, R. (2017). *Preliminary study on leadership proximity*. [Documento de conferência] 11ª Conferência Internacional em Excelência Empresarial, Bucareste, julho de 2017. DOI:10.1515/picbe-2017-0101
- Gholamrezaei, A. Rezapour-Nasrabad, R., Ghalenoei, M. & Nasiri, M. (2019). Correlation between suicide literacy and stigmatizing attitude of nurses toward patients with suicide attempts. *Revista Latinoamericana de Hipertension*. 14 (3), 351-355. Acedido a 12-12-

https://www.revhipertension.com/r/h_3_2019/18correlationbetweensuicideliteracy.pdf

- Giallo, R., Cooklin, A., Zerman, N., & Vittorino, R. (2013). Psychological distress of fathers attending an Australian early parenting service for early parenting difficulties. *Clinical Psychologist*, 17(2), 46–55. DOI: 10.1111/j.1742-9552.2012.00044.x
- Gkentzi, D., Katsoula, V., Fouzas, S., Mentis, M., Karatza, A. & Dimitriou, G. (2019). Economic Recession and Attendances in the Pediatric Emergency Department. *BioMed Research International*. DOI: <https://doi.org/10.1155/2019/4186486>
- Godinho, N. (2020). *Guia Orientador para Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações - Norma APA*.
- Gomes, A., Silva, A., Santos, C. & Palermo, T. (2019). Brinquedo terapêutico no alívio da dor em crianças hospitalizadas. *Perspectivas Online: Ciências Biológicas e da Saúde*. 9(29), 33-42. DOI: 10.25242/886892920191717
- Green, M. (2020). Nurses' Adherence of Mandated Reporting of Suspected Cases of Child Abuse. *Journal of Pediatric Nursing*. 54, 109-113. DOI: 10.1016/j.pedn.2020.06.007.
- HealthLinkBC (2020). *Your Child's Development From Birth to 3 Years*. Acedido a 22-07-2021. Disponível em <https://www.healthlinkbc.ca/healthlinkbc-files/child-development-birth-3-years>.
- Hockenberry, M. (2014). Communication and Physical Assessment of the Child. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coord.). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (pp. 86-143). St. Louis: Elsevier.
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspectives of Pediatric Nursing. In M. Hockenberry & D. Wilson (Coord.). *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (pp. 1-15). St. Louis: Elsevier.
- Helseth, S. & Haraldstad, K. (2014). Child Well-Being. In Alex M. (Ed.), *Encyclopedia of Quality of Life and Well-Being Research* (pp. 745-749). Dordrecht: Springer Reference.
- Holden, B., Egan, M., Snijders, V. & Service, S. (2017). Why do parents bring children with minor illness to emergency and urgent care departments? Literature review and report of fieldwork in North West London. United Kingdom: The Behavioural Insights Team.
- International Council of Nurses (2021). Nurses: a Voice to lead a Vision for Future Healthcare International: Nurses Day 2021 Resources and Evidence. Acedido a 12-05-2022. Disponível em https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN%20Toolkit_2021_ENG_Final.pdf
- Keeble, E., & Kossarova, L. (2017). *Focus on: Emergency hospital care for children and young people*. Acedido a 22-07-2021. Disponível em: www.qualitywatch.org.uk/cyp.
- Kolb B, Harker A, Gibb R. (2017). Principles of plasticity in the developing brain. *Developmental Medicine & Child Neurology*. 59(12), 1218-1223. DOI: 10.1111/dmcn.13546.

- Lazarus, R. (1993). From Psychological Stress to the Emotions: A History of Changing Looks. *Annual Reviews of Psychology*, 44: 1-21. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.ps.44.020193.000245>
- Lawler, M., Shaver, P. & Goodman, G. (2011). Toward relationship-based child welfare services. *Children and Youth Services Review*, 33, 473–480. DOI: 10.1016/j.chidyouth.2010.06.018
- Lopes, N., Tavares, S. & Marques, G. (2015). Tentativa de Suicídio no Adolescente: Relação Enfermeiro-Adolescente no serviço de urgência. Acedido a 01-05-2022. Disponível em https://www.researchgate.net/publication/317036794_tentativa_de_suicidio_no_adolescente_relacao_enfermeiroadolescente_no_servico_de_urgencia
- Marques, R. (2019). Chefes de equipa de enfermagem: papel como líderes clínicos (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I. & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar - Um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5): 311-317. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.12769>
- Martins, T. & Silvino, Z. (2010). Um marco conceitual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 15(2): 340-344. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v15i2.17873>
- McLean, S. (2020). *Understanding child development: Ages 0–3 years*. National Workforce Centre for Child Mental Health: Emerging Minds. Acedido a 21-07-2021. Disponível em <https://emergingminds.com.au/resources/understanding-child-development-ages-0-3-years/>.
- McNair, C., Campbell-Yeo, M., Johnston, C. & Taddio, A. (2019). Non-pharmacological management of pain during common needle puncture procedures in infants: current research evidence and practical considerations: An Update. *Clinics in Perinatology*, 46(4), 709-730. DOI: doi:10.1016/j.clp.2019.08.006.
- Mikkelsen G. & Frederiksen K. (2011) Family-centred care of children in hospital – a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1152–1162. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x
- Moran, P., Ghate, D. & Merwe, A. (2004). What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence. *Education*, 3–203. Acedido a 15-07-2021. Disponível em <https://dera.ioe.ac.uk/5024/1/RR574.pdf>.
- National Infant & Toddler Child Care Initiative (2010). *Infant/Toddler Development, Screening, and Assessment*. Chapel Hill: The University of North Carolina, National Training Institute at the Department of Maternal and Child Health.
- Neves, F., Nunes, E., Lourenço, M., Caldeira, S. & Charepe, Z. (2020). Intervenções promotoras do desenvolvimento infantil dos 0 aos 8 anos: scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12, 71-72. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10268>
- Neuman, B. (1996). The Neuman Systems Model in Reaserch and Practice. *Nursing Science Quarterly*. 9(2), 67-70. DOI: 10.1177/089431849600900207

- Newland, L. (2015). Family well-being, parenting, and child well-being: Pathways to healthy adjustment. *Clinical Psychologist*, 19(1), 3–14. DOI: <https://doi.org/10.1111/cp.12059>
- Newman, L., Sivaratnam, C. & Komiti, A. (2015). Attachment and early brain development – neuroprotective interventions in infant–caregiver therapy. *Translational Developmental Psychiatry*, 3, 1-12. DOI: 10.3402/tdp.v3.28647
- O'Connor, S., Brenner, M. & Coyne, I. (2019). Family-centred care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*. 28, 3353-3367. DOI: 10.1111/jocn.14913
- Ogilvie, S., Hoggood, K., Higginson, I., Ives, A. & Smith, J. (2016). Why do parents use the emergency department for minor injury and illness? A cross-sectional questionnaire. *JRSM Open*, 7(3), 205427041562369. DOI: <https://doi.org/10.1177/2054270415623695>
- Oliveira, A., Pedro, A., Fernandes, A, Melancia, C., Abadesso, C., Lanzas, (...) & Amorim, R. (2018). *Desenhos da Minha Dor*. Lisboa: Associação Portuguesa para o Estudo da Dor.
- Oliveira, G., Vicente, I., Guardiano, M., Aguiar, L., Loureiro, S., Gouveia, R. & Silva, F. (2021). Pediatria do Neurodesenvolvimento em Portugal: Movimento Hospitalar Assistencial, Recursos e Necessidades – Evolução em Dez Anos. *Acta Médica Portuguesa*. 34(3), 185–193. DOI: 10.20344/amp.13316.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guia Orientador de Boa Prática - *Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização*. Série I, Número 8. Acedido a 23-11-2021. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Série I, N.º 6. Acedido a 22-09-2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnao_farmacologicascontroloadorcrianca.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Série 1, N.º 8. Acedido a 20-08-2022. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Parecer n.º 03/2016 de 17 de junho (2016). Competências de Chefe de Equipa num Serviço de Bloco de Partos. *Ordem dos Enfermeiros*. Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.
- Parecer n.º 10/2017 de 8 de setembro (2017). Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço De Urgência. *Ordem dos Enfermeiros*. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

- Patnaik, G. (2014). Life skill enhancement strategies to minimize stress. *Social Science International*, 30(2), 281–289. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=98976151&lang=pt-pt&site=eds-live>. Acesso em: 25 maio. 2021.
- Pessoa, A., Santos, A., Cruz, D., Marques, D. & Lubenow, J. (2018). Brinquedo Terapêutico: Preparo de Crianças em Idade Pré-Escolar para Punção Venosa. *Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança*. 16(1), 64-72. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002009000700013>
- Poku, B. & Hemingway, P. (2019). Reducing repeat paediatric emergency department attendance for non-urgent care: a systematic review of the effectiveness of interventions. *Emergency Medical Journal*, 36(7), 435-442. DOI: 10.1136/emmermed-2018-207536
- Querido, Lourenço, Charepe, Z. Nunes, E. & Caldeira, (2020). Intervenções de enfermagem na promoção da vinculação do recém-nascido com necessidade de internamento – scoping review. *Cadernos de Saúde*, 12, 63-64. DOI: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.10263>
- Rafael, M., Portela, S., Sousa, P. & Fernandes, A. (2017). Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Scientia Medica*. 27(1), 1-8. DOI: 10.15448/1980-6108.2017.1.24919.
- Regulamento n.º 351/2015 de 22 de junho (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. *Diário da República*, 2ª série, n.º 119 (22-06-2015), 16660-16665.
- Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Diário da República*, 2.ª série, n.º 133 (12-07-2018), 19192-19194.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. *Diário da República*, 2.ª série, nº 26 (06-02-2019), 4744-4750.
- Reichert APS, Collet N, Eickmann SH, Lima MC. Child development surveillance: intervention study with nurses of the Family Health Strategy. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. 23(5), 954-962. DOI: [10.1590/0104-1169.0272.2636](https://doi.org/10.1590/0104-1169.0272.2636)
- Riley, M., Patterson, V., Lane, J., Won, K. & Ranalli, L. (2018). The Adolescent Champion Model: Primary Care Becomes Adolescent-Centered via Targeted Quality Improvement. *Journal of Pediatrics*. 193, 229-236. DOI: 10.1016/j.jpeds.2017.09.084
- Roggman, L., Boyce, L. & Innocenti, M. (2008). *Developmental parenting: A guide for early childhood practitioners*. Baltimore: Paul H. Brookes Publishing.
- Rowe, B., Cook, C., Wootton, R. & Brown, T. (2015). *A&E: Studying Parental Decision Making around non-urgent attendance among unders 5s*. Esro. Acedido a 23-05-2021. Disponível em https://www.revealingreality.co.uk/wp-content/uploads/2017/03/Revealing_Reality_DH_non-urgent_attendance.pdf.

- Russell, D., & Gleason, M. M. (2018). Starting early: Promoting emotional and behavioral well-being in infant and toddler well-child care. *Pediatric Annals*, 47(8), 317–322. DOI: <https://doi.org/10.3928/19382359-20180703-01>
- Salmani, N., Marvast, M., Kahdoui, S. & Weiss, M. (2020). Adaptation of the Parent Readiness for Hospital Discharge Scale with Mothers of Preterm Infants Discharged from the Neonatal Intensive Care Unit. College of Nursing Faculty Research and Publications. Acedido a 04-02-2022. Disponível em https://epublications.marquette.edu/nursing_fac/811
- Santos, E. (2009). A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico. Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem (Dissertação de Doutorado). Universidade de Aveiro.
- Santos, S., Santos, A. & Lacerda, F. (2018). Dor Crónica em Pediatria: Orientações para os Profissionais de Saúde. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 49, 167-77. DOI: 10.21069/APP.2018.13014.
- Schneider, F., Silva, L., Santos, L., Oliveira, I., Soder, R. & Vieira, Y. (2017). Estilos de Liderança em Enfermagem na Instituição Hospitalar e na Atenção Básica. XXV Seminário de Iniciação Científica. Acedido a 03-03-2022. Disponível em <https://publicacoeseventos.unijui.edu.br/index.php/salaconhecimento/article/view/8015/6746>
- Seguin, J., Osmanliu, E., Zhang, X., Clavel, V., Eisman, H. (...) & Oskoui, M. (2018). Frequent users of the pediatric emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 401–408. DOI: <https://doi.org/10.1017/cem.2017.15>
- Serbin, L., Hubert, M., Hastings, P., Stack, D. & Schwartzman, A. (2014). The influence of parenting on early childhood health and health care utilization. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(10), 1161–1174. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu050>.
- Shonkoff, J. & Garner, A., Siegel, B., Dobbins, M., Earls, M., McGuinn, L. (...) & Wood, D. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1), 232-246. DOI: [10.1542/peds.2011-2663](https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663).
- Sil, S., Woodward, K., Johnson, Y., Dampier, C., Cohen, L. (2021). Parental Psychosocial Distress in Pediatric Sickle Cell Disease and Chronic Pain. *Journal of Pediatric Psychology*. 46(5), 557-569. DOI: 10.1093/jpepsy/jsaa130
- Silva, L. L. T., Vecchia, B. P., Ramos, T. M., & Costa, T. A. F. (2020). Profissionais de enfermagem de um serviço de urgência e emergência frente ao suicídio na adolescência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 12(10), 1-7. DOI: 10.25248/reas.e4042.2020
- Skelton A. (2018), Children and well-being. In G. Anca, C. Gideon & W. Jurgen (Eds.), *The Routledge Handbook of the Philosophy of Childhood and Children* (pp. 90-100). London: Routledge Handbooks.

- Smith, W. (2018). Concept Analysis of Family-Centered Care of Hospitalized Pediatric Patients. *Journal of Pediatric Nursing*, 42, 57–64. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.06.014>
- Soni, R. & Tscherning, C. (2021). Family-centred and developmental care on the neonatal unit. *Paediatrics and Child Health*, 31(1), 18-23. DOI: 10.1016/j.paed.2020.10.003.
- Soleimani, F., Azari, N., Ghiasvand, H. Rahmani, N. & Fatollahierad, S. (2020). Do NICU developmental care improve cognitive and motor outcomes for preterm infants? A systematic review and meta-analysis. *BMC Pediatrics*. 20(67), 1-16. DOI: 10.1186/s12887-020-1953-1
- Stadtler, A., Novak, J. & Sparrow, J. (2010). Improving Healthcare Service Delivery Systems and Outcomes with Relationship-based Nursing Practices. In B. Lester & J. Sparrow (Ed.), *Nurturing Children and Families: Building on the Legacy of T. Berry Brazelton* (pp. 321-331). West Sussex: Blackwell Publishing.
- Sunsal, H. & Lykkeslet, E. (2019). Hospitalized Children - Parents' and Nurses' Collaboration in Procedural Situations. *Pediatric Nursing* 45(4), 174-179. DOI: 10.1186/s12912-020-00445-7
- The Alliance for Child Protection in Humanitarian Action (2019). *Desk Review on Child Wellbeing in Humanitarian Action: Concepts, Definitions, and Domains*. Acedido a 09-08-2021. Disponível em https://alliancecpha.org/en/system/tdf/library/attachments/desk_review_of_the_definition_of_child_wellbeing_low_res.pdf?file=1&type=node&id=33506
- Torres, A. & Monte, A. (2011) Articulação de Cuidados de Saúde Primários e Hospitalares e o seu Impacto a nível Regional. Acedido a 17-11-2021. Disponível em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2BAPMonte_Procedin_gs_17%C2%BAcongresso_APDR-2011_p1607.pdf
- Ume-Nwagbo, P., DeWan, S. & Lowry, L. (2006). Using the Neuman systems model for best practices. *Nursing Science Quarterly*, 19(1), 31–35. DOI: <https://doi.org/10.1177/0894318405284125>
- UNICEF. (2007). *Child poverty in perspective: An overview of Child well-being in rich countries*. Innocenti report card 7. Florence: UNICEF.
- Vinagre, G. & Barros, L. (2019). Preferências dos Adolescentes sobre Cuidados de Saúde. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. 24 (5), 1627-1636. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018245.04362019>
- Yoo, E., Cho, H., Kim, Y. & Hyeon, P. (2020). Níveis de Parceria entre Enfermeiros e Pais de Crianças Hospitalizadas e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Pediátrica na Percepção dos Enfermeiros. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 64-71. DOI: <https://doi.org/10.4094/chnr.2020.26.1.64>
- Walls, E. (2019). How can all nurses support parenting? *British Journal of Nursing*, 28(19), 1145–1147. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.19.1145>

- Weiss, M., Sawin, K., Gralton, K., Johnson, N. & Klingbeil, C. (2017) Discharge Teaching, Readiness for Discharge, and Post-discharge Outcomes in Parents of Hospitalized Children. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 58-64. DOI: 10.1016/j.pedn.2016.12.021
- WHO (2020). Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Acedido a 19-05-2021. Disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/Improving_Early_Childhood_Development_WHO_Guideline_Summary_.pdf.
- WHO & UNICEF (2018). *Nurturing care for early childhood development - A global framework for action and results*. Acedido a 16-08-2021. Disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/nurturing-care-framework-first-draft.pdf.
- Weber-Gasparoni, K. (2019). Examination, Diagnosis, and Treatment Planning of the Infant and Toddler. In A. Nowak, J. Christensen, J. Townsend & M. Wells (Eds.) *Pediatric Dentistry: Infancy Through Adolescence* (6th ed.).
- Williams M. & Lascelles B. (2020) Early Neonatal Pain-A Review of Clinical and Experimental Implications on Painful Conditions Later in Life. *Frontiers in Pediatrics*. 8(30): 1-18. DOI: 10.3389/fped.2020.00030
- Zargham-Boroujeni A., Elsagh A. & Mohammadzadeh M. (2017) The Effects of Massage and Breastfeeding on Response to Venipuncture Pain among Hospitalized Neonates. *Iran Journal of Nursing & Midwifery Research*. 22(4), 308-312. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_119_13

APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma do percurso de estágios

Apêndice II – Guia Orientador de estágio



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Documento Orientador de Estágio

Ana Rita Moreira Guerreiro (nº 5810)



Lisboa

ESEL, novembro de 2021



**12º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria**

Unidade Curricular Estágio com Relatório

Documento Orientador de Estágio

Ana Rita Moreira Guerreiro (nº 5810)



Professora Orientadora:
Maria Isabel Dias da Costa Malheiro



Lisboa
ESEL, novembro de 2021

INTRODUÇÃO

O presente documento surge no âmbito da realização dos estágios integrados na Unidade Curricular de Estágio com Relatório, onde irei darei início ao meu percurso de estágio no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital [REDACTED], que terá a duração de 4 semanas (12 de outubro a 7 de novembro de 2021).

Previamente foi desenvolvido o Projeto de Estágio intitulado “O bem-estar da criança nos primeiros 3 anos de vida: O suporte parental em situações não-urgentes”, com vista ao desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Foram definidos como objetivos gerais os seguintes:

1. Desenvolver competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no cuidado à criança, ao jovem e família em todas as idades, nos processos de saúde-doença e nos diferentes contextos de saúde.
2. Desenvolver competências especializadas no âmbito do suporte parental na promoção do bem-estar do filho nos primeiros 3 anos de vida.
3. Desenvolver a proposta de um programa de articulação com os cuidados de saúde primários, com vista a reduzir as vindas não-urgentes da criança nos primeiros 3 anos de vida ao Serviço de Urgência Pediátrica.

PROBLEMÁTICA

Os primeiros anos de vida têm uma importante influência no desenvolvimento infantil, sendo que o que acontece durante este período pode ter consequências a longo prazo para a saúde e bem-estar da criança (Shonkoff *et al.*, 2012).

De acordo com a *United Nations International Children's Emergency Fund* (UNICEF), o **bem-estar infantil** abrange a vida da criança como um todo e reconhece que todas as experiências da infância contribuirão para o seu bem-estar geral (Helseth & Haraldstad, 2014). Num sentido lato, o bem-estar tem como determinantes de uma boa vida para as crianças todos os fatores promotores do crescimento e desenvolvimento, bem como os fatores que aumentam os sentimentos de felicidade e a satisfação com a vida (Helseth *et al.*, 2014).

Uma das recomendações da *World Health Organization* (WHO) para a promoção do desenvolvimento na primeira infância consiste em que todas as crianças recebam cuidados responsivos durante os primeiros 3 anos de vida, devendo os pais ser apoiados na prestação destes cuidados (WHO, 2020). O **cuidado responsivo** caracteriza-se pela capacidade do cuidador em perceber, compreender e responder aos sinais da criança oportuna e adequadamente, sendo este cuidado essencial para garantir a saúde, nutrição e segurança na infância (WHO, 2020).

Os pais desempenham um papel crítico no cuidado pediátrico e na saúde dos filhos, pelo que a saúde da criança pode ser influenciada por vários processos, entre os quais a percepção dos pais da necessidade da criança de serviços de saúde (Serbin, Hubert, Hastings, Stack & Schwartzman, 2014).

A Direção-Geral de Saúde (DGS) define **urgências** como todas as situações clínicas de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, enquanto as emergências se caracterizam como situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe o compromisso de uma ou mais funções vitais, estabelecido ou eminente (DGS, 2001). Já as **situações não-urgentes** são geralmente consideradas como toda a visita que pode seguramente aguardar por avaliação ou cuidado (Poku & Hemingway, 2019).

As crianças são os utilizadores mais frequentes dos serviços de urgência (Seguin *et al.*, 2018) e, apesar do recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) dever ocorrer apenas e idealmente nos casos agudos e de carácter urgente/emergente, os pais das crianças procuram frequentemente cuidados médicos para os filhos nos serviços de urgência por doenças menores ou condições de saúde não-urgentes (Burokienė, Raistenskis, Burokaitė, Čerkaukienė & Usonis, 2017). Este recurso hospitalar frequente conduz a uma diminuição na qualidade da prestação de cuidados, na insatisfação dos utentes e dos profissionais (Freitas, Moreira, Tomé & Cardoso, 2016), bem como no aumento dos tempos de espera, na sobrecarga dos serviços de saúde e em custos consideráveis para as organizações, reduzindo ainda o tempo que a equipa multidisciplinar pode despender a tratar de crianças gravemente doentes (Holden, Egan, Snijders & Service, 2017). Por estes motivos, o elevado número de atendimentos não-urgente no SUP constitui-se como uma preocupação significativa em todo o mundo desde há vários anos, mas ainda sem resolução (Butun, Linden, Lynn & McGaughey, 2019).

De acordo com o estudo conduzido por Fong (1999), no ano de 1994 as condições pediátricas não-urgentes eram responsáveis por 58% a 82% das visitas ao Serviço de Urgência Pediátrica. À semelhança destes dados, o estudo de Holden *et al.* (2017) apresenta dados de uma urgência hospitalar do Reino Unido, onde entre 2013 a 2016 cerca de 55 a 65% da totalidade dos atendimentos em urgência pediátrica foram classificados como não-urgentes. Outros estudos recentes (Gkentzi, Katsoula, Fouzas, Mentis, Karatza & Dimitriou, 2019; Keeble & Kossarova 2017) reforçam o facto de se verificar uma tendência crescente no recurso não-urgente ao SUP em idade pediátrica de ano para ano.

Segundo o estudo de Berry, Brousseau, Brotanek, Tomany-Korman & Flores (2008), conduzido no hospital de Winscosin, a média de idade das crianças levadas pelos cuidadores por situações sem carácter de urgência foi de 3 anos, sendo que metade das crianças atendidas tinha menos de 2 anos e cerca de 25% tinha idades compreendidas entre os 2 e os 4 anos de idade. Segundo a American Academy of Pediatrics (2001),

crianças menores de 3 anos representam a maior proporção de consultas médicas com apresentação de situações sem critério de urgência nos serviços de urgência.

No estudo de Rafael, Portela, Sousa & Fernandes (2017) verificou-se uma ocorrência decrescente de vindas ao SUP por situações não-urgentes consoante a idade da criança, pois à medida que a idade aumenta, diminui o número de recorrências à urgência por situações não-urgentes. Para além disto, o mesmo estudo constatou que mais de metade da totalidade de episódios de urgência pediátrica correspondiam a situações pouco ou não-urgentes (Rafael et al., 2017).

Identifica-se assim uma necessidade urgente para a implementação de intervenções baseadas na evidência que reduzam as visitas não urgentes aos SUP, como parte da solução para o fenómeno complexo do atendimento nos serviços de urgência, bem como para promover uma melhor continuidade dos cuidados (Poku & Hemingway, 2019).

No que se refere aos motivos que levam os pais a recorrer aos serviços de urgência por situações não-urgentes na criança encontra-se a **preocupação parental**, decorrente da superestimação de perigo pela situação de doença na criança e da procura de reafirmação de que estão a fazer o correto nos cuidados ao seu filho (Holden et al., 2017). Já no estudo realizado por Ogilvie, Hopgood, Higginson, Ives & Smith, (2016) destaca-se a **procura de aconselhamento** como motivo de procura dos cuidados clínicos em situações não urgentes nas crianças.

Os **problemas no acesso aos cuidados de saúde primários**, a maior **conveniência** no acesso ao SUP e a **perceção de maior experiência das equipas** nos SUP com o cliente pediátrico são outras das razões parentais destacadas no estudo de Butun *et al.* (2019). Também a preferência de avaliação por um pediatra, a dificuldade de consulta com médico família e a referência pela linha Saúde 24 se destacam como outros motivos dos pais para recorrerem ao SUP por situações não-urgentes nos filhos (Freitas *et al.*, 2016).

Outro dos motivos é o **baixo nível de confiança dos pais em prestar cuidados** a um filho pela primeira vez, pela responsabilidade e in experiência deste novo papel, ou pelo aparecimento de doenças num segundo ou terceiro filho que os anteriores não tiveram (Rowe, Cook, Wootton & Brown, 2015). Alguns pais referem sentir que nem eles nem os seus pares tinham o mesmo nível de habilidades práticas que seus próprios pais, atribuindo este facto a uma crescente dependência em especialistas de saúde infantil, recurso a que os seus pais tinham menor acesso, e também pela preocupação crescente e dúvida acerca da adequação da sua intervenção, se os próprios estariam a "fazer o que é correto" ou não (Rowe et al., 2015).

A elevada afluência de situações não-urgentes ao SUP decorre muitas vezes do stress gerado pela insegurança dos pais na adequação da sua intervenção em resposta às necessidades da criança. Dificuldades que surgem, nomeadamente, em relação a situações de doença não-grave, mas percecionada como grave pelos pais, bem como de controlo da

dor, do choro, de problemas na alimentação e alergias. Inserido no modelo *Touchpoints*, estes aspetos constituem-se como fatores que provocam stress parental e, como tal, desfavoráveis ao desenvolvimento da criança na primeira infância (Brazelton, 2021).

O **stress parental** é definido como o tipo de stress que é sentido em resposta às exigências de ser pai ou mãe, o qual é habitualmente experienciado relativamente a si próprio ou à criança (Cronin, Becher, Christians, Maher & Dibb, 2015). Os pais podem experienciar este tipo de stress devido às exigências em satisfazer as necessidades imediatas da criança (alimentação, conforto, bem-estar), em equilibrar as suas próprias necessidades com as da criança e face à pressão social genérica associada ao investimento a longo prazo no crescimento e bem-estar da criança (Cronin *et al.*, 2015).

Como tal, em situações deste cariz importa ter como base teórica do cuidado de Enfermagem o Modelo de Sistemas de Betty Neuman (MSBN), a fim de promover o suporte parental mediante a implementação de estratégias de intervenção preventiva de nível secundário e terciário, que diminuam o stress parental aquando dos cuidados aos filhos e que promovam a motivação, autoeficácia e confiança na prestação destes cuidados, bem como numa melhor utilização dos recursos institucionais com vista à maximização do bem-estar e desenvolvimento saudável das crianças.

Orientado para a vertente do bem-estar e do holismo, MSBN é baseado em conceitos de stress e reação ao stress dentro do ambiente total do cliente definido como um sistema aberto. Os clientes podem ser uma pessoa ou um grupo de pessoas - ou seja, uma família, uma comunidade ou uma sociedade (Ume-Nwagbo, DeWan & Lowry, 2006)

É nesta lógica que se identifica a necessidade de o enfermeiro surgir enquanto promotor do suporte parental dos pais das crianças durante este período da infância. O **suporte parental** caracteriza-se por ser qualquer intervenção dirigida aos pais com o objetivo de reduzir riscos e promover fatores de proteção para os filhos, em relação ao seu bem-estar social, físico e emocional (Moran, Ghate & Merwe, 2004).

Apesar de estas vindas ao serviço não se justificarem, as mesmas podem constituir-se como oportunidades do enfermeiro à promoção do suporte parental, no sentido de diminuir o stress destes pais, de promover novas aprendizagens e competências na prestação de cuidados à criança, bem como de diminuir a recorrência de vindas ao Serviço de Urgência por situações não-urgentes.

Este projeto encontra-se direcionado à intervenção do enfermeiro a nível da gestão do stress parental, mediante a procura de oportunidades ao suporte parental no Serviço de Urgência Pediátrica e, encontrando-se os pais no centro deste cuidado, importa ter como referencial teórico a filosofia dos cuidados centrados na família (CCF). Esta filosofia de cuidados reconhece a família como central na vida da criança, vê a criança no contexto de uma família com características únicas e confere suporte aos membros da família no seu papel de cuidadores (Smith, 2018).

Surge assim a problemática que motivou a realização deste projeto. Partindo da preocupação relativa à elevada afluência de crianças pequenas ao SUP por situações não-urgentes, entre as quais questões de stress e insegurança parental nos cuidados aos filhos, a qual decorreu inicialmente da minha perceção no SUP onde exerço funções. Tal fenómeno levou-me a explorá-lo e a verificar que o mesmo se replica à escala nacional e internacional desde há vários anos.

Deste modo, o presente projeto de formação intitula-se por “O bem-estar da criança nos primeiros 3 anos de vida: O suporte parental em situações não-urgentes”, cuja temática relaciona o stress parental nos cuidados à criança nos primeiros 3 anos de vida com a respetiva necessidade de suporte parental neste âmbito, com vista a tirar partido das oportunidades de contacto com os pais para os tornar mais responsivos, autoeficazes e seguros nos cuidados aos filhos. O desenvolvimento desta temática tem como resultados últimos a promoção do bem-estar infantil nos primeiros 3 anos de vida, bem como a diminuição das recorrências ao SUP sem necessidade real. Para melhor suporte deste tema terei como referenciais teóricos a filosofia do CCF, o MSBN e o modelo *Touchpoints* de Brazelton.

CONTEXTO: SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

Competências a desenvolver: A1, A2, B1, B2.1, B3.1, C1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1., E2.1, E2.2. (Regulamento n.º 422/2018)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Meios de avaliação
1	1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta de protocolos, normas e <i>guidelines</i> do serviço • Realização de entrevistas exploratórias à enfermeira-chefe, enfermeira orientadora e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador: Enfermeiro orientador; peritos na área <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentação do serviço; • Enquadrament o legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes • Bibliografia de referência • Evidência científica 	<ul style="list-style-type: none"> • Relatório de análise crítica e reflexiva sobre o contributo da experiência do desenvolvimento de competências de EESIP • Proposta de um programa de articulação entre o SUP e os CSP • Realização de questionários dirigidos à equipa e aos pais, com vista ao levantamento das necessidades/preocupações perante a problemática em estudo • Elaboração de folhetos informativos para os pais (ex: gestão da febre, dor, cólicas, congestão nasal, quando recorrer ao SUP vs CSP, sinais de alarme, etc), a disponibilizar na triagem e sala de espera
	1.2. Prestar cuidados de Enfermagem à criança/jovem e família nas diferentes situações de saúde-doença, com vista ao restabelecimento da sua saúde	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar motivos de recurso mais comuns ao SUP • Aprofundar conhecimentos sobre as principais patologias • Colaborar na prestação de cuidados 		
2	2.1. Aprofundar conhecimentos sobre a parentalidade, stress parental e suporte parental	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica aprofundada a estas temáticas 		
	2.2. Promover o suporte parental e o cuidado responsivo à criança nos primeiros 3 anos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar oportunidades para aumentar o conhecimento e aprendizagem de habilidades individuais nos pais, com vista a facilitar o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos de saúde/doença da criança 		
3	3.1. Identificar os principais motivos de vinda não-urgente ao Serviço de Urgência Pediátrica nos primeiros 3 anos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Consulta dos dados estatísticos do serviço nos últimos 5 anos • Maximizar as oportunidades no contacto com os pais para compreender os stressores dos mesmos nos cuidados aos filhos 		
	3.2. Identificar os principais stressores dos pais que motivam o recurso ao SUP por situações não-urgentes			

CONTEXTO: UNIDADE DE NEONATOLOGIA

Competências a desenvolver: A1, A2, B1, B2.1, B3.1, C1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E2.1, E3.1, E3.2 (Regulamento n.º 422/2018)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Meios de avaliação
1	1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a dinâmica do serviço • Realização de entrevistas exploratórias à enfermeira-chefe, enfermeira orientadora e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e necessidades do serviço • Consultar documentação do serviço 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador: Enfermeira chefe e orientadora; peritos na área <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentação do serviço; • Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão crítica sobre o contributo da experiência do desenvolvimento de competências de EESIP
	1.2. Prestar cuidados de Enfermagem especializados ao RN de risco	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre principais patologias, sinais de instabilidade/descompensação no RN, bem como modo de atuação do enfermeiro em situação de emergência em Neonatologia • Leitura crítica de literatura e evidência científica sobre a promoção do desenvolvimento infantil e do bem-estar do neonato em contexto de Neonatologia • Colaborar na prestação de cuidados ao RN de risco, nomeadamente em situação de reanimação neonatal • Apreciação focalizada e completa do RN • Avaliação do desenvolvimento infantil com recurso a instrumentos adequados ao RN, nomeadamente a <i>Neonatal Behavioral Assessment Scale</i> (NBAS) 		
2	<p>2.1. Conhecer os principais stressores dos pais do RN</p> <p>2.2. Prestar cuidados de suporte parental aos pais do RN de risco</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesquisa bibliográfica dirigida aos stressores parentais em Neonatologia • Prestar cuidados antecipatórios aos pais do RN de risco, com recurso ao modelo <i>Touchpoints</i> de Brazelton • Promover a transição segura do bebé até ao momento da alta • Avaliar o desenvolvimento da parentalidade e a presença de stress parental • Promover a vinculação e a participação dos pais nos cuidados ao RN 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia de referência • Evidência científica 	

CONTEXTO: CENTRO DE SAÚDE

Competências a desenvolver: A1, A2, B1, B2.1, B3.1, C1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1, E2.3, E2.5, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Meios de avaliação
1	1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a dinâmica do serviço • Aprofundamento do conhecimento relativamente ao funcionamento e organização dos CSP • Realização de entrevistas exploratórias ao orientador, à equipa de enfermagem e à enfermeira-chefe, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador; • Enfermeiro orientador; • peritos na área <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentação do serviço; • Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes • Bibliografia de referência • Evidência científica 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão crítica sobre o contributo da experiência do desenvolvimento de competências de EESIP
	1.2. Avaliar o desenvolvimento da criança	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundamento do conhecimento inerente a escalas de avaliação de desenvolvimento da criança • Avaliação do desenvolvimento infantil com recurso a instrumentos adequados à criança e contexto: escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan 		
2	2.1. Promover o suporte parental e o cuidado responsivo à criança nos primeiros 3 anos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Prestar cuidados antecipatórios aos pais na consulta de saúde infantil • Avaliar o desenvolvimento da parentalidade 		
3	3.1. Identificar os principais stressores parentais nos primeiros 3 anos de vida 3.2. Identificar os principais motivos de utilização dos cuidados de saúde primários pelas crianças nos primeiros 3 anos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Aprofundar conhecimentos sobre a parentalidade, stress parental e suporte parental • Diagnosticar principais stressores parentais relativamente ao seu papel enquanto cuidadores • Fazer um levantamento das principais preocupações nos cuidados ao filho, em momento de consulta de saúde infantil • Avaliar perspectiva dos pais face à acessibilidade aos CSP 		

CONTEXTO: CONSULTA DE DESENVOLVIMENTO

Competências a desenvolver: A1, A2, B1, B2.1, B3.1, C1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1, E2.3, E2.5, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Meios de avaliação
1	1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a dinâmica do serviço• Realização de entrevistas exploratórias à enfermeira-chefe, enfermeira orientadora e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço	<u>Humanos:</u> <ul style="list-style-type: none">• Docente orientador: Enfermeira chefe e orientadora; peritos na área <u>Materiais:</u>	<ul style="list-style-type: none">• Reflexão crítica sobre o contributo da experiência do desenvolvimento de competências de EESIP
	1.1. Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none">• Avaliação do desenvolvimento infantil com recursos a instrumentos adequados à criança e ao contexto: escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan e <i>Schedule of Growing Skills</i>	<ul style="list-style-type: none">• Documentação do serviço;• Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes	
2	2.1. Promover o cuidado responsivo à criança nos primeiros 3 anos de vida 2.2. Prevenir ou diminuir o stress parental no cuidado à criança nos primeiros 3 anos de vida	<ul style="list-style-type: none">• Avaliar o desenvolvimento da parentalidade e a presença de stress parental• Identificar principais stressores parentais nos primeiros 3 anos de vida da criança• Prestar cuidados antecipatórios com vista ao suporte parental e à responsividade nos pais	<ul style="list-style-type: none">• Bibliografia de referência• Evidência científica	

CONTEXTO: INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

Competências a desenvolver: A1, A2, B1, B2.1, B3.1, C1, D1, D2 (Regulamento nº 140/2019); E1.1, E2.2, E3.1, E3.3 (Regulamento n.º 422/2018)

OG	Objetivos Específicos	Atividades a desenvolver	Recursos	Meios de avaliação
1	1.1. Conhecer o contributo do EESIP na dinâmica do serviço e na gestão e melhoria contínua da qualidade dos cuidados	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a dinâmica do serviço • Realização de entrevistas exploratórias à enfermeira-chefe, enfermeira orientadora e à equipa de enfermagem, de forma a conhecer a caracterização, contextualização, população abrangida e outras particularidades do serviço 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Docente orientador: Enfermeira chefe e orientadora; peritos na área 	<ul style="list-style-type: none"> • Reflexão crítica sobre o contributo da experiência do desenvolvimento de competências de EESIP
	1.2. Prestar cuidados de Enfermagem à criança e família promotores da saúde e do desenvolvimento infantil	<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os principais motivos de internamento no serviço • Colaborar na prestação de cuidados • Aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e processos de saúde-doença • Avaliação do desenvolvimento infantil com recursos a instrumentos adequados à criança e ao contexto: escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan 	<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Documentação do serviço; • Enquadramento legal e ético da profissão e políticas de saúde e de saúde infantil vigentes 	
2	2.1. Conhecer os principais stressores dos pais da criança nos primeiros 3 anos de vida, no momento da alta de internamento 2.2. Prestar cuidados de suporte parental com vista à diminuição do stress e capacitação parental nos primeiros 3 anos de vida	<ul style="list-style-type: none"> • No contacto com os pais, identificar as principais preocupações/fontes de stress no internamento da criança e na futura alta para o domicílio • Prestar cuidados antecipatórios relativos aos problemas mais comuns na criança, na preparação da alta para o domicílio 	<ul style="list-style-type: none"> • Bibliografia de referência • Evidência científica 	

Apêndice III – Protocolo de Revisão *Scoping*

Estratégias na diminuição do recurso não-urgente da criança dos 0 aos 3 anos ao SUP: uma revisão *scoping*

Ana Rita Moreira Guerreiro¹, Maria Isabel Dias da Costa Malheiro²

¹ RN, Estudante de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa ² PhD, RN, Professora da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

Questão: Quais as estratégias redutoras do recurso não-urgente ao Serviço de Urgência Pediátrica da criança dos 0 aos 3 anos?

Objetivos:

- Identificar quais as estratégias redutoras do recurso não-urgente ao Serviço de Urgência Pediátrica dos pais das crianças dos 0 aos 3 anos
- Descrever os principais motivos dos pais no recurso ao Serviço de Urgência Pediátrica por situações não-urgentes na criança dos 0 aos 3 anos

Palavras-chave: Criança, Pais; Recurso não-urgente; Estratégias; Serviço de Urgência Pediátrica

INTRODUÇÃO

Os pais desempenham um papel crítico nos cuidados e na saúde da criança, sendo que a saúde da mesma pode ser influenciada através de vários processos potenciais, como a perceção dos pais de necessidade da criança de cuidados de saúde e a real necessidade da criança destes cuidados (Serbin, Hubert, Hastings, Stack & Schwatzman, 2014).

A Direção-Geral de Saúde (DGS) define urgências como todas as situações clínicas de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, enquanto as emergências se caracterizam como situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe o compromisso de uma ou mais funções vitais, estabelecido ou eminente (DGS, 2001). Já as situações não-urgentes são

geralmente consideradas como toda a visita que pode seguramente aguardar por avaliação ou cuidado (Poku & Hemingway, 2019).

As crianças são os utilizadores mais frequentes dos serviços de urgência (*Intercollegiate Committee for Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings*, 2018), sendo que o recurso ao SUP (SUP) deverá ocorrer apenas e idealmente nos casos agudos, caracterizando-se este tipo de atendimento pela ausência da necessidade de marcação prévia de consulta, pela garantia de atendimento atempado dadas as necessidades de cuidados de saúde identificadas, e pelo funcionamento contínuo (Entidade Reguladora da Saúde, 2011).

Não obstante estes aspetos, os pais das crianças procuram frequentemente

cuidados médicos para os filhos nos serviços de urgência por doenças menores ou condições de saúde não-urgentes (Burokienė, Raistenskis, Burokaitė, Čerkauskienė & Usonis, 2017), conduzindo este recurso hospitalar frequente a uma diminuição na qualidade da prestação de cuidados, na insatisfação dos utentes e profissionais e aumento dos custos (Freitas, Moreira, Tomé & Cardoso, 2016). O elevado número de atendimentos não-urgentes no SUP (ou seja, atendimentos para condições que poderiam ter sido tratadas com segurança em outro lugar) aumenta o tempo de espera, incomoda as famílias, leva a custos significativos para as organizações de saúde e reduz o tempo que a equipa multidisciplinar pode despende a tratar de crianças gravemente doentes (Holden, Egan, Snijders & Service, 2017).

De acordo com o estudo conduzido por Fong (1999), as condições pediátricas não-urgentes eram responsáveis por 58% a 82% das visitas ao SUP. À semelhança destes dados, o estudo de Holden *et al.* (2017) apresenta dados de uma urgência hospitalar do Reino Unido, onde entre 2013 e 2016 cerca de 55 a 65% da totalidade dos atendimentos em urgência pediátrica foram classificados como não-urgentes.

No estudo de Rafael, Portela, Sousa & Fernandes (2017) verificou-se uma ocorrência decrescente de vindas ao SUP por situações não-urgentes consoante a idade da criança, sendo que à medida

que a idade aumenta diminui o número de episódios de urgência ocorridos. Para além disto, o mesmo estudo constatou que mais de metade da totalidade de episódios de urgência pediátrica correspondiam a situações pouco ou não-urgentes (Rafael *et al.*, 2017).

Segundo a *American Academy of Pediatrics* (2001), crianças menores de 3 anos representam a maior proporção de consultas médicas com apresentação de situações sem critério de urgência nos serviços de urgências.

Esta problemática arrasta-se há vários anos e continua a verificar-se na sociedade atual, a nível mundial, o que confere um motivo de interesse importante para a continuação da investigação, com vista à melhoria da utilização dos serviços de saúde pelos pais destas crianças.

Diante desta temática de carácter complexo e frequentemente presente no dia-a-dia das equipas de urgência pediátrica, torna-se importante mapear a evidência relativa a estratégias conhecidas como eficazes com vista à diminuição do recurso não-urgentes aos serviços de urgência pediátrica, bem como os motivos que levam os pais das crianças dos 0 aos 3 anos de idade a recorrer à urgência sem critério para tal.

Dada a pertinência do tema, procura-se dar resposta à seguinte questão de investigação: “Quais as estratégias redutoras do recurso não-urgente ao SUP da criança dos 0 aos 3 anos?”, de acordo com a qual foram estabelecidos os

seguintes objetivos: identificar quais as estratégias redutoras do recurso não-urgente ao SUP dos pais das crianças dos 0 aos 3 anos; e descrever os principais motivos dos pais no recurso ao SUP por situações não-urgentes na criança dos 0 aos 3 anos.

Numa pesquisa inicial em que se inclui *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, CINAHL e MEDLINE revelou que não existe uma revisão *scoping* ou Revisão Sistemática da Literatura (publicada ou em andamento) sobre este assunto.

Esta revisão *scoping* será realizada de acordo com as orientações metodológicas propostas pela JBI, tendo como objetivos identificar e mapear o conhecimento e evidência sobre quais as estratégias redutoras do recurso não-urgente ao SUP dos pais das crianças dos 0 aos 3 anos e como objetivo secundário descrever os principais motivos dos pais no recurso ao SUP por situações não-urgentes na criança dos 0 aos 3 anos.

Palavras Chave: Criança, Pais; Recurso não-urgente; Estratégias; Serviço de Urgência

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

Serão considerados todos os estudos que incluam os pais das crianças dos 0 aos 3 anos de idade enquanto alvo de intervenção.

Conceito

O conceito central examinado nesta revisão *scoping* são as estratégias redutoras das recorrências não-urgentes ao SUP.

Contexto

Este protocolo de revisão irá abranger todos os estudos que abordem estratégias redutoras das recorrências não-urgentes de crianças dos 0 aos 3 anos, no contexto de Urgência Pediátrica.

Tipos de fontes

A presente revisão *scoping* irá abranger toda a tipologia de estudos primários qualitativos e quantitativos, bem como revisões da literatura e revisões sistemáticas da literatura, de caráter igualmente qualitativo e quantitativo, enquanto estudos secundários.

Serão incluídos todos os estudos da língua portuguesa, inglesa e espanhola, sem estabelecimento de limites temporais.

MÉTODOS

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa mobilizada tem como objetivo ser o mais abrangente possível, a fim de encontrar fontes primárias de evidências publicadas e não publicadas, bem como revisões da literatura. Conforme a recomendação para todos os tipos de revisão *Joanna Briggs Institute* (JBI), será utilizado no presente protocolo de revisão *scoping* uma estratégia de pesquisa em três passos.

O primeiro passo consiste numa pesquisa limitada às bases de dados MEDLINE e CINAHL, seguida de uma análise das palavras contidas nos títulos, resumos dos artigos obtidos e respetivos termos de indexação utilizados na descrição desses artigos.

Posteriormente, será realizada uma segunda pesquisa em todas as bases de dados, com a utilização de todas as palavras-chave e termos de indexação anteriormente identificados. Em terceiro e último lugar serão analisadas as referências bibliográficas dos estudos já obtidos, de forma a identificar artigos adicionais passíveis de serem utilizados na revisão *scoping*.

Serão considerados nesta revisão estudos publicados em inglês, espanhol e português, assim como uma abrangência temporal sem estabelecimento de limites, pelo facto de se procurar mapear toda a evidência existente relativamente ao tema em estudo.

Serão seleccionados os artigos com base nos critérios de inclusão anteriormente estabelecidos, após análise das informações contidas no título e resumo, e caso considerado pertinente, na análise do texto completo.

Apresenta-se neste protocolo uma estratégia de pesquisa preliminar realizada nas bases de dados MEDLINE e CINAHL, utilizando como termos de pesquisa iniciais *child*, *parents*, *non-urgent visits* e *pediatric emergency department* (Apêndice I).

Extração de dados

Será efetuada a extração de dados dos artigos incluídos na revisão *scoping*, através da utilização de uma ferramenta de extração de dados preconizada (Apêndice II), conforme indicado pela metodologia para revisões *scoping* proposta pelo JBI.

Os dados extraídos das fontes deverão incluir achados relevantes para a questão de revisão e objetivos formulados, nomeadamente acerca da população, conceito e métodos de estudo, de forma a facilitar a identificação de temas e lacunas na literatura. Durante o processo de extração de dados, esta tabela pode ser modificada e atualizada conforme necessário.

Apresentação dos resultados

De acordo com as diretrizes de revisão *scoping* proposta pelo JBI, os dados extraídos encontram-se expostos na Tabela 1, que evidencia os resultados obtidos com o intuito de os relacionar com os objetivos e com a pergunta da revisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *American Academy of Pediatrics* (2001). Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. *Annals of Emergency Medicine*, 37(4), 423–427. DOI: <https://doi.org/10.1067/mem.2001.114067>
2. Berry, A., Brousseau, D., Brotanek, J. M., Tomany-Korman, S., & Flores, G.





































- (2008). Why Do Parents Bring Children to the Emergency Department for Nonurgent Conditions? A Qualitative Study. *Ambulatory Pediatrics*, 8(6), 360–367. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ambp.2008.07.001>
3. Burokienė, S., Raistenskis, J., Burokaitė, E., Čerkauskienė, R., & Usonis, V. (2017). Factors determining parents' decisions to bring their children to the pediatric emergency department for a minor illness. *Medical Science Monitor*, 23, 4141–4148. DOI: <https://doi.org/10.12659/MSM.902639>
 4. Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Emergência / Urgência. *Direção de Serviços de Planeamento*, 24. Disponível em: <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>. Acedido a [23-05-2021](https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx).
 5. Entidade reguladora da Saúde (2011). *Caracterização do Acesso dos Utentes a Cuidados de Saúde Infantil e Juvenil e de Pediatria*. Porto: Entidade Reguladora da Saúde.
 6. Fong, C. (1999). The influence of insurance status on nonurgent pediatric visits to the emergency department. *Academic Emergency Medicine*, 6(7), 744–748. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1553-2712.1999.tb00446.x>
 7. Freitas, A., Moreira, A., & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao SUP. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136–140. DOI: <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v25.i3.10075>
 8. Holden, B., Egan, M. Snijders, V. & Service, S. (2017). *Why do parents bring children with minor illness to emergency and urgent care departments? Literature review and report of fieldwork in North West London*. United Kingdom: The Behavioural Insights Team.
 9. Poku, B. & Hemingway, P. (2019). Reducing repeat paediatric emergency department attendance for non-urgent care: a systematic review of the effectiveness of interventions. *Emergency Medical Journal*, 36(7), 435-442. DOI: 10.1136/emered-2018-207536
 10. Rafael, M. S., Portela, S. L., Sousa, P., & Fernandes, A. C. (2017). Utilização do SUP: a experiência de um centro português. *Scientia Medica*. 27(1), 1–8. DOI: 10.15448/1980-6108.2017.1.24919.
 11. Intercollegiate Committee for Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings (2018). *Facing the Future: Standards for children in emergency care settings*. United Kingdom: Royal

College of Paediatrics and Child Health.

12. Serbin, L., Hubert, M., Hastings, P., Stack, D. & Schwartzman, A. (2014). The influence of parenting on early childhood health and health care utilization. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(10), 1161–1174. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu050>.

Estratégia de pesquisa CINAHL

	População			Conceito			Contexto	
	S1		S2	S3		S4		S5
Linguagem Natural	Child	AND	Parents	Non-urgent visit	AND	Strategies	AND	Pediatric Emergency Department
Linguagem Indexada	MH Child OR MH Child, Preschool OR MH Infant OR Infant, Newborn OR 0-3 years OR child*	AND	MH Parents OR MH Mothers OR MH Fathers	MH Attitude to Health OR MH Attitude to Illness OR MH Health Services Misuse OR frequent use* OR inadequate demand OR minor illness OR low acuity OR non-urgent	AND	MH Health Services Accessibility OR MH Nursing Interventions OR MH Scope of Practice OR MH Scope of Nursing Practice OR MH Help Seeking Behavior OR strateg* OR intervention* OR action*		MH Child Health Services OR MH Emergency Service OR Hospital, Pediatric OR Pediatric Units OR pediatric emergency department OR pediatric emergency service
Resultados	S1 AND S2 = S6			S3 AND S4 = S7			S5	
	S5 AND S6 AND S7 = S8							

N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
<input type="checkbox"/>	S9  S5 AND S6 AND S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - spanish Restringir por Language: - portuguese Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (84)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S8  S5 AND S6 AND S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (85)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S7  S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (18,223)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S6  S1 AND S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (65,654)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S5  (MH "Child Health Services") OR (MH "Emergency Service") OR (MH "Hospitals, Pediatric") OR (MH "Pediatric Units") OR "pediatric emergency department" OR "pediatric emergency service"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (77,720)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S4  (MH "Health Services Accessibility") OR "strateg*" OR (MH "Nursing Interventions") OR "intervention*" OR (MH "Help Seeking Behavior") OR "action*" OR (MH "Scope of Practice") OR (MH "Scope of Nursing Practice") OR (MH "Practice Acts")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (956,419)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S3  (MH "Health Services Misuse") OR (MH "Attitude to Illness") OR (MH "Attitude to Health") OR "minor illness" OR "low acuity" OR "inadequate demand" OR "frequent use*" OR "non-urgent"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (62,040)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S2  (MH "Parents") OR (MH "Mothers") OR (MH "Fathers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (81,110)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/>	S1  (MH "Child") OR "child*" OR (MH "Child, Preschool") OR (MH "Infant") OR (MH "Infant, Newborn") OR "0-3 years"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (933,834)  Ver Detalhes  Editar

Estratégia de pesquisa MEDLINE

	População			Conceito			Contexto	
	S1		S2	S3		S4		S5
Linguagem Natural	Child	AND	Parents	Non-urgent visit	AND	Strategies	AND	Pediatric Emergency Department
Linguagem Indexada	MH Child OR MH Child, Preschool OR MH Infant OR MH Infant, Newborn OR MH Minors OR 0-3 years OR child*	AND	MH Parents OR MH Fathers OR MH Mothers OR parent*	MH Episode of Care OR MH Health Services Misuse OR MH Medical Overuse OR non-urgent visit* OR minor illness OR inadequate demand OR low acuity OR non-urgent OR frequent use*	AND	MH Health Services Accessibility OR MH Evidence-Based Practice OR intervention* OR action* OR strateg*	AND	MH Pediatric Emergency Medicine OR MH Emergency Service, Hospital OR MH Emergency Medical Services OR pediatric emergency department
Resultados	S1 AND S2 = S6			S3 AND S4 = S7			S5	
	S5 AND S6 AND S7 = S8							





































N.º de Identificação de Pesquisa	Termos de Pesquisa	Opções de pesquisa	Ações
<input type="checkbox"/> S9	 S5 AND S6 AND S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Restringir por Language: - english Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (41)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S8	 S5 AND S6 AND S7	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (43)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S7	 S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,950)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S6	 S1 AND S2	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (287,872)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S5	 (MH "Pediatric Emergency Medicine") OR (MH "Emergency Service, Hospital") OR "pediatric emergency department" OR (MH "Emergency Medical Services")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (119,075)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S4	 (MH "Health Services Accessibility") OR (MH "Evidence-Based Practice") OR "intervention*" OR "action"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (2,174,527)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S3	 "non-urgent visit*" OR "non-urgent" OR (MH "Episode of Care") OR (MH "Medical Overuse") OR "minor illness" OR (MH "Health Services Misuse") OR "inadequate demand" OR "frequent use*" OR "low acuity"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (17,366)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S2	 (MH "Parents") OR "parent*" OR (MH "Fathers") OR (MH "Mothers")	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (558,010)  Ver Detalhes  Editar
<input type="checkbox"/> S1	 (MH "Child") OR (MH "Child, Preschool") OR (MH "Infant") OR (MH "Infant, Newborn") OR (MH "Minors") OR "child*" OR "0-3 years"	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	 Ver Resultados (3,333,684)  Ver Detalhes  Editar

Tabela de Extração de dados

Estudo nº	
Título	
Autor	
Revista	
Ano	
País de origem do estudo	
Metodologia	
Objetivo do estudo	
População e dimensão da amostra	
Conclusões	

Apêndice IV – Folhetos (SUP)



Se o seu filho apresentar **sintomas leves** de doença (tosse, constipação, febre, vômitos/diarreia) ou se sentir dúvidas nos cuidados ao bebé, opte por recorrer ao Serviço de Urgência em último caso.



EM CASO DE DÚVIDA:

Ligue para a linha SNS24

808 24 24 24

Contacte

O PEDIATRA OU MÉDICO DE FAMÍLIA

Dirija-se

AO SEU CENTRO DE SAÚDE



COMO GERIR OS SINTOMAS DO SEU FILHO?

Um guia sobre como gerir algumas das queixas mais comuns na criança pequena

A FEBRE

- A febre, a manifestação mais comum de doença na idade pediátrica
- Considera-se febre uma temperatura corporal **a partir de 38 °C**
- Para controlar a febre os dois principais medicamentos são o **Be-nu-ron** e, a partir dos 6 meses, o **Brufen**
- Caso a criança tenha febre pouco espaçada (<8 horas de intervalo), pode dar Brufen após 4 horas do último Be-nu-ron
- Quando a criança está febril, não a agasalhe demasiado para permitir que a temperatura desça



A DIARREIA

- Se a criança tiver mais do que 6 dejeções líquidas diárias, é provável a desidratação - **reforce a ingestão de líquidos**
- Ter em atenção:
 - presença de **sinais de desidratação**: língua seca, olhos encovados, choro sem lágrima
 - presença de **sangue nas fezes**



AS CÓLICAS

- As cólicas são uma queixa muito normal nos bebés
- O bebé com cólicas tem um **choro intenso e inconsolável**, recusa habitualmente a alimentação ou aceita menos leite que o habitual
- Para prevenir as cólicas no bebé deve:
 - fazer **massagem abdominal antes da amamentação**
 - não deitar o bebé sem que ele arrote após a amamentação
- Para resolver as cólicas:
 - Realizar a massagem abdominal com cânula de bebegel/termómetro retal

OS VÓMITOS

- **Evite dar água** - oferecer soro de reidratação oral ou chá
- **Não ofereça líquidos ou alimentos imediatamente** após a criança vomitar - aguarde pelo menos 30 minutos sem que a criança vomite, antes de lhe oferecer soro de reidratação oral ou chá, **fracionadamente** (1 colher ou 1 seringa de 5 em 5 minutos)
- Ter em atenção a presença de **sinais de desidratação**: língua seca, olhos encovados, choro sem lágrima, não urina



A CONGESTÃO NASAL

- Quando o seu filho está congestionado, é habitual perder o apetite e ficar menos ativo - Realize a **lavagem nasal regularmente**, quando notar a criança mais congestionada e antes da alimentação
- **Evitar a aspiração nasal frequente** - opte por realizar apenas em SOS, se a lavagem não fizer efeito

QUANDO TRAZER O SEU FILHO À URGÊNCIA?

Alguns sinais importantes a ter em atenção e, se observados na criança, deve trazê-la ao Serviço de Urgência:

1 SINAIS DE DESIDRATAÇÃO

- Língua seca, olhos encovados, choro sem lágrima ou diminuição da quantidade de urina

2 DIFICULDADE EM RESPIRAR

- Aumento do esforço respiratório: respiração muito rápida, associada à presença das "cavinhas" entre as costelas e abaixo do pescoço
- Estridor: ruído inspiratório agudo persistente

3 VÔMITOS OU DIARREIA PERSISTENTES

- Quando a criança inicia um quadro de vários vômitos ou diarreia seguidos num intervalo de poucas horas

4 ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO

- Quando a criança alterna períodos de muita sonolência com irritabilidade persistente, sem nenhuma causa conhecida
- Prostração

5 PETÉQUIAS

- Aparecimento súbito de pequenos pontos vermelhos na pele, que não desaparecem à pressão digital

6 PERDA DE CONSCIÊNCIA

- Quando a criança deixa de responder à voz ou ao toque, sem causa aparente

7 TRAUMATISMO

- Caso a criança tenha sofrido uma queda com embate da cabeça deve trazê-la à urgência, para despiste de lesão
- Observe por **choro imediato** após a queda, **vômitos** ou **desmaio**

8 CONVULSÃO

- Caso suspeite de convulsão na criança, tente observar a presença de movimentos fora do comum e quanto tempo dura o episódio
- A convulsão febril é bastante comum na criança pequena - antes de a trazer ao hospital **meça primeiro a temperatura corporal** e, **em caso de febre dê-lhe medicação** para a febre



Realizado por: Enfª Rita Guerreiro, no âmbito do Mestrado com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice V – Folhetos Cuidados Antecipatórios (USF)

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

O que fazer?

0-6 meses



Realizado por: Enfª Rita Guerreiro, estudante de Mestrado com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica

A febre

- Até aos 3 meses, se o bebé iniciar febre deve consultar o médico assistente
- Considera-se febre uma temperatura corporal a partir de 38°C axilar
- **Certifique-se de que o bebé não está sobreaquecido** (muitas camadas de roupa, ambiente muito aquecido)
- Sempre que o bebé tenha temperatura axilar superior a 38°C, despir a criança deixando-a apenas com fralda e avaliar novamente.
- Caso a febre >38°C axilar persista, deve administrar paracetamol (consoante prescrição) e se persistir repetir após 6 horas
- Quando a criança está febril, mantenha-a despida para que a pele arrefeça e a temperatura baixe.



As cólicas

- As cólicas são uma queixa muito normal nos bebés
- O bebé com cólicas tem um **choro intenso e inconsolável**, pode apresentar menos apetite ou recusar a alimentação.
- Para as cólicas no bebé deve:
 - Fazer massagem abdominal antes da mamada/biberão (no sentido dos ponteiros do relógio) com estimulação com cânula de bebegel
 - Certifique-se que o bebé arrotar após a mamada/biberão antes de o deitar
 - Fazer a técnica do **swaddle**



A diarreia

- A diarreia no recém-nascido pode ser confundida pelos pais com dejeções normais do recém-nascido, que se devem ao aleitamento materno exclusivo
- A diarreia é uma alteração no volume e consistência das fezes, a que está também associada um aumento do número de dejeções diárias. Caso se verifique **diarreia no recém-nascido** deve levá-lo ao **Serviço de Urgência**
- Manter a amamentação em horário livre. Caso o bebé faça aleitamento artificial, mantenha a mesma fórmula até que seja avaliado pelo médico assistente e seja aconselhada a alteração do leite
- Na presença de **sinais de desidratação** (língua seca, olhos encovados, urina concentrada e em pouca quantidade, choro sem lágrima) ou presença de **sangue nas fezes, levar a criança ao Serviço de Urgência**

Vómitos

- É comum o recém-nascido bolçar por vezes, isto é, apresentar uma pequena saída de leite após as refeições
- Deve diferenciar o bolsar de um episódio de vômito, sendo que os vômitos são a saída de conteúdo alimentar em grande quantidade, enquanto que o bolçar pode ocorrer por vezes quando coloca o bebé a arrotar ou ao deitá-lo após a mamada
- Se o bebé **vomitou 2 ou mais vezes** e tiver uma **idade inferior a 3 meses**, deve ser observado pelo **médico assistente**
- Levar a criança ao Serviço de Urgência no caso de apresentar **sinais de desidratação**
- Se em amamentação exclusiva, reiniciar após pausa alimentar de 20-30 minutos sem vômitos
- Se já iniciada a diversificação alimentar, ofereça chá açucarado ou soro de reidratação oral em seringa de 5ml, de 5 em 5 minutos

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

O que fazer?

0-6 meses



A tosse

- A tosse é um reflexo fisiológico que funciona como mecanismo de defesa natural do aparelho respiratório. A sua função é expulsar as secreções das vias áreas superiores, impedindo que estas se acumulem
- Quando o bebé está com tosse:
 - Reforçar a ingestão de líquidos, principalmente água.
 - Elevar a cabeceira do berço quando coloca o bebé a descansar, para otimizar a respiração
 - Desobstruir o nariz com soro fisiológico.
 - Evitar locais com o fumo do tabaco.
 - Não dar xaropes para a tosse à criança sem prescrição médica

Alterações na pele

- **Eritema tóxico:** presença de manchas avermelhadas dispersas no corpo do bebé, principalmente na face, tronco, braços e nádegas. As lesões podem durar vários dias e desaparecem espontaneamente.
- **Acne neonatal:** aparece nas primeiras semanas de vida e manifesta-se como múltiplas pápulas ou pústulas eritematosas inflamatórias no nariz, testa e bochechas. É inofensivo para o bebé e desaparece espontaneamente
- **Dermatite da fralda (assadura):** erupção cutânea de cor vermelho vivo que costuma desenvolver-se quando a pele do bebé contacta com a fralda suja de urina, fezes ou ambos, causando irritação na pele do bebé. Para prevenir, coloque creme-barreira no períneo do bebé a cada muda de fralda e troque frequentemente as fraldas
- **Icterícia generalizada:** coloração amarelada das escleróticas (superfície branca do olho) e da pele - habitualmente deve-se à imaturidade fisiológica do recém-nascido, mas também pode significar doença, pelo que os pais devem informar sempre o médico assistente caso se verifique



A congestão nasal

- Quando o seu filho está congestionado, é habitual perder o apetite e ficar menos ativo - Realize a lavagem nasal com soro fisiológico regularmente, antes da alimentação e antes de dormir
- Evitar a aspiração nasal frequente - opte por realizar apenas em SOS, se a lavagem não fizer efeito
- Quando deitado no berço, coloque a cabeceira do berço elevada, para permitir que o bebé respire melhor

Acidentes e segurança



- Quando precisar de pousar o ovo com o bebé no interior, coloque-o sempre no chão, em vez de cadeiras, mesas ou outras superfícies com distância do chão - isto porque, caso o ovo caia por algum motivo, a queda do ovo seja o mais pequena possível
- Coloque sempre o cinto de segurança quando o bebé está no interior do ovo, e certifique-se de que está bem apertado (deixar folga para apenas um dedo entre o bebé e o cinto)
- Esteja sempre junto do bebé quando o coloca deitado no muda-fraldas, sobre a cama ou outra superfície sem proteção
- Verifique sempre previamente a temperatura do leite e da água do banho, com a face interna do punho

Sinais/sintomas que motivam recorrer ao Serviço de Urgência

- Dificuldade respiratória
- Recusa alimentar (descarte que o bebé não tem cólicas)
- Vômitos ou diarreia
- Gemido
- Icterícia generalizada
- Prostração (bebé pouco reativo)
- Febre
- Cor "acinzentada" da pele



ANTECIPAR OS PROBLEMAS

O que fazer?

6-12 meses



Realizado por: Enfª Rita Guerreiro, estudante de Mestrado com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica

Os vómitos

- **Evite dar água** - oferecer soro de reidratação oral ou chá açucarado.
- **Não ofereça líquidos ou alimentos imediatamente** após a criança vomitar - aguarde pelo menos 30 minutos sem que a criança vomite, antes de lhe oferecer soro de reidratação oral ou chá, **fracionadamente** (1 colher de sobremesa ou 1 seringa de 5ml de 5 em 5 minutos)
- Ter em atenção a presença de **sinais de desidratação**: língua seca, olhos encovados, choro sem lágrima, urina concentrada e em pouca quantidade
- Não insistir na ingestão de alimentos enquanto quando a criança está com vómitos - oferecer alimentos pouco agressivos para o estômago

A febre

- A febre é a manifestação mais comum de doença na idade pediátrica
- Considera-se febre uma temperatura corporal **a partir de 38 °C axilar**
- Para controlar a febre os dois principais medicamentos são o **Paracetamol** e, a partir dos 6 meses, o **Ibuprofeno**.
- Caso a febre >38°C axilar persista (<8h de intervalo), pode alternar com ibuprofeno após 4h da última toma de paracetamol
- Quando a criança está febril, mantenha-a despida para que a pele arrefeça e a temperatura baixe.
- Se a febre persistir após 4 dias, deve ser observada pelo médico assistente



A diarreia

- **Reforce a ingestão de líquidos** para evitar a desidratação na criança
- **Continuar com leite materno em horário livre ou fórmula infantil**, e complementar a alimentação com papas feitas com frutas frescas naturais, vegetais, cereais, leguminosas e proteínas
- Quando a criança está com diarreia é **comum a diminuição do apetite**. Como tal, recomenda-se oferecer os alimentos em **porções menores** mas com **maior frequência** ao longo do dia, respeitando a vontade da criança
- Na presença de **sinais de desidratação** (língua seca, olhos encovados, choro sem lágrima) ou presença de **sangue nas fezes**, **levar a criança ao Serviço de Urgência**



A obstipação

- A obstipação é um problema muito frequente nas crianças, e que se deve à **mudança do padrão de defecação com a idade**
- Existem fases mais propícias ao desenvolvimento da obstipação, nomeadamente com a **introdução de elementos sólidos** na alimentação, aquando do **treino do bacio** ou coincidentemente com a **entrada na creche e na escola**
- Contacte o médico assistente no caso de a criança estar **vários dias sem evacuar**; se surgir **sangue nas fezes**; se a criança apresentar **dores abdominais muito intensas**

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

O que fazer?

6-12 meses



Alterações na pele

- **Escarlatina:** é uma doença benigna muito comum na infância, quando tratada com antibiótico prescrito por médico. É uma forma de amigdalite que se apresenta também por uma erupção da pele, língua em framboesa e que pode ser acompanhada por febre.
- **Pés-mãos-boca:** infeção viral habitualmente leve e contagiosa, com maior incidência na criança pequena, que se caracteriza por pequenas bolhas à volta da boca nas plantas dos pés, palmas das mãos e por vezes nas nádegas
- **Exantema súbito:** é uma doença viral febril benigna. Durante 3-5 dias a criança tem apenas febre alta e corrimento nasal e, quando a febre cessa, surgem pequenas manchas no tronco, região peitoral e dorsal que desaparecem ao fim de 1-2 dias.

Acidentes e segurança



- As crianças até aos três anos gostam de levar tudo à boca e **não têm capacidade de avaliar o perigo**
- Qualquer objeto que a criança encontra pode tornar-se um brinquedo interessante e, simultaneamente perigoso
- Crianças vítimas de acidentes como asfixia, aspiração de pequenos objetos, intoxicações, quedas e queimaduras são uma realidade diária nas urgências hospitalares
- Para prevenir estes acidentes:
 - Manter vigilância da criança quando está acordada
 - Coloque objetos cortantes, objetos com tamanho inferior a uma moeda de 50 cêntimos, medicamentos e produtos tóxicos sempre fora do alcance da criança
 - Torne a casa num local seguro, colocando protetores nas tomadas, cancelas nas escadas, vede o acesso a varandas, aplique limitadores de abertura nas janelas/portas para o exterior. Proteja os cantos dos móveis e fixe os móveis à parede para que não caiam se a criança tentar pendurar-se
 - Verifique sempre previamente a temperatura do leite e dos alimentos, bem como da água do banho com a face interna do punho

A congestão nasal

- Quando o seu filho está congestionado, é habitual perder o apetite e ficar menos ativo - Realize a **lavagem nasal regularmente**, antes da alimentação e de dormir
- **Evitar a aspiração nasal frequente** - opte por realizar apenas em SOS, se a lavagem não fizer efeito
- Quando deitado no berço, coloque a cabeceira do berço elevada, para permitir que o bebé respire melhor quando congestionado
- Reforce a ingestão de líquidos

A tosse

- A tosse é um reflexo fisiológico que funciona como mecanismo de defesa natural do aparelho respiratório. A sua função é expulsar as secreções das vias aéreas superiores, impedindo que estas se acumulem
- Quando o bebé está com tosse:
 - Reforçar a ingestão de líquidos, principalmente água.
 - Elevar a cabeceira do berço quando coloca o bebé a descansar, para otimizar a respiração
 - Desobstruir o nariz com soro fisiológico
 - Não dar xaropes para a tosse à criança sem prescrição médica

Sinais/sintomas que motivam recorrer ao Serviço de Urgência

- Dificuldade respiratória
- Sinais de desidratação
- Sangue nas fezes
- Febre alta com mais de 3-4 dias de evolução
- Petéquias
- Perda de consciência
- Convulsão
- Traumatismo



ANTECIPAR OS PROBLEMAS

O que fazer?

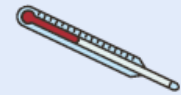
> 12 meses



Realizado por: Enfª Rita Guerreiro, estudante de Mestrado com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica

A febre

- A febre, a manifestação mais comum de doença na idade pediátrica
- Considera-se febre uma temperatura corporal **a partir de 38°C axilar**
- Para controlar a febre os dois principais medicamentos são o **Paracetamol** e, a partir dos 6 meses, o **Ibuprofeno**.
- Caso a febre >38°C axilar persista (<8h de intervalo), pode alternar com ibuprofeno após 4h da última toma de paracetamol
- Quando a criança está febril, mantenha-a despida para que a pele arrefeça e a temperatura baixe.



A obstipação

- Garantir que a **alimentação** seja o mais equilibrada possível, com reforço hídrico e do consumo diário de vegetais, fruta e outras fontes de fibra; evitar o consumo excessivo de leite e derivados.
- Quando a criança começar a utilizar o bacio, **criar rotinas** - reforçar o hábito de ir à casa de banho preferencialmente à mesma hora todos os dias, idealmente 15 a 60 minutos após a refeição, para aproveitar o reflexo gastrocólico, que ajuda na evacuação
- Se necessário, poderá recorrer a laxantes próprios para crianças



Os vómitos

- **Evite dar água** - oferecer soro de reidratação oral ou chá açucarado.
- **Não ofereça líquidos ou alimentos imediatamente** após a criança vomitar - aguarde pelo menos 30 minutos sem que a criança vomite, antes de lhe oferecer soro de reidratação oral ou chá, **fracionadamente** (1 colher de sobremesa ou 1 seringa de 5ml de 5 em 5 minutos)
- Ter em atenção a presença de **sinais de desidratação**: língua seca, olhos encovados, choro sem lágrima, urina concentrada e em pouca quantidade
- Não insistir na ingestão de alimentos enquanto quando a criança está com vómitos - oferecer alimentos pouco agressivos para o estômago

A diarreia

- **Reforce a ingestão de líquidos** para prevenir a desidratação, nomeadamente chá açucarado, água de arroz e soro de hidratação oral.
- Quando a criança está com diarreia é **comum a diminuição do apetite**. Como tal, ofereça os alimentos em **porções menores** mas com **maior frequência** ao longo do dia, respeitando a vontade da criança
- A dieta da criança deve **incluir**: Sopa de cenoura; Canja sem gordura; Papa de arroz preparada com água; Arroz cozido; Carne/peixe cozidos ou grelhados; Maçã e pêra cozidas; Banana madura; Torradas com marmelada ou compota. **Evitar**: alimentos com teor de gordura elevado; verduras; fruta crua; guloseimas
- Na presença de **sinais de desidratação** (língua seca, olhos encovados, choro sem lágrima) ou presença de **sangue nas fezes, levar a criança ao Serviço de Urgência**

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

O que fazer?

> 12 meses



Alterações na pele

- Exantema súbito: é uma doença viral febril benigna. Durante 3-5 dias a criança tem apenas febre alta e corrimento nasal e, quando a febre cessa, surgem pequenas manchas no tronco, região peitoral e dorsal que desaparecem ao fim de 1-2 dias.
- Escarlatina: é uma doença benigna muito comum na infância, quando tratada com antibiótico prescrito por médico. É uma forma de amigdalite que se apresenta também por uma erupção da pele, língua em framboesa e que pode ser acompanhada por febre.
- Pés-mãos-boca: infeção viral habitualmente leve e contagiosa, com maior incidência na criança pequena, que se caracteriza por pequenas bolhas à volta da boca nas plantas dos pés, palmas das mãos e por vezes nas nádegas



A tosse

- A tosse é um reflexo fisiológico que funciona como mecanismo de defesa natural do aparelho respiratório. A sua função é expulsar as secreções das vias áreas superiores, impedindo que estas se acumulem
- Quando o bebé está com tosse:
 - Reforçar a ingestão de líquidos, principalmente água.
 - Elevar a cabeceira do berço quando coloca o bebé a descansar, para otimizar a respiração
 - Desobstruir o nariz com soro fisiológico.
 - Não dar xaropes para a tosse à criança, sem prescrição médica



A congestão nasal

- Quando o seu filho está congestionado, é habitual perder o apetite e ficar menos ativo - Realize a **lavagem nasal regularmente**, antes da alimentação e de dormir
- **Evitar a aspiração nasal frequente** - opte por realizar apenas em SOS, se a lavagem não fizer efeito
- Quando deitado no berço, coloque a cabeceira do berço elevada, para permitir que o bebé respire melhor quando congestionado
- Reforce a ingestão de líquidos

Acidentes e segurança

- Criança começa a gatinhar e a explorar o ambiente
- Colocar protetores de tomadas e dispor os objetos na casa de forma a não ter objetos perigosos ao alcance da criança
- No caso de ter escadas e acesso a varandas em casa, colocar uma cancelas nas escadas e redutores de portas de forma à criança não conseguir utilizar as escadas nem abrir/fechar portas sem supervisão de um adulto
- Guardar medicamentos e outros produtos potencialmente nocivos para a criança em locais de altos e de difícil acesso à criança

Sinais/sintomas que motivam recorrer ao Serviço de Urgência

- Dificuldade respiratória
- Sinais de desidratação
- Vômitos ou diarreia persistentes com mais de 3 dias de evolução
- Sangue nas fezes
- Febre alta com mais de 3 dias de evolução
- Petéquias
- Perda de consciência
- Convulsão
- Traumatismo



Apêndice VI – Autoavaliação do Cuidador

Preparação para a Alta Autoavaliação do cuidador


(Etiqueta de identificação da criança)

No sentido de o apoiar na preparação da alta da criança, solicitamos que nos ajude a identificar as áreas em que necessita de orientação.

Pedimos-lhe que coloque uma cruz (x) na opção que considerar mais adequada às suas necessidades.

Cuidador (nome/parentesco):		Autoavaliação inicial __ / __ / ____				Autoavaliação final __ / __ / ____	
		Sel/Sinto-me capaz	Preciso de ajuda/treino	Não sel/não consigo	N/A	Sel/Sinto-me capaz	Não sel/não consigo
Gestão de sintomas comuns	Cólicas						
	Tosse						
	Vómitos						
	Diarreia						
	Febre						
	Obstipação						
	Congestão nasal						
	Dor						
Medicação	Medicamentos prescritos						
	Horário						
	Duração do tratamento						
	Acondicionamento e prazos de validade						
Acidentes e segurança	Prevenção de acidentes na criança						
Sinais de alarme	Identificar os sinais de alarme que motivem a levar a criança ao Serviço de Urgência						
Recursos na comunidade	Recursos na comunidade que permitam a continuidade dos cuidados que necessita (médico/enfermeiro de família, pediatra, outros)						
	Centro de Saúde a que pertence: _____						
Tem outras dúvidas? Gostava de saber mais sobre:		Enfermeiro: _____ Cuidador: _____				Enfermeiro: _____ Cuidador: _____	

Apêndice VII – Programa de Articulação



Programa de Articulação

“Bem Articular para Melhor Cuidar”

Elaborado por: Ana Rita Moreira Guerreiro, estudante de Mestrado
com Especialização na área de Saúde Infantil e Pediátrica ESEL

ÍNDICE

1. FUNDAMENTAÇÃO
2. OBJETIVOS DA ARTICULAÇÃO
3. PROGRAMA DE ARTICULAÇÃO
 - 3.1. Critérios de referenciação SUP-CSP
 - 3.2. Procedimentos
 - 3.3. Contactos das instituições
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

APÊNDICES

Carta-Tipo SUP

Carta-tipo CSP

Folhetos informativos

1. FUNDAMENTAÇÃO

Os primeiros anos de vida têm uma importante influência no desenvolvimento infantil, sendo que o que acontece durante este período pode ter consequências a longo prazo para a saúde e bem-estar da criança (Shonkoff *et al.*, 2012). Uma das recomendações da *Organização Mundial da Saúde (OMS)* para a promoção do desenvolvimento na primeira infância consiste em que todas as crianças recebam **cuidados responsivos** durante os primeiros 3 anos de vida, devendo os pais ser apoiados na prestação destes cuidados (WHO, 2020). O **cuidado responsivo** caracteriza-se pela capacidade do cuidador em perceber, compreender e responder aos sinais da criança oportuna e adequadamente, sendo este cuidado essencial para garantir a saúde, nutrição e segurança na infância (WHO, 2020).

Os pais desempenham um papel crítico no cuidado pediátrico e na saúde dos filhos, pelo que a saúde da criança pode ser influenciada por vários processos, entre os quais a percepção dos pais da necessidade da criança de serviços de saúde (Serbin, Hubert, Hastings, Stack & Schwartzman, 2014).

A Direção-Geral de Saúde (DGS) define **urgências** como todas as situações clínicas de instalação súbita com risco de estabelecimento de falência de funções vitais, enquanto as emergências se caracterizam como situações clínicas de estabelecimento súbito em que existe o compromisso de uma ou mais funções vitais, estabelecido ou eminente (DGS, 2001). Já as **situações não-urgentes** são geralmente consideradas como toda a visita que pode seguramente aguardar por avaliação ou cuidado (Poku & Hemingway, 2019).

As crianças são os utilizadores mais frequentes dos serviços de urgência (Seguin *et al.*, 2018), levando este recurso hospitalar frequente a uma diminuição na qualidade da prestação de cuidados, na insatisfação dos utentes e dos profissionais (Freitas, Moreira, Tomé & Cardoso, 2016), bem como no aumento dos tempos de espera, na sobrecarga dos serviços de saúde e em custos consideráveis para as organizações, reduzindo ainda o tempo que a equipa multidisciplinar pode despender a cuidar de crianças gravemente doentes (Holden, Egan, Snijders & Service, 2017).

Por estes motivos, o elevado número de atendimentos não-urgente no SUP constitui-se como uma preocupação significativa em todo o mundo desde há vários anos, mas ainda sem resolução (Butun, Linden, Lynn & McGaughey, 2019).

Segundo a *American Academy of Pediatrics* (2001), crianças menores de 3 anos representam a maior proporção de consultas médicas com apresentação de situações sem critério de urgência nos serviços de urgência. Identifica-se assim uma necessidade urgente para a implementação de intervenções baseadas na evidência que reduzam as visitas não urgentes aos SUP neste grupo etário, como parte da solução para o fenómeno complexo do atendimento nos serviços de urgência, bem como para promover uma melhor continuidade dos cuidados (Poku & Hemingway, 2019).

No que se refere aos motivos que levam os pais a recorrer aos serviços de urgência por situações não-urgentes na criança encontra-se a **preocupação parental**, decorrente da superestimação de perigo pela situação de doença na criança e da procura de validação de que estão a fazer o correto nos cuidados ao seu filho (Holden et al., 2017). Já no estudo realizado por Ogilvie, Hopgood, Higginson, Ives e Smith, (2016) destaca-se a **procura de aconselhamento** como motivo de procura dos cuidados clínicos em situações não urgentes nas crianças.

Os **problemas no acesso aos CSP**, a maior **conveniência** no acesso ao SUP e a **perceção de maior experiência das equipas** nos SUP com o cliente pediátrico são outras das razões destacadas pelos pais no estudo de Butun *et al.* (2019). Também a preferência de avaliação por um pediatra, a dificuldade de consulta com médico família e a referenciação pela linha Saúde 24 se destacam como outros motivos dos pais para recorrerem ao SUP por situações não-urgentes nos filhos (Freitas *et al.*, 2016).

Outro dos motivos é o **baixo nível de confiança dos pais em prestar cuidados** a um filho pela primeira vez, pela responsabilidade e inexperiência deste novo papel, ou pelo aparecimento de doenças num segundo ou terceiro filho que os anteriores não tiveram (Rowe, Cook, Wootton & Brown, 2015). A elevada afluência de situações não-urgentes ao SUP decorre muitas vezes do stress gerado pela insegurança dos pais na adequação da sua intervenção em resposta às necessidades da criança. Dificuldades que surgem, nomeadamente, em relação a situações de doença não-grave, mas percecionada como grave pelos pais, bem como de controlo da dor, do choro, de problemas na alimentação e alergias.

É nesta lógica que se identifica a necessidade de o enfermeiro surgir como promotor do suporte parental dos pais das crianças, durante este período da infância. O **suporte parental** caracteriza-se por ser qualquer intervenção dirigida aos pais com o objetivo de reduzir riscos e promover fatores de proteção para os filhos, em relação ao seu bem-estar social, físico e emocional (Moran, Ghate & Merwe, 2004).

A articulação dos cuidados de saúde é fundamental na racionalização e potencialização dos recursos existentes, visando a eficiência dos serviços e a satisfação dos utentes (Torres & Monte, 2011). Nesta lógica, a articulação entre os CSP e os Hospitais podem ser indicadores de sucesso da coordenação de cuidados e na redução de custos, onde o objetivo principal são os ganhos em saúde para todos os cidadãos que obtêm uma correta e eficaz continuidade dos cuidados de que necessitam (Torres & Monte, 2011).

De modo a potenciar o suporte aos pais destas crianças, identifica-se como elemento-chave a articulação de cuidados entre a urgência pediátrica e os CSP, no sentido de garantir a continuidade de cuidados e promover uma maior adequação na recorrência aos serviços de saúde e na resposta às necessidades específicas da criança e dos pais.

2. OBJETIVOS DA ARTICULAÇÃO

Com o objetivo de contribuir para responder à problemática acima apresentada, surge a seguinte proposta de um programa de articulação entre o SUP do Hospital [REDACTED] e a USF [REDACTED], numa fase de teste-piloto, proposta esta após validação da sua efetividade, se propõe que seja alargada a todas as unidades de CSP da área de abrangência deste hospital. Deste modo, foram traçados os seguintes objetivos para a proposta deste programa de articulação:

- Melhorar a comunicação entre o SUP e os CSP
- Promover a continuidade dos cuidados
- Promover um suporte parental mais adequado, tendo em conta as necessidades específicas dos pais
- Promover a capacitação parental, tornar os pais mais seguros e confiantes nos cuidados ao filho
- Reduzir o número de recorrências ao SUP por situações não-emergentes, particularmente nos primeiros 3 anos de vida
- Melhorar a satisfação dos pais acerca da resposta dos Serviços de saúde

3. PROGRAMA DE ARTICULAÇÃO

3.1. Critérios de referenciação SUP-CSP

De modo a uniformizar a referenciação de crianças com vindas não-urgentes ao SUP para o centro de saúde, sugerem-se os seguintes critérios de referenciação:

1. Crianças entre os 0 e os 3 anos de idade (cumulativamente a todos os critérios)
2. Crianças triadas com pulseira verde ou azul (cumulativamente a todos os critérios)
3. Crianças com mais **3 ou mais vindas** ao Serviço de Urgência no espaço de **uma semana**, pela mesma queixa sem agravamento significativo
4. Crianças com **4 ou mais vindas** ao Serviço de Urgência no espaço de um mês, por **sintomas leves de doença** (febre baixa com menos de 3 dias de evolução em criança com mais de 3 meses, tosse esporádica, rinorreia, diarreia ou vômitos ocasionais)
5. Pais de crianças que apresentem consistentemente dificuldade nos cuidados ao bebé nas vindas à urgência
6. **Mais de 10 vindas** ao SUP no período de **1 ano** - definição proposta na literatura para utilizadores frequentes na idade pediátrica (Martins, Marques, Sousa, Valério, Cabral & Almeida, 2020).

3.2. Procedimentos

Em termos operacionais, este programa de articulação concretiza-se da seguinte forma (Figura 1). Perante uma criança que recorre ao SUP e esteja incluída nos critérios definidos, durante a sua permanência no serviço o enfermeiro de urgência cria oportunidades para identificar e responder às necessidades dos pais nos cuidados com a criança face à sua situação atual de saúde, bem como promover a literacia para a saúde por meio da explicação quanto à melhor adequação na procura dos serviços de saúde de acordo com a queixa da criança, sempre que oportuno.

Posteriormente à alta da criança do serviço de urgência, o enfermeiro de urgência elabora uma carta de referenciação (Apêndice II) que envia via email para a unidade de saúde a que a criança pertence (ver 3.3. Listagem de contactos). Na carta de referenciação devem constar os dados de identificação da criança e dos pais bem como o respetivo contacto, o motivo da referenciação, as dificuldades dos pais identificadas nos cuidados à criança, as intervenções de enfermagem/tratamentos realizados no serviço, com destaque para os cuidados no âmbito da educação para a saúde, de forma a que o colega a quem se referencia a criança tenha o conhecimento mais exato possível das necessidades dos pais, de modo a planear uma intervenção antecipatória de capacitação parental com o objetivo de reduzir as recorrências ao SUP por situações não-urgentes.

Na Unidade de Saúde (USF/UCSP), o enfermeiro interlocutor recebe a carta de referenciação proveniente do serviço de urgência e encaminha-a para o enfermeiro de família daquela criança (USF) ou para o enfermeiro de Saúde Infantil (UCSP). Este enfermeiro entra então em contacto telefónico (preferencialmente) ou via mail com os pais, com o objetivo de validar a necessidade de suporte parental, reforço do cuidado no âmbito da educação para a saúde. O enfermeiro deve demonstrar disponibilidade para esclarecimento de dúvidas/apoio sempre que considere pertinente e/ou quando os pais verbalizem a necessidade. Neste contacto, que é desejável ocorrer dentro dos primeiros dias após a alta da criança do serviço de urgência, o enfermeiro de família/referência disponibiliza o seu email, que servirá como meio de comunicação futuro com os pais quando surgirem questões relativamente à criança e respetivos cuidados a ter com a mesma.

A relação estabelecida entre o enfermeiro de família/referência e os pais irá transmitir segurança e aumentar a autoeficácia parental. Com esta medida de suporte parental pretende-se reduzir progressivamente o número das recorrências ao SUP em situações não-urgentes. Neste contacto, o enfermeiro disponibiliza-se para enviar aos pais da criança dois folhetos informativos que poderão ser um recurso importante para os pais: Folheto 1 - Sinais de alarme que devem motivar a ida da criança ao serviço de urgência e Folheto 2 - Cuidados antecipatórios adaptados às diferentes faixas etárias (Apêndice III).

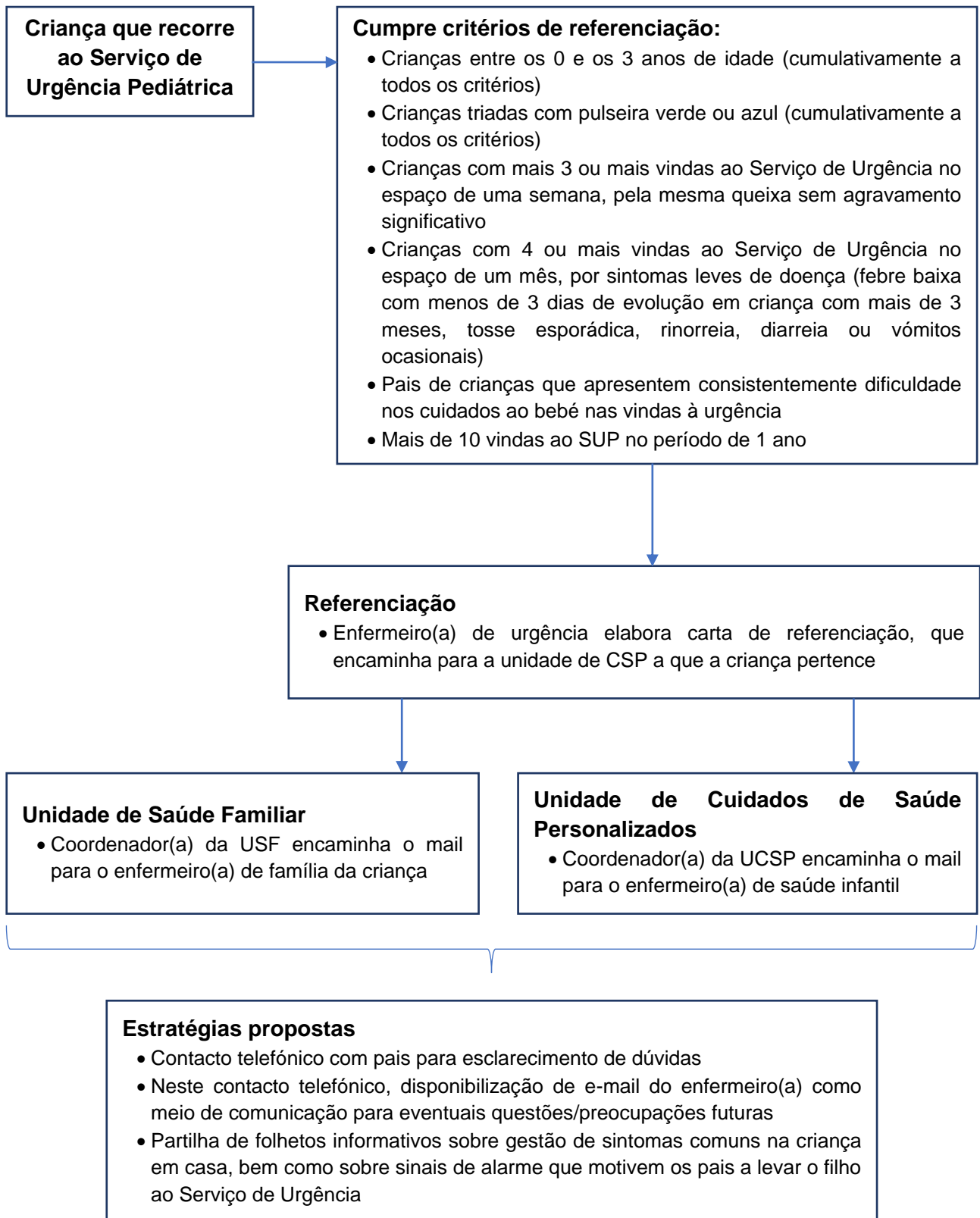


Figura I – Fluxograma de procedimentos referênciação SUP-CSP

Propõe-se ainda que esta comunicação interinstitucional funcione de forma inversa, ou seja, quando uma criança recorre a uma unidade de CSP e que suscite preocupação/dúvida ao enfermeiro quanto ao seu estado de saúde, o enfermeiro da unidade elabora uma carta de referência (Apêndice IV) que encaminha para o mail criado para o efeito da articulação, e entrega uma cópia da mesma carta aos pais para entregarem ao enfermeiro do SUP.

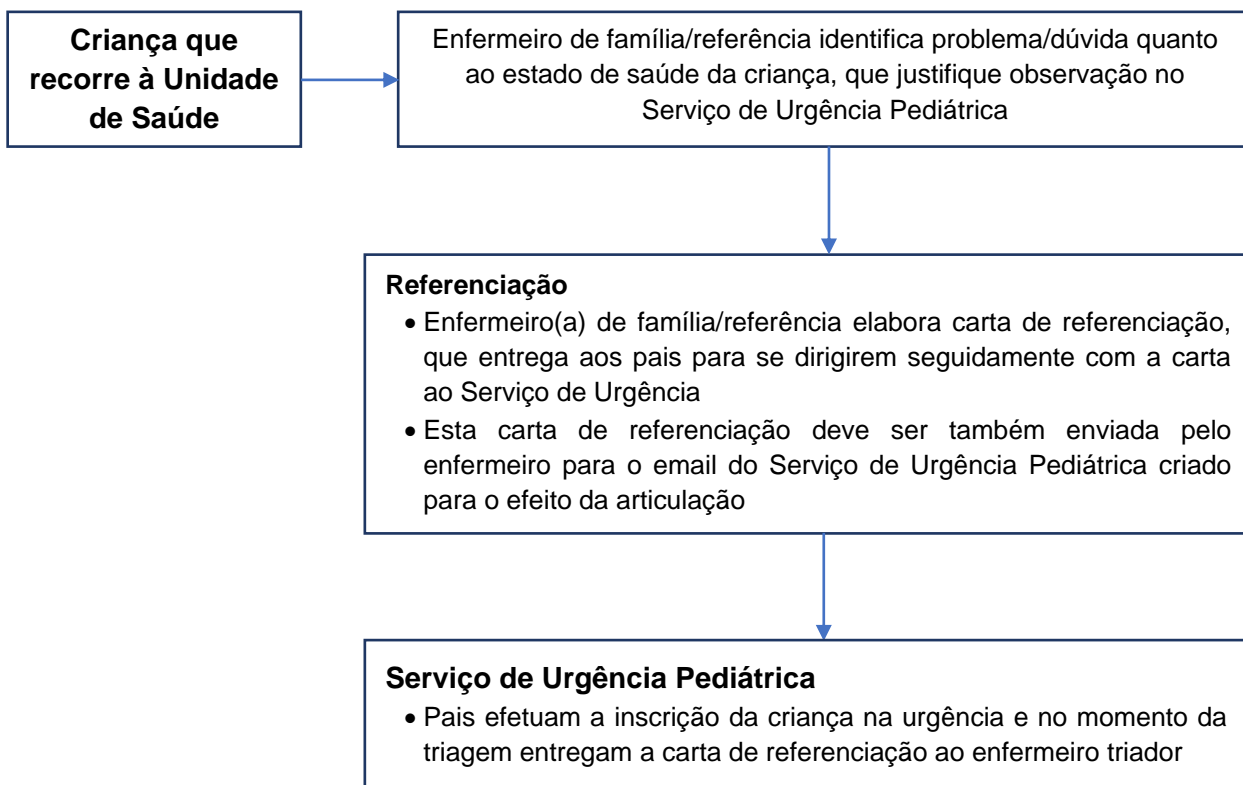


Figura II – Fluxograma de procedimentos de referência CSP-SUP

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics (2001). Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. *Annals of Emergency Medicine*, 37(4), 423–427. DOI: <https://doi.org/10.1067/mem.2001.114067>
- Butun, A., Linden, M., Lynn, F. & McGaughey, J. (2019). Exploring parents' reasons for attending the emergency department for children with minor illnesses: A mixed methods systematic review. *Emergency Medicine Journal*, 36: 39-46. DOI:10.1136/emered-2017-207118.
- Direção-Geral de Saúde. (2001). Rede de Referência Hospitalar de Emergência/Urgência. *Direcção de Serviços de Planeamento*, 24. Acedido a 23-05-2021. Disponível em <https://www.dgs.pt/planeamento-de-saude/hospitais/redes-referenciacao-hospitalar/rede-de-referenciacao-hospitalar-de-urgenciaemergencia.aspx>.
- Freitas, A., Moreira, A., Tomé, S. & Cardoso, R. (2016). Motivos de recurso ao SUP. *Nascer e Crescer*, 25(3), 136–140. DOI: <https://doi.org/10.25753/BirthGrowthMJ.v25.i3.10075>
- Holden, B., Egan, M., Snijders, V. & Service, S. (2017). Why do parents bring children with minor illness to emergency and urgent care departments? Literature review and report of fieldwork in North West London. United Kingdom: The Behavioural Insights Team.
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I. & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar - Um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5): 311-317. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.12769>
- Moran, P., Ghatge, D. & Merwe, A. (2004). What Works in Parenting Support? A Review of the International Evidence. *Education*, 3–203. Acedido a 15-07-2021. Disponível em <https://dera.ioe.ac.uk/5024/1/RR574.pdf>.
- Ogilvie, S., Hopgood, K., Higginson, I., Ives, A. & Smith, J. (2016). Why do parents use the emergency department for minor injury and illness? A cross-sectional questionnaire. *JRSM Open*, 7(3), 205427041562369. DOI: <https://doi.org/10.1177/2054270415623695>
- Poku, B. & Hemingway, P. (2019). Reducing repeat paediatric emergency department attendance for non-urgent care: a systematic review of the effectiveness of interventions. *Emergency Medical Journal*, 36(7), 435-442. DOI: 10.1136/emered-2018-207536
- Rowe, B., Cook, C., Wootton, R. & Brown, T. (2015). *A&E: Studying Parental Decision Making around non-urgent attendance among unders 5s*. Esro. Acedido a 23-05-2021. Disponível em <https://www.revealingreality.co.uk/wp-content/uploads/2017/03/RevealingRealityDHnonurgentattendance.pdf>.
- Seguin, J., Osmanliu, E., Zhang, X., Clavel, V., Eisman, H. (...) & Oskoui, M. (2018). Frequent users of the pediatric emergency department. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 20(3), 401–408. DOI: <https://doi.org/10.1017/cem.2017.15>

- Serbin, L., Hubert, M., Hastings, P., Stack, D. & Schwartzman, A. (2014). The influence of parenting on early childhood health and health care utilization. *Journal of Pediatric Psychology*, 39(10), 1161–1174. DOI: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu050>.
- Shonkoff, J. & Garner, A., Siegel, B., Dobbins, M., Earls, M., McGuinn, L. (...) & Wood, D. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, 129(1): 232-246. DOI: [10.1542/peds.2011-2663](https://doi.org/10.1542/peds.2011-2663)
- Torres, A. & Monte, A. (2011). A Articulação de CSP e Hospitais e o seu Impacto a Nível Regional. *17º Congresso Da APDR: Gestão de Bens Comuns e Desenvolvimento Sustentável*, 1607–1619. Acedido a 11-10-2021. Disponível em https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8898/1/APTorres%2BAPMonte_Procedings_17ºcongresso_APDR-2011_p1607.pdf
- WHO (2020). Improving Early Childhood Development: WHO Guideline. Acedido a 19-05-2021. Disponível em https://www.who.int/maternal_child_adolescent/child/Improving_Early_Childhood_Development_WHO_Guideline_Summary_.pdf

APÊNDICES

Carta-Tipo SUP

O/A _____ (nome completo), com data de nascimento _____, e pertencente ao Unidade de Saúde _____, recorreu ao SUP no dia ___/___/___, pelas ___h___, por _____ (motivo).

Apresenta como critérios de referenciação: _____.

Durante a permanência no serviço foram identificadas as seguintes necessidades de aprendizagem/dificuldades dos pais na prestação de cuidados ao filho:

Necessidades	Ensino/Educação para a Saúde	Demonstração (sim/não/NA)	Treino (sim/não/ N/A)	Validação (realiza autonomamente sim/não/NA)
Necessidades identificadas no momento alta				

Como tal, à data da alta do Serviço de Urgência considera-se importante a referenciação destes pais ao colega da Unidade de Saúde a que a criança pertence, para continuidade dos cuidados, nomeadamente de diagnóstico de necessidades de ensino/esclarecimento de dúvidas parentais e acompanhamento posterior.

Contactos dos pais (após consentimento):

-
-

Com os meus melhores cumprimentos,

Carta-tipo CSP

O/A _____ (nome completo), com data de nascimento de _____, e pertencente Unidade de Saúde _____, veio à Unidade no dia _/ _/_, pelas _h_, por _____.

Tem como antecedentes pessoais _____.

Durante a permanência na Unidade de Saúde foi identificada pela enfermeira/pais a seguinte preocupação/problema na criança: _____

Na unidade foram realizadas as seguintes intervenções:

_____.

Como tal, encaminha-se esta criança para observação no Serviço de Urgência com a maior brevidade.

Contacto do enfermeiro da USF/UCSP:

-
-

Com os meus melhores cumprimentos,

Apêndice VIII – Apresentação Sessão de Trabalho

“Bem Articular para Melhor Cuidar”

Sessão de Trabalho

Ana Rita Guerreiro

(Estudante do Curso de Mestrado na Área de Especialização de Saúde Infantil e Pediátrica, ESEL)

Orientadora Clínica: [Redacted]

Orientadora Pedagógica: Prof. Isabel Malheiro

Janeiro de 2022



Problemática

Sumário



Papel fundamental do enfermeiro de família



Mais-valia da articulação SUP-CSP



Programa de Articulação



Motivos de recurso à urgência por situações não-urgentes



Critérios de referência do SUP para a Unidade de Saúde



Critérios para encaminhamento para o SUP (Sinais de alarme)



Folhetos



Sugestões de Melhoria



Problemática

Crianças com idade <3 anos: utilizadores mais frequentes dos serviços de urgência

(Intercollegiate Committee for Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings, 2018)

O nº de vindas não-urgentes ao SUP é maior quanto menor for a idade da criança

(Rafael, Portela, Sousa & Fernandes, 2017)

Pais procuram frequentemente cuidados médicos para os filhos nos serviços de urgência por situações não-urgentes

(Doobinin, Heidt-Davis, Gross & Isaacman, 2003)

Diminuição na qualidade dos cuidados, insatisfação dos utentes e profissionais, aumento dos custos

(Holden, Egan, Snijders & Service, 2017; Freitas, Moreira, Tomé & Cardoso, 2016)

Segundo a *American Academy of Pediatrics* (2001), crianças menores de 3 anos representam a maior proporção de consultas médicas com apresentação de situações sem critério de urgência nos serviços de urgências.

Entre os motivos:

- Superestimação de perigo
- Procura de aconselhamento
- Baixo nível de confiança dos pais em prestar cuidados
- Dificuldade na acessibilidade aos CSP

(Holden, Egan, Snijders & Service, 2017; Ogilvie, Hopgood, Higginson, Hys & Smith, 2016; Rowe, Cook, Wootton & Brown, 2015)

Geradores de stress nos pais



Problemática

1994: condições pediátricas não-urgentes eram responsáveis por 58% a 82% das visitas ao SUP

(Fong, 1999)

2013-2016: cerca de 55 a 65% da totalidade dos atendimentos em urgência pediátrica foram classificados como não-urgente

(Holden et al., 2017)

Tendência crescente no recurso não-urgente ao SUP em idade pediátrica de ano para ano

(Gkentzi, Katsoula, Fouzas, Mentis, Karatza & Dimitriou, 2019)

Necessidade de suporte parental redutor do stress parental e promotor do cuidado responsivo e do bem-estar infantil à criança nos primeiros 3 anos de vida

Papel fundamental do enfermeiro de família

“O profissional de enfermagem que, integrado na equipa multiprofissional de saúde, assume a responsabilidade pela prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade”

Cuida da família como unidade de cuidados e presta cuidados gerais e específicos nas diferentes fases da vida do indivíduo e da família

Prevenção primária, secundária e terciária

Trabalha em articulação ou complementaridade com outros profissionais de saúde

Contribui para a ligação entre a família, os outros profissionais e os recursos da comunidade

Garante maior equidade no acesso aos cuidados de saúde

Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto (2014). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149 (5-08-2014), 4069-4071.

Mais-valia da articulação SUP-CSP

Alguns exemplos:

Unidade de Saúde Local do Alto Minho-SU

- Elevada proporção de episódios de atendimento em urgência hospitalar classificados com pulseira verde ou azul (38,6%) em 2018
- Com a articulação CSP e SU, verificou-se uma redução de 9,2% destes episódios ao SU em 2019

“Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar - Um Estudo Piloto”

- Modelo de gestão de caso, responsável por executar uma intervenção criada pela articulação entre profissionais de saúde hospitalares e dos cuidados de saúde primários
- Ao longo do ano em que foi realizada a intervenção na amostra em estudo verificou-se uma diminuição no número de admissões em 95% dos utentes (78/82), com uma redução, em média, de 6,2% do número de vindas

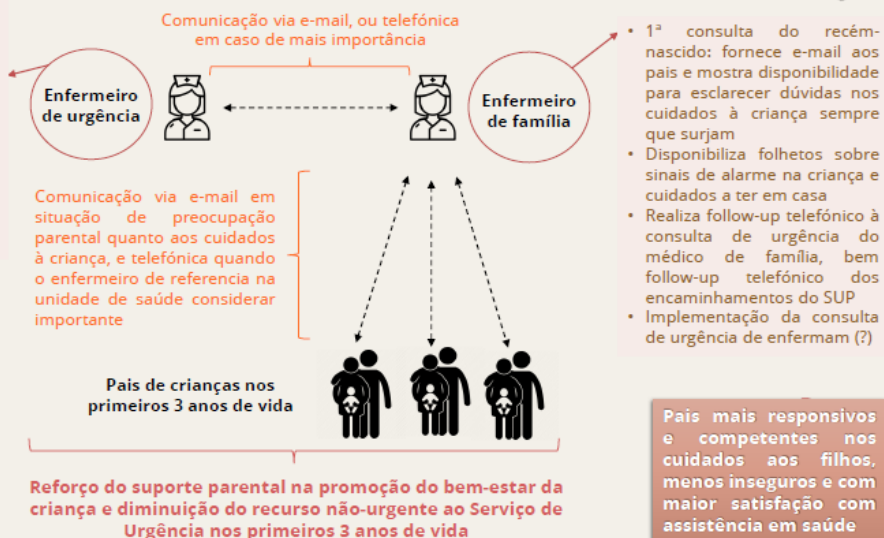
A **integração de cuidados**, o **trabalho nas boas práticas** e a **literacia em saúde** assumem-se como fatores muito importantes para uma boa gestão dos percursos das pessoas no SNS, promovendo o **acesso a cuidados de saúde de qualidade** e a **requalificação do atendimento**, com **centralidade no cidadão**.

(Martins, Marques, Sousa, Valério, Cabral & Almeida, 2020; Fonseca, Pinto, Araújo, Costa, Costa & Lopes, 2019)

Programa de Articulação



- Cria oportunidades para a promoção de suporte parental, quando identificadas dificuldades/necessidades nos cuidados à criança
- Sinaliza/referencia à unidade de saúde a que pertence, com informação das crianças com menos de 3 anos e suas famílias que recorram ao SUP por motivos não-urgentes
- Dá resposta a dúvidas face a crianças que suscitam preocupação pelos enfermeiros do centro de saúde



Critérios propostos de referenciação do SUP para a Unidade de Saúde

Crianças entre os 0 e os 3 anos de idade (cumulativamente a todos os critérios)

Crianças triadas com pulseira verde ou azul (cumulativamente a todos os critérios)

Crianças com **mais 3 ou mais vindas** ao Serviço de Urgência no espaço de **uma semana**, pela mesma queixa sem agravamento significativo

Crianças com **4 ou mais vindas** ao Serviço de Urgência no espaço de um mês, por **sintomas leves de doença** (febre baixa com menos de 3 dias de evolução em criança com mais de 3 meses, tosse esporádica, rinorreia, diarreia ou vômitos ocasionais)

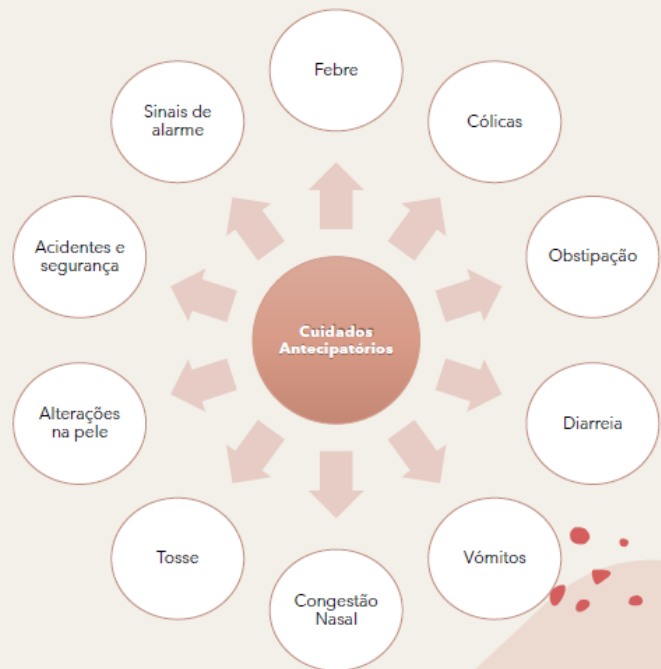
Pais de crianças que apresentem consistentemente dificuldade nos cuidados ao bebé nas vindas à urgência

Mais de 10 vindas ao SUP no período de **1 ano** (definição proposta na literatura para utilizadores frequentes na idade pediátrica)

(Martins, Marques, Sousa, Valério, Cabral & Almeida, 2020)

Motivos de recurso à urgência por situações não-urgentes

Sintomas leves de doença	Problemas comuns
<ul style="list-style-type: none"> Vómitos ou diarreia esporádicos Febre baixa e com menos de 3 dias de evolução (exceto na criança menor que 3 meses) Tosse Congestão nasal Alterações na pele 	<ul style="list-style-type: none"> Cólicas Obstipação Alterações na pele



Crítérios para encaminhamento para o SUP (Sinais de alarme)



Folhetos

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

Que fazer?

0-6 meses



A febre

- Até aos 3 meses, se o bebé tiver febre deve consultar o médico assistente.
- Considerar febre uma temperatura corporal a partir de 38°C no/a.
- **Carilgárgua de que o bebé está sobreataque** (febre, irritação do corpo, anorexia, muito agitado).
- Quando o/a bebé tiver temperatura acima de 38°C, deve o/a sempre dar-lhe a água com fôlho a colar novamente.
- Caso o bebé >38°C tenha convulsões, deve imediatamente contactar o médico (chamar o ambulância) e apresentar o bebé logo.
- Quando o febre não baixar, contactar o médico para que a pele esteja a ser limpa com água.

As cólicas

- As cólicas são uma espécie muito comum nos bebés.
- O bebé tem colíco, tem um abalo intenso e incontrolável, pode apresentar muitas agitações ou mesmo a diarréia.
- Não se trata de uma febre.
- Pode manifestar-se sob a forma de:
 - Fazer resacação abdominal entre as pernas/abdome no sentido da perna do bebé.
 - Carilgárgua que o bebé tem no ventre e manifesta-se entre as 6 e 12 horas.
 - Fazer o máximo de ruído.

A diarreia

- A diarreia ou intestino mofo pode ser confundida, pelo seu aspeto, com o vômito, mas não é a mesma coisa, que se deve ao abalo no sistema digestivo.
- A diarreia é uma alteração no volume e consistência das fezes, o que não constitui emergência em nenhum dos casos de diarreia de bebé. Caso se verifique diarreia os recém-nascidos deve ler-se o Serviço de Urgência.
- Dever o/a apresentar ao médico logo. Caso o bebé fique demasiado irritado, choroso e mesmo febril, ou que não esteja a ganhar peso, deve contactar o médico.
- Na presença de sinais de desidratação (língua seca, olhos fundos, pele resacaçada) e se pouco hidratado, deve ser hospitalizado ou tratado de acordo com o caso, para o Serviço de Urgência.

Vômitos

- É comum o recém-nascido fazer um pouco de vômito, a apresentar uma pequena quantidade de leite após as refeições.
- Deve diferenciar o bebé de um episódio de vômito, sendo que os vômitos são o vômito de conteúdo alimentar em grande quantidade, enquanto que o bebé pode vomitar por vezes quando colíco e fazer o vômito no dia da água e normal.
- Se o bebé vomitar 3 ou mais vezes, deve ser levado ao médico e 3 meses, deve ser observado pelo médico assistente.
- Dever o/a chamar ao Serviço de Urgência se não se apresentar logo de desidratação.
- Se os vômitos forem frequentes, contactar o médico para avaliar o caso.
- Se o bebé o vômito de conteúdo alimentar, sempre que apresentar o caso de desidratação ou um episódio de vômito de 3 a 5 vezes.

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

Que fazer?

0-6 meses



A tosse

- A tosse é um reflexo fisiológico que funciona como mecanismo de defesa natural do aparelho respiratório. A sua função é regular as secreções das vias aéreas superiores, impedindo que estas se acumulam.
- Quando o bebé está com tosse:
 - Refugiar o bebé de fumar, principalmente cigarro.
 - Evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.
 - Desidratar o bebé com a água.
 - Evitar banhos com a água do banho.
 - Não dar medicação para a tosse e sempre com prescrição médica.

A congestão nasal

- Quando o bebé está resfriado, a febre faz parte o que se tem a tosse. Febril e tosse são os sinais de alerta para o médico assistente, antes de o bebé estar a tosse.
- Dever o/a apresentar ao médico logo.
- Quando o bebé está com tosse, deve o/a evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.
- Quando o bebé está com tosse, deve o/a evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.

Alterações na pele

- **Síndrome Nádia**: presença de manchas vermelhadas dispersas no corpo do bebé, principalmente no tronco, braços, pernas e abdome, sendo que aparecem nos primeiros dias de vida e desaparecem por volta dos 3 meses.
- **Acne neonatal**: aparece nos primeiros meses de vida e manifesta-se como pequenas pápulas, comedões ou pustulas eritematosas inflamatórias no rosto, tórax e costas. É semelhante ao acne e desaparece espontaneamente.
- **Diaperite da pele**: manifesta-se quando o bebé está a usar fraldas e a pele do bebé está irritada, sendo que a pele do bebé está vermelha e com pequenas bolhas.
- **Lesões generalizadas**: alterações cutâneas que se manifestam por manchas vermelhas e pequenas bolhas, sendo que a pele do bebé está irritada e com pequenas bolhas.

Acidentes e segurança

- Quando o bebé está com tosse, deve o/a evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.
- Quando o bebé está com tosse, deve o/a evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.

Sinais/sintomas que motivam recorrer ao Serviço de Urgência

- Diarreia persistente.
- Vômitos persistentes (diarreia que o bebé não tem colíco).
- Febre ou tosse.
- Convulsões.
- Sinais de desidratação.
- Diaperite.
- Com "transparência" da pele.

Folhetos

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

Que fazer?

6-12 meses



Os vômitos

- **Febre de 3 dias**: febre que se prolonga por 3 dias consecutivos.
- **Febre alta**: febre que se prolonga por 3 dias consecutivos, com uma temperatura corporal a partir de 38°C no/a.
- **Carilgárgua de que o bebé está sobreataque** (febre, irritação do corpo, anorexia, muito agitado).
- Quando o/a bebé tiver temperatura acima de 38°C, deve o/a sempre dar-lhe a água com fôlho a colar novamente.
- Caso o bebé >38°C tenha convulsões, deve imediatamente contactar o médico (chamar o ambulância) e apresentar o bebé logo.
- Quando o febre não baixar, contactar o médico para que a pele esteja a ser limpa com água.

A diarreia

- A diarreia é uma alteração no volume e consistência das fezes, o que não constitui emergência em nenhum dos casos de diarreia de bebé. Caso se verifique diarreia os recém-nascidos deve ler-se o Serviço de Urgência.
- Dever o/a apresentar ao médico logo. Caso o bebé fique demasiado irritado, choroso e mesmo febril, ou que não esteja a ganhar peso, deve contactar o médico.
- Na presença de sinais de desidratação (língua seca, olhos fundos, pele resacaçada) e se pouco hidratado, deve ser hospitalizado ou tratado de acordo com o caso, para o Serviço de Urgência.

A febre

- Até aos 3 meses, se o bebé tiver febre deve consultar o médico assistente.
- Considerar febre uma temperatura corporal a partir de 38°C no/a.
- Para controlar a febre, o/a deve sempre dar-lhe a água com fôlho a colar novamente.
- Quando o/a bebé tiver temperatura acima de 38°C, deve o/a sempre dar-lhe a água com fôlho a colar novamente.
- Quando o febre não baixar, contactar o médico para que a pele esteja a ser limpa com água.

A obstipação

- A obstipação é um problema muito frequente nos bebés, o que se deve ao aumento da produção de leite materno.
- Dever o/a apresentar ao médico logo.
- Dever o/a apresentar ao médico logo.

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

Que fazer?

6-12 meses



Alterações na pele

- **Síndrome Nádia**: presença de manchas vermelhadas dispersas no corpo do bebé, principalmente no tronco, braços, pernas e abdome, sendo que aparecem nos primeiros dias de vida e desaparecem por volta dos 3 meses.
- **Acne neonatal**: aparece nos primeiros meses de vida e manifesta-se como pequenas pápulas, comedões ou pustulas eritematosas inflamatórias no rosto, tórax e costas. É semelhante ao acne e desaparece espontaneamente.
- **Diaperite da pele**: manifesta-se quando o bebé está a usar fraldas e a pele do bebé está irritada, sendo que a pele do bebé está vermelha e com pequenas bolhas.

A congestão nasal

- Quando o bebé está resfriado, a febre faz parte o que se tem a tosse. Febril e tosse são os sinais de alerta para o médico assistente, antes de o bebé estar a tosse.
- Dever o/a apresentar ao médico logo.
- Quando o bebé está com tosse, deve o/a evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.

Acidentes e segurança

- Quando o bebé está com tosse, deve o/a evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.
- Quando o bebé está com tosse, deve o/a evitar o contacto do bebé quando colíco e febre e descomodar para evitar a tosse.

Sinais/sintomas que motivam recorrer ao Serviço de Urgência

- Diarreia persistente.
- Vômitos persistentes (diarreia que o bebé não tem colíco).
- Febre ou tosse.
- Convulsões.
- Sinais de desidratação.
- Diaperite.
- Com "transparência" da pele.

Folhetos

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

Que fazer?

> 12 meses



A febre

- A febre, a manifestação mais comum do sistema de defesa pediatríca
- Considera-se febre uma temperatura corporal **superior a 38°C retil**
- Para controlar a febre os dois principais medicamentos são o **Paracetamol** e, a partir dos 6 meses, o **Ibuprofeno**.
- Caso a febre >38°C não cesse (até 3 dias de intensidade), pode alterar-se com **diagnóstico após 48 do último tratamento**
- Quando a criança está febril, mantenha-o hidratado para que a pele arrefeça e a temperatura baixe.



A obstipação

- Garantir que a **alimentação** seja o mais equilibrado possível, com reforço de consumo diário de vegetais, frutas e ervas frescas de folha verde e **evitar a excessiva ingestão de leite e derivados**.
- Quando a criança começa a utilizar a **baneta, evitar refreios**, reduzir o hábito de ir à casa de banho preferencialmente à mesma hora todos os dias, inicialmente 18 a 40 minutos após o refeições, para aproveitar o reflexo gastrocólico, que ajuda na evacuação



Os vômitos

- Evitar dar água** - oferecer soro de rehidratação oral ou 40 equivalentes.
- Não oferecer líquidos ou alimentos imediatamente após o episódio** - aguardar pelo menos 30 minutos sem que a criança vomite, antes de lhe oferecer soro de rehidratação oral ou chá. **Recomendamos** o chá de camomila ou (a partir de 5 até 6 anos de idade)
- Se um episódio de **presença de sinais de desidratação** (língua seca, olhos encovados, choro sem lágrimas, urina concentrada e em pouca quantidade)
- Não insistir na ingestão de alimentos** enquanto o episódio de vômitos persistir - oferecer alimentos para estimular para o seguinte

A diarreia

- Reforço e ingestão de líquidos** para prevenir a desidratação, nomeadamente chá, água, água de coco e soro de hidratação oral.
- Quando o episódio está em curso é **comum a desidratação de rápida**. Começar logo, sempre no silêncio, em **períodos curtos** mas com maior frequência ao longo do dia, respeitando o horário da criança.
- A dieta do **entanto deve incluir**: Sopa de carneiro; Cordeiro sem gordura; Peixe de água salgada sem óleo; Arroz cozido; Cereais cozidos ou gelatinosos; Macarrão cozido; Banana madura; Tostadas sem manteiga ou margarina; **Evitar** alimentos com teor de gordura elevado; melancia; leite cru; gelados.
- No presença de **sinais de desidratação** (língua seca, olhos encovados, choro sem lágrimas) ou presença de **sangue nas fezes, febre e alteração no hábito de ingestão**

ANTECIPAR OS PROBLEMAS

Que fazer?

> 12 meses



Alterações na pele

- Eczema atópico**: é uma doença viral febril benigna. Durante 3-6 dias a criança tem alguma febre alta e movimento nasal e quando a febre passa, surgem pequenas manchas no tronco, região perianal e abaixo dos cotovelos nos 1.º ou 2.º dias.
- Carolinha**: é uma doença benigna muito comum na infância. É uma forma de erupção que se manifesta também por uma erupção da pele.
- Manchas brancas**: afetam sobretudo a face e o tronco, com maior incidência no verão, devido ao uso de protetores solares e exposição solar.



A tosse

- A tosse é um reflexo fisiológico que funciona como mecanismo de defesa natural do aparelho respiratório. A sua função é expulsar as secreções dos seus locais superiores, impedindo que entre no aparelho.
- Quando o bebé está com febre -> oferecer o soro de hidratação oral, nomeadamente água.
- Evitar o tabaco do berço quando o bebé ou a mãe estiverem a utilizar o aparelho respiratório.
- Evitar o contacto com pessoas com tosse ou resfriado.
- Não dar leite para o bebé > 6 meses, sem falar com o seu pediatra.



A congestão nasal

- Quando o seu filho está congestionado, a febre não poderá ser controlada e pode causar o **respiro nasal irregularmente**, antes do adormecer e ao acordar.
- Beber e respirar nasal frequentemente** - ajuda por melhorar apenas em 50%, se a congestão não for alivada.
- Quando deitado no berço, incline o cabeceira do berço ligeiramente, para permitir que o bebé respire melhor quando congestionado.
- Reforço e ingestão de líquidos**

Acidentes e segurança

- Oferecer o soro de hidratação e a expulsa o conteúdo
- Colocar proteções de bordas e tapar os objetos na casa de banho e não ter objetos perigosos ao alcance da criança.
- No caso de ter mordidas e arranhões em casa, utilizar uma mordida em mordida e mordidas de proteção de bordas e tapar os objetos na casa de banho e não ter objetos perigosos ao alcance da criança.
- Oferecer medicamentos e outros produtos farmacêuticos apenas para o tempo em locais de alta e de alta qualidade.

Sinais/sintomas que motivam recorrer ao Serviço de Urgência

- Dificuldade respiratória
- Sinais de desidratação
- Vômitos em diversos períodos com mais de 5 dias de evolução
- Sangue nas fezes
- Febre alta com mais de 5 dias de evolução
- Paralisia
- Febre de convulsões
- Convulsão
- Transtorno

Poster

QUANDO LEVAR O SEU FILHO À URGÊNCIA?

Alguns sinais importantes a ter em atenção e, se observados na criança, deve trazê-la ao Serviço de Urgência:


- SINAIS DE DESIDRATAÇÃO**
 - Língua seca, olhos encovados, choro sem lágrimas ou urina muito concentrada e em pouca quantidade
- DIFICULDADE EM RESPIRAR**
 - Aumento do esforço respiratório: respiração muito rápida, associada à presença das "covinhas" entre as costelas e abaixo do pescoço
 - Presença de estridor: ruído agudo e persistente na inspiração
- VÔMITOS OU DIARREIA PERSISTENTES**
 - Quando a criança inicia um quadro de vários vômitos ou diarreia seguidos num intervalo de poucas horas
- ALTERAÇÃO DO COMPORTAMENTO**
 - Quando a criança tem um comportamento fora do habitual, em que alterna períodos de prostração com irritabilidade excessiva ou choro inconsolável
 - Recusa alimentar
 - Desmaio
 - Ausência de resposta quando estimulada
- ALTERAÇÕES DA PELE**
 - Aparecimento de pequenos pontos vermelhos na pele, que não desaparecem após pressionar com o dedo
 - Inchaço dos lábios, pálpebras ou face
 - Inchaço das articulações, associado a calor, vermelhidão ou dor e limitação no movimento
- TRAUMATISMO**
 - Caso a criança tenha sofrido uma queda com embate da cabeça deve trazê-la à urgência, para a despite de feridas
 - Observe por **choro imediato** após a queda, vômitos ou desmaio
- CONVULSÃO**
 - Caso suspeite de convulsão na criança, tente observar a presença de movimentos fora do comum e quanto tempo dura o episódio
 - A convulsão febril é bastante comum na criança pequena - antes de a trazer ao hospital **avaliar primeiro a temperatura corporal e, em caso de febre de medicação para a febre**

Realizado por: RUP/MSU/Centro de Estudos de Medicina em Especialização na área de Saúde Infantil e Pediatria



*Sugestões de
Melhoria*

Obrigada pela vossa atenção!



Referências Bibliográficas

- American Academy of Pediatrics. (2001). Care of children in the emergency department: guidelines for preparedness. *Annals of Emergency Medicine*, 37(4), 423-427. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.107.4.777>
- Doobinin, K., Heidt-Davis, P., Gross, T. & Isaacman, D. (2003). Nonurgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Pediatric Emergency Care*, 19(1), 10-14. DOI: 10.1097/00006565-200302000-00003
- Holden, B., Egan, M., Snijders, V. & Service, S. (2017). *Why do parents bring children with minor illness to emergency and urgent care departments? Literature review and report of fieldwork in North West London*. United Kingdom: The Behavioural Insights Team.
- Decreto-Lei nº118/2014 de 5 de agosto (2014). *Diário da República*, 1.ª série, n.º 149 (5-08-2014), 4069-4071.
- Fonseca, F., Pinto, A., Araújo, S., Costa, R., Costa, C. & Lopes, C. (2019). Abordagem dos doentes com prioridades azul e verde. *Revista ACONTECE*, Boletim nº 16, 20-21.
- Intercollegiate Committee for Standards for Children and Young People in Emergency Care Settings (2018). *Facing the Future: Standarts for children in emergency care settings*. United Kingdom: Royal College of Paediatrics and Child Health.
- Martins, M., Marques, R., Sousa, M., Valério, A., Cabral, I. & Almeida, F. (2020). Utilizadores Frequentes da Urgência Pediátrica: Conhecer, Intervir e Analisar - Um Estudo Piloto. *Acta Médica Portuguesa*, 33(5): 311-317. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.12769>