

ISSNe (electronic version): 2182.2883

ISSNp (print version): 0874.0283

SUPLEMENTO AO Nº 13 SÉRIE IV

**ATAS DO
I CONGRESSO INTERNACIONAL ESIP
"INVESTIGAÇÃO, CONHECIMENTO E
PRÁTICA CLÍNICA"**

**COMUNICAÇÕES ORAIS
PÔSTERES
CONFERÊNCIAS**

REVISTA DE ENFERMAGEM REFERÊNCIA
A PEER-REVIEWED INTERNATIONAL JOURNAL

REVISTA CIENTÍFICA DA UNIDADE
DE INVESTIGAÇÃO EM CIÊNCIAS
DA SAÚDE: **ENFERMAGEM**

SCIENTIFIC JOURNAL OF
THE HEALTH SCIENCES
RESEARCH UNIT: **NURSING**

ESCOLA SUPERIOR
DE ENFERMAGEM
DE COIMBRA

NURSING SCHOOL
OF COIMBRA

Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

JUNHO 2017

Referência

REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

Descritores em linguagem
MeSH (Medical Subject Headings)

Indexada em:



Membro do:



Objectivos e contexto

A *Revista de Enfermagem Referência* é uma revista científica, *peer reviewed*, editada pela Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem. Esta Unidade de Investigação é acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e acreditada pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia. O **objetivo** da revista é divulgar conhecimento científico produzido no campo específico das ciências da enfermagem, com uma abordagem interdisciplinar englobando a educação, as ciências da vida e as ciências da saúde. É requisito que todos os **artigos** sejam cientificamente relevantes e originais e de um claro interesse para o progresso científico, a promoção da saúde, a educação em saúde, a eficácia dos cuidados de saúde e tomada de decisão dos profissionais de saúde. Cerca de 80% dos artigos são publicados como artigos científicos originais e cerca de 20% dos artigos são artigos de revisão (revisão sistemática), artigos teóricos e ensaios. O **processo de revisão por pares**, *double blind*, inclui 10 fases, da submissão à disseminação (Pré-análise; Checklist; Revisão por pares; Gestão de artigo; Tratamento técnico e documental; Revisão final; Tradução; Maquetização e atribuição de DOI; HTML; Divulgação pelas bases de dados). Os seguintes documentos estão disponíveis aos autores: checklist, termo único e tópicos de análise crítica para ajudar a escrita de artigos científicos de acordo com o seu tipo específico. Os revisores podem aceder a estruturas sistemáticas de avaliação. A **gestão do processo de revisão** é totalmente automatizada. Isto permite uma ação efetiva de controlo, regulação e avaliação (gestão de autores, revisores e artigo). A revista tem uma **extensão internacional** e é publicada em **formato bilingue** (é obrigatória a versão em Inglês). É dirigido a estudantes, investigadores e profissionais das ciências da vida, ciências da saúde e área da educação.

Políticas editoriais definidas de acordo com os critérios do Directory of Open Access Journals – DOAJ. Acessível em open access em www.esenfc.pt/rr

Publicação regular, com periodicidade trimestral, divulgação em formato impresso e digital.

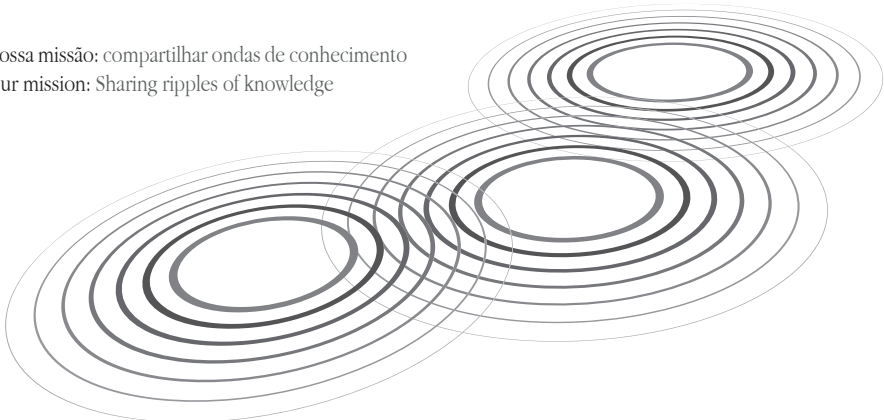
Nossa missão: compartilhar ondas de conhecimento
Our mission: Sharing ripples of knowledge

Aims and scope

The Journal of Nursing *Referência* is a peer-reviewed scientific journal published by the Health Sciences Research Unit: Nursing. This Research Unit is hosted by the Nursing School of Coimbra and accredited by the Foundation for Science and Technology. The **objective** of the journal is to disseminate scientific knowledge produced in the specific field of nursing science with an interdisciplinary approach covering the areas of education, life sciences and health sciences. All **papers** are required to be scientifically relevant and original and to show a clear significance for the scientific progress, health promotion, health education, health care effectiveness and health professionals' decision-making. Around 80% of the **articles** published are scientific and original articles, and around 20% of the articles are review papers (systematic review), theoretical papers and essays. The **double-blind review process** includes 10 stages from submission to dissemination (Pre-analysis; Checklist; Peer review; Article management; Technical and documentary support; Final review; Translation; Layout and DOI Assignment; HTML; Database dissemination). The following documents are available to authors: checklist, author's statement, and critical analysis topics to help prepare the scientific papers according to its specific type. Reviewers can access systematic assessment structures. The **management of the review process** is fully automated. This allows for an effective control, regulation and evaluation (authors, reviewers and article management). The Journal has an **international dissemination** and is published in a **bilingual version** (the English version is mandatory). It is directed at students, researchers and professionals from the areas of life sciences, health sciences and education.

Editorial policies defined according to criteria of Directory of Open Access Journals – DOAJ. Available in open access at www.esenfc.pt/rr

Regular publication, quarterly, print and digital dissemination.



SUMÁRIO



1	NOTA INTRODUTÓRIA
7	COMUNICAÇÕES ORAIS
9	Promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente. Fatores chave
27	Gestão de cuidados à criança e adolescente, com vulnerabilidades e problemas de comportamento
31	Gestão de cuidados ao recém-nascido de alto risco e sua família
39	Gestão de cuidados à criança com doença complexa e sua família
63	PÓSTERES
65	Promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente. Fatores chave
73	Gestão de cuidados à criança e adolescente, com vulnerabilidades e problemas de comportamento
77	Gestão de cuidados à criança com doença complexa e sua família
93	CONFERÊNCIAS

SUMMARY



3	INTRODUCTORY NOTE
7	ORAL PRESENTATIONS
9	Promotion of child and adolescent development. Key factors
27	Care management in children and adolescents with vulnerabilities and behavioral problems
31	Care management in high-risk infants and their families
39	Care management in children with complex disease and their families
63	POSTERS
65	Promotion of child and adolescent development. Key factors
73	Care management in children and adolescents with vulnerabilities and behavioral problems
77	Care management in children with complex disease and their families
93	CONFERENCES

ÍNDICE



5	NOTA INTRODUTORIA
7	COMUNICACIONES ORALES
9	Promoción del crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente. Factores clave
27	Gestión de cuidados al niño y al adolescente con vulnerabilidades y problemas de comportamiento
31	Gestión de cuidados al recién nacido de alto riesgo y a su familia
39	Gestión de cuidados al niño con enfermedad compleja y a su familia
63	PÓSTERES
65	Promoción del crecimiento y desarrollo del niño y el adolescente. Factores clave
73	Gestión de cuidados al niño y al adolescente con vulnerabilidades y problemas de comportamiento
77	Gestión de cuidados al niño con enfermedad compleja y a su familia
93	CONFERENCIAS

NOTA INTRODUTÓRIA

A Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente é uma estrutura interna da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENfC). Visa a prossecução da missão e finalidade da ESENfC, nomeadamente coordenação operacional, científica e pedagógica no domínio da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Em colaboração com a Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E - centro de investigação avaliado e acreditado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia desde 2004), a Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente organizou o I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Investigação, Conhecimento e Prática Clínica.

O Congresso teve como propósito constituir um espaço de reflexão sobre a investigação, o conhecimento e as práticas desenvolvidas em áreas consideradas prioritárias nos cuidados à criança e família nos vários ambientes de intervenção e foi enriquecido com a formalização da integração da Escola na Rede de Enfermagem de Saúde Infantil, ENSI.

O Congresso enquadrou-se no eixo estratégico da Escola orientado para a divulgação internacional da produção científica relevante e válida para a formação dos profissionais de saúde e para a melhoria dos cuidados. Constituiu uma iniciativa que também contribuiu para o fortalecimento de uma rede de colaboração internacional, favorecedora de laços de cooperação e desenvolvimento de projetos. Os objectivos específicos foram:

- analisar as tendências da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, particularmente na investigação, formação especializada e desenvolvimento de intervenções efetivas;
- apresentar evidências de efetividade de intervenções potenciadoras do crescimento e desenvolvimento das crianças;
- apresentar evidências de efetividade de intervenções às crianças com doença complexa e sua família;
- apresentar evidências de efetividade de intervenções às crianças, adolescentes, e famílias vulneráveis;
- analisar a importância da formação especializada para a melhoria das práticas.

Ao Congresso foram submetidos *abstracts* para comunicações orais e pósteres. De todo o processo de avaliação, por revisão cega, e após a recomendação de alterações, para melhoria, foram definitivamente aceites, regularizados e efetivamente apresentados 74 *abstracts*, 47 na forma de comunicações orais e 27 pósteres que se divulgam através de Suplemento ao nº 13 da Revista de Enfermagem Referência, revista indexada de divulgação internacional.

Os *abstracts* foram integrados nos seguintes eixos: Promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente. Fatores chave – 14 comunicações orais e 6 Pósteres; Gestão de cuidados à criança com doença complexa e sua família – 23 comunicações orais e 14 pósteres; Gestão de cuidados ao recém-nascido de alto risco e sua família – 7 comunicações orais e 4 pósteres; Gestão de cuidados à criança e adolescente, com vulnerabilidades e problemas de comportamento – 3 comunicações orais e 3 pósteres.

Os painéis realizados revestiram a mesma lógica tendo sido estruturados em função dos mesmos eixos. Realçamos que os painéis foram preenchidos por professores e investigadores de Enfermagem e de outras áreas complementares tendo enriquecido substancialmente o Congresso. Os participantes avaliaram o evento com qualidade científica muito adequada e excelente organização, o que nos motiva a continuar a criar oportunidades de diálogo e colaboração científica.

O Coordenador Científico da Unidade Científico-Pedagógica de Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente
Jorge Manuel Amado Apóstolo



INTRODUCTORY NOTE

The Scientific-Pedagogical Unit of Child and Adolescent Health Nursing is an internal structure of the Nursing School of Coimbra (ESENfC). It aims at fulfilling the mission and purpose of ESENfC, namely through scientific, pedagogical, and operational coordination within the domain of Child and Pediatric Health Nursing.

In collaboration with the Health Sciences Research Unit: Nursing (UICISA: E), which is a research unit assessed and accredited by the Foundation for Science and Technology since 2004), the Scientific-Pedagogical Unit of Child and Adolescent Health Nursing organized the 1st International Congress on Child Health and Pediatric Nursing - Research, Knowledge, and Clinical Practice.

This event was designed to create a space for reflection on the research, knowledge, and practice developed in priority areas of care delivery to children and families in multiple intervention settings. During this event, the Nursing School of Coimbra was also formally integrated into the Child Health Nursing Network, ENSI.

The Congress took place within the scope of the strategic axis of the School for the international dissemination of scientific production that is relevant and valid for health professionals' training and healthcare improvement. In addition, it was an initiative aimed at boosting international networking opportunities to establish cooperation partnerships and develop projects. The event had the following objectives:

- To examine trends in Child Health and Pediatric Nursing, namely in research, specialized training, and development of effective interventions;
- To present the existing evidence on the effectiveness of interventions capable of promoting children's growth and development;
- To present the existing evidence on the effectiveness of interventions aimed at children with complex diseases and their families;
- To present the existing evidence on the effectiveness of interventions aimed at vulnerable children/adolescents and their families;
- To examine the importance of specialized training in improving clinical practice.

Abstracts for posters and oral presentations were submitted to this event and analyzed using a blind review process, during which suggestions for improvement were made. A total of 74 abstracts were accepted and presented: 47 oral presentations and 27 poster presentations. These abstracts are now included in the Supplement to issue 13 of the Journal of Nursing *Referência*, an indexed journal of international dissemination.

Abstracts belonged to the following thematic areas: Promotion of child and adolescent development. Key factors – 14 oral presentations and 6 posters; Care management in children with complex disease and their families – 23 oral presentations and 14 posters; Care management in high-risk infants and their families – 7 oral presentations and 4 posters; and Care management in children and adolescents with vulnerabilities and behavioral problems – 3 oral presentations and 3 posters. Congress panels were structured according to these thematic areas, and speakers were teachers and researchers from Nursing and allied health areas, which have significantly enriched this scientific event. Participants rated the scientific quality of the event as very adequate, and its organization as excellent. This feedback encourages us to continue creating opportunities for scientific dialogue and collaboration.

The Scientific Coordinator of the Scientific-Pedagogical Unit of Child and Adolescent Health Nursing,
Jorge Manuel Amado Apóstolo

NOTA INTRODUTORIA

La Unidad Científico-Pedagógica de Enfermería de Salud del Niño y del Adolescente es una estructura interna de la Escuela Superior de Enfermería de Coimbra (ESEnFC) y se encarga de continuar la misión y la finalidad de la ESEnFC, en particular de la coordinación operativa y científico-pedagógica en el ámbito de la Enfermería de Salud Infantil y Pediátrica.

En colaboración con la Unidad de Investigación en Ciencias de la Salud: Enfermería (UICISA: E –centro de investigación evaluado y acreditado por la Fundación para la Ciencia y la Tecnología desde 2004), la Unidad Científico-Pedagógica de Enfermería de Salud del Niño y del Adolescente organizó el I Congreso Internacional de Enfermería de Salud Infantil y Pediátrica - Conocimiento, Investigación y Práctica Clínica.

El Congreso tuvo como propósito constituir un espacio de reflexión sobre la investigación, el conocimiento y las prácticas desarrolladas en áreas consideradas prioritarias en los cuidados al niño y la familia en los diversos ambientes de intervención, y se enriqueció con la formalización de la integración de la escuela en la Red de Enfermería de Salud Infantil (ENSI).

El Congreso se enmarca en el eje estratégico de la Escuela y está orientado a la divulgación internacional de la producción científica relevante y válida para la formación de los profesionales de la salud y para la mejora de los cuidados. Asimismo, constituyó una iniciativa que también contribuyó al fortalecimiento de una red de colaboración internacional, que favorece los lazos de cooperación y desarrollo de proyectos.

Los objetivos específicos fueron:

- analizar las tendencias de la Enfermería de Salud Infantil y Pediátrica, particularmente en la investigación, formación especializada y desarrollo de intervenciones efectivas;
- presentar pruebas de la efectividad de las intervenciones que potencian el crecimiento y desarrollo de los niños;
- presentar pruebas efectivas de las intervenciones a los niños con una enfermedad compleja y a su familia;
- presentar pruebas de la efectividad de las intervenciones a los niños, adolescentes, y a las familias vulnerables;
- analizar la importancia de la formación especializada para la mejora de las prácticas.

Al Congreso se enviaron resúmenes para comunicaciones orales y pósteres. De todo el proceso de evaluación, por revisión ciega, y después de recomendar las modificaciones de mejora, se aceptaron definitivamente, se regularizaron y se presentaron 74 resúmenes, 47 como comunicaciones orales y 27 pósteres, que se divulgan a través del suplemento al n.º 13 de la Revista de Enfermería *Referência*, revista indexada de divulgación internacional.

Los resúmenes se integraron en los siguientes ejes: Promoción del crecimiento y desarrollo del niño y del adolescente. Factores clave –14 comunicaciones orales y 6 pósteres; Gestión de cuidados al niño con enfermedad compleja y su familia –23 comunicaciones orales y 14 pósteres; Gestión de cuidados al recién nacido de riesgo elevado y su familia –7 comunicaciones orales y 4 pósteres; Gestión del cuidado del niño y adolescente con vulnerabilidades y problemas de comportamiento –3 comunicaciones orales y 3 pósteres.

Los paneles realizados cubrieron la misma lógica, y se estructuraron en función de los mismos ejes. A este respecto, destacamos que los paneles los ocuparon profesores e investigadores de enfermería y de otras áreas complementarias, lo cual enriqueció sustancialmente el Congreso. Los participantes evaluaron el evento con una calidad científica muy adecuada y una excelente organización, lo que nos motiva a continuar creando oportunidades de diálogo y colaboración científica.

El Coordinador Científico de la Unidad Científico-Pedagógica de Enfermería de Salud del Niño y del Adolescente
Jorge Manuel Amado Apóstolo

COMUNICAÇÕES ORAIS

ORAL PRESENTATIONS

COMUNICACIONES ORALES

**PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.
FATORES CHAVE**

**PROMOTION OF CHILD AND
ADOLESCENT DEVELOPMENT.
KEY FACTORS**

**PROMOCIÓN DEL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
FACTORES CLAVE**

Análise dos hábitos alimentares e da atividade física das crianças da USF Sta. Joana: contributos para a promoção da saúde infantil e juvenil

Clara Marisa Silva Correia*, Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo**

Assunção Dores Laranjeira de Almeida***

José Joaquim Marques Alvarelhão

Introdução: Os elementos da família, particularmente os pais, são agentes na saúde das crianças/adolescentes. Exercem influência nas transições associadas aos processos de saúde-doença, constituindo-se como uma referência na aprendizagem de comportamentos saudáveis. No exercício da parentalidade, para aumentar as competências parentais face às práticas alimentares e ao exercício físico, torna-se pertinente que o enfermeiro de família intervenha de modo a conhecer a criança/adolescente, os seus antecedentes de saúde e estilos de vida, particularmente a alimentação, a atividade física e os comportamentos sedentários.

Objetivos: Pretende-se uma caracterização dos hábitos alimentares, da frequência alimentar e dos hábitos de vida das crianças/adolescentes, identificando a relação entre algumas variáveis relacionadas com os hábitos alimentares e de vida da criança/adolescente e o excesso de peso ou obesidade destas.

Metodologia : Estudo do tipo exploratório descritivo, de carácter quantitativo. O método de amostragem foi probabilístico. Foi utilizado um questionário adaptado do Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis, da Plataforma Portuguesa Contra a Obesidade e de variáveis relevantes apresentadas no relatório do *Health Behavior of School - Aged Children* (HBSC). A amostra foi constituída por 447 crianças/adolescentes, dos 6 aos 18 anos de idade da USF Sta. Joana.

Resultados : A maioria das crianças/adolescentes (90.6%) tomava o pequeno-almoço diariamente. Contudo, 80.3% consumia cereais açucarados e leite achocolatado, sendo que apenas 19.5% tomavam um pequeno-almoço considerado mais saudável. Ao almoço, 66.7% das crianças/adolescentes referiram fazer uma refeição completa (sopa, prato principal e fruta). Em relação ao jantar, este valor diminui para 16.3%. A ingestão diária de água foi inferior a 4 copos em 66.4% das crianças. Verificámos que as crianças/adolescentes que nunca comiam sopa apresentaram uma proporção maior nas categorias de excesso de peso ou de obesidade, quando comparadas com as que comiam sopa às vezes/todos os dias. Foi identificada uma associação entre o Índice de Massa Corporal (IMC) e o consumo de bolachas e refrigerantes. O excesso de peso/obesidade apresentou uma maior prevalência nas crianças/adolescentes que não praticavam atividade física. Foi também observada uma correlação significativa entre o IMC e a atividade física, ou seja, as crianças/adolescentes que não praticavam atividade física apresentaram um IMC correspondente a excesso de peso ou obesidade.

Conclusões: Este estudo reforça a necessidade de avaliação dos hábitos de vida e da frequência alimentar da criança/adolescente, de forma sistematizada, no âmbito das consultas de saúde infantojuvenil, no sentido de se conhecer a realidade de cada criança/adolescente, para se poderem delinear medidas individualizadas de promoção de saúde. O enfermeiro de família, no âmbito da promoção da saúde infantil e juvenil, contribui para aumentar a literacia em saúde e para a gestão dos comportamentos alimentares da criança/adolescente e da sua família.

Palavras-chave: família; hábitos alimentares; promoção da saúde; atividade física

Referências bibliográficas: Ramos, A. T., Carvalho, D. F., Gonzaga, N. C., Cardoso, A. S., Noronha, J. A., & Cardoso, M. A. (2011). Perfil lipídico de crianças e adolescentes com excesso de peso. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 21(3), 780-880. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v21n3/04.pdf>

Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria*, 76(Supl. 3), S229-S237. Recuperado de http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpac/pesquisaArtigos/desenvolvimento_do_comportamento_alimentar_infantil_ramos_2000.pdf

Rito, A. I., & Graça, P. (2015). *Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2013*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge.

Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 9(2), 209-231. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v9n2/v9n2a03.pdf>

* USF Sta. Joana, Enfermeira

** Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Professor Adjunto [elsamelo@ua.pt]

*** Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Docência

Aprender a brincar: contributo do brincar no desenvolvimento da criança

Lina José Dias Ramos Rodrigues*

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão**

Introdução: Brincar é uma atividade da espécie humana de carácter espontâneo, inata e voluntária, que desempenha um papel fundamental no desenvolvimento global nos primeiros anos de vida. As crianças aprendem a brincar e, através das brincadeiras, adquirem competências físicas, cognitivas, sociais e emocionais em contextos de aprendizagem significativos que lhes proporcionam estímulos fulcrais para o seu desenvolvimento. As interações que experienciam permitem-lhes apreender o mundo à sua volta e as descobertas proporcionam-lhes conhecimentos basilares no processo dinâmico de construção de ser criança.

Objetivos: Conhecer as perspetivas parentais acerca do contributo do brincar no desenvolvimento das crianças, do nascimento aos 3 anos de idade. Pretende-se identificar a aquisição de competências da criança relacionadas com o brincar, sinalizadas pelos pais, e descrever os significados parentais associados ao brincar.

Metodologia: Estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas, entre maio e junho de 2012, a 14 mães/pais de crianças, dos 4 meses aos 3 anos de idade, que frequentavam um jardim-de-infância.

Resultados: A análise efetuada identificou o brincar como contribuindo para o desenvolvimento de aptidões físicas, sociais, cognitivas e emocionais. As brincadeiras que as crianças experienciam são perspetivadas como contextos de aprendizagem significativos pois estimulam competências a vários níveis e promovem a curiosidade, imaginação e exploração ativa. O desenvolvimento físico é estimulado pelo brincar através da exploração do meio em redor, em que a criança adquire progressivamente novas habilidades e desenvolve competências motoras, como a força, a agilidade e a coordenação. Em relação ao contributo do brincar, em termos cognitivos, foi identificada uma associação no que diz respeito à aquisição do pensamento abstrato, de competências académicas e linguísticas, bem como de interiorização de conceitos. As competências sociais são desenvolvidas nas interações estabelecidas pela assimilação de crenças, valores e tradições que as crianças recriam nas suas brincadeiras. Os contributos emocionais reconhecidos aludem ao prazer, entusiasmo e envolvimento individual associado ao brincar.

Conclusões: Brincar é uma atividade intrínseca da essência humana e trata-se de um comportamento agradável, divertido e voluntário, que assume um significado crucial no desenvolvimento das crianças. O brincar é perspetivado como ferramenta básica: através das brincadeiras, as crianças aprendem e consolidam competências a nível emocional, motor, cognitivo e social. Os contributos inequívocos associados ao brincar, em termos de desenvolvimento, foram reconhecidos e constituem-se como recursos que as capacita e ajuda na compreensão do mundo à sua volta. Os resultados obtidos estimulam novas investigações na área, de campanhas de sensibilização e projetos promotores do brincar enquanto alicerce indispensável do desenvolvimento infantil.

Palavras-chave: criança; brincar; pais; desenvolvimento infantil

Referências bibliográficas: Davies, D. (2011). *Child development: A practitioner's guide* (3th ed.). Recuperado de <http://www.imd.inder.cu/adjuntos/article/378/Child%20Development%20A%20Practitioner%27s%20Guide.pdf>

Espanha, A. (2010). *Ludoteca para pais e filhos: Um recurso social e familiar* (Projecto de dissertação de mestrado). Universidade de Aveiro, Departamento de Educação, Portugal.

Ferreira, B. (2011). *O brincar e a interação parental em crianças até aos 4 anos de idade* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Motricidade Humana, Portugal.

Hendricks, B. E. (2011). *Designing for play* (2nd ed.). Surrey, England: Ashgate

* Unidade Local de Saúde Norte Alentejano, EPE, GCLPPCIRA, Enfermeira [linazeranginha@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professora Coordenadora [dgalvao@esenfc.pt]

Comportamentos sexuais em jovens universitários: desafios para a prevenção

Aliete Cunha Oliveira*

Introdução: Apesar dos progressos na evolução da epidemia, o VIH permanece uma das principais preocupações de saúde nos jovens. Em Portugal, 32.7% dos infetados situam-se na faixa etária dos 15 aos 29 anos, sendo que 14.1% dos casos ocorrem entre os 15 e 24 anos. A mediana de idade à data do diagnóstico é de 38 anos. Dos novos diagnósticos, 48% são considerados tardios. Portugal continua com uma das mais elevadas taxas da União Europeia, ocupando o 6º lugar na incidência, com 9.5 casos/100mil habitantes contra 5.8 da União Europeia (EU/EEA).

Objetivos: Descrever e analisar os comportamentos sexuais dos jovens, assim como a percentagem de jovens que identifica corretamente os meios de prevenção da infeção VIH. No estudo, foram incluídos alunos a frequentarem o 1º ano do ensino superior em três Universidades da Região Centro (Coimbra, Aveiro e Beira Interior), com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos.

Metodologia: Estudo transversal e descritivo. A amostra, aleatória, incluiu alunos de cursos de saúde e não saúde, sendo constituída por 1303 alunos, com uma média de 18.71 anos de idade (Dp=1.20). Foi aplicado um questionário com indicadores de comportamento sexual e de conhecimentos sobre transmissão e prevenção da infeção.

Resultados: Observou-se que 69.4% dos alunos tinham iniciado a atividade sexual, em termos médios, aos 16.55 anos de idade (Dp=1.43). Na amostra estudada, 10.7% dos alunos tinham feito o teste de VIH. A média de parceiros ao longo da vida era de 2.26 (Dp=2.49) e, especificamente, de 1.31 (Dp=1.30) nos últimos 12 meses. Na última relação sexual, 72.8% referiram usar o preservativo com parceiro fixo e 82.2% com parceiro ocasional. Na amostra, 10.2% relataram alguma infeção sexualmente transmissível (IST) ao longo da vida; 21.6% referiram relações sob efeito de álcool ou outras drogas; 94.1% dos jovens tem baixa perceção de risco; 84.8% referiram ter sido abrangidos por programas de prevenção nas escolas. Aproximadamente 20% dos jovens erraram as questões: “Os indivíduos que consomem álcool ou outras drogas, como a marijuana, a cocaína e o crack, têm tendência a não praticar sexo seguro”; “Não há risco de ser infetado pelo VIH e contrair a Sida se fizer sexo oral sem preservativo”.

Conclusões: Os resultados sugerem que os jovens estão em risco de infeção. O desconhecimento do estado serológico nesta faixa etária é preocupante. Apesar de um conhecimento elevado quanto à transmissão e prevenção, mantêm certas ideias erradas que não só indiciam ignorância, mas são principalmente preditores de risco. Estes dados contrastam, em maior ou menor expressão, com a meta da *UN General Assembly Special Session on Drugs* (UNGASS) de 2015, nomeadamente que 95% dos jovens entre os 15 e os 24 anos tenham um conhecimento correto dos modos de transmissão e prevenção da infeção VIH.

Palavras-chave: comportamentos sexuais; conhecimentos; VIH/Sida; jovens universitários

Referências bibliográficas: Centers for Disease Control and Prevention. (2012). Trends in HIV: Related risk behaviors among high school students: United States, 1991-2011. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report*, 61(29), 556-560. European Centre for Diseases Prevention and Control & World Health Organization, Regional Office for Europe. (2016). *HIV/AIDS surveillance in Europe: 2015*. Stockholm, Sweden: ECDPC, WHO.

Oliveira, A. C. (2014). *VIH/SIDA e comportamentos de risco: Monitorizar a evolução* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10316/26407>

Reis, M., Ramiro, L., Matos, M. G., & Dinis, J. (2012). Os comportamentos sexuais dos universitários portugueses de ambos os sexos em 2010. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(2), 105-114. doi: 10.1016/j.rpsp.2012.12.001

Entidade(s) Financiadora(s): FCT, IP (SFRH/BD/60841/2009) CEIS20, da Universidade de Coimbra PEST OE/HIS/UI0460/2014

* ACeS Baixo Mondego, CEIS 20, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC e UCC, Enfermeira especialista saúde comunitária e assistente convidada da ESEnFC [alietecunha@esenfc.pt]

Consulta de enfermagem num gabinete de informação e apoio ao aluno numa escola básica e secundária

Dora Cristina Lopes Caetano Lamas*

Introdução: Um enfermeiro especialista realiza atendimento a jovens, no gabinete de informação e apoio ao aluno (GIAA), da escola José Falcão de Miranda do Corvo. Foi estabelecida uma articulação estreita com o gabinete de apoio ao aluno e à família (GAAF) da referida escola, surgindo um modelo de intervenção que melhorou a articulação entre os serviços. Este modelo de intervenção revelou-se promotor de intervenções concertadas aos jovens, principalmente aos que manifestam alterações de comportamento ou se encontram em situação de risco ou de maior vulnerabilidade.

Objetivos: A intervenção do profissional de saúde é norteada pelo objetivo geral de “Promover a educação para a saúde, de forma individualizada e personalizada, em jovens que frequentam o ensino básico e secundário da escola José Falcão de Miranda do Corvo”.

Metodologia: O atendimento realizado aos jovens pode surgir por iniciativa do próprio jovem ou por sinalização por parte de um elemento da comunidade educativa. A sinalização pode também ser feita por parte de outros profissionais de saúde. Num primeiro contacto, é realizado o acolhimento ao jovem, sendo este esclarecido acerca dos seus direitos, nomeadamente no que diz respeito à sua privacidade e confidencialidade e ao sigilo inerente ao atendimento. É realizada uma abordagem bio-psico-social baseada na entrevista estruturada HEADSSS – *A Psychosocial Interview for Adolescents*, e recorrendo a uma escuta ativa e empática.

Resultados: De setembro de 2016 a abril de 2017 foram sinalizados 23 jovens ao GIAA. A maioria dos jovens foram sinalizados pelo GAAF (47.8%), seguindo-se o diretor de turma (2), a professora bibliotecária (2), a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ) (2), o encarregado de educação (1), a saúde escolar (3), ou por iniciativa do próprio jovem (2). Os motivos destas sinalizações foram vários, sendo que os erros alimentares (26%) e os comportamentos auto-lesivos (21.7%) foram a maioria. Os jovens acompanhados em GIAA frequentam maioritariamente o 3º ciclo (43.5%), com 8 jovens (34.8%) a frequentar o secundário e 5 jovens (21.7%) a frequentar o 2º ciclo. As idades variam entre os 11 e os 17 anos e o sexo predominante é o feminino, tendo sido sinalizadas 15 raparigas (65%). Durante a intervenção, houve articulação com a professora coordenadora do GAAF e com outros serviços, nomeadamente com a equipa de saúde, CPCJ, Hospital Pediátrico, Segurança Social e equipa de intervenção em violência doméstica.

Conclusões: A consulta de enfermagem, em contexto de GIAA, revelou-se um espaço privilegiado e único para conhecer o estado de saúde dos jovens, os seus estilos de vida, para identificar problemas, preocupações, necessidades, competências e, simultaneamente, para transmitir informações com vista a prevenir comportamentos de risco. O enfermeiro foi um mediador em vários processos, estabeleceu relações de ajuda e promoveu uma rede de intervenção que respeita o adolescente e a sua família. O adolescente foi o protagonista na resolução dos seus problemas.

Palavras-chave: consulta de enfermagem; adolescente; saúde escolar

Referências bibliográficas: Direção Geral de Saúde. (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediatria* (Vol. 1). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Rede e estatuto da ordem dos enfermeiros*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

* ARSC - ACES PIN [lamas.dora@gmail.com]

Determinantes das perturbações do sono em crianças de idade pré-escolar

Mónica Cristina dos Santos Amaral de Macedo*

Paula Alexandra Duarte Simões**

Ernestina Maria V. Batoca Silva***

Introdução: As perturbações de sono estão entre as queixas mais comuns durante a infância, ocupando um lugar proeminente nas preocupações dos pais. Ao longo do desenvolvimento, uma percentagem alargada de crianças apresentará algum nível de alteração do sono, que poderá ser considerado transitório e normal. No entanto, outras irão desenvolver problemas de sono crónicos e persistentes. A etiologia destas perturbações é multifatorial, decorrendo das interações dinâmicas e das influências bidirecionais, bem como de fatores intrínsecos e extrínsecos da criança.

Objetivos: Inserido numa pesquisa mais abrangente sobre o sono das crianças, foram definidos como objetivos: analisar a influência e o efeito preditivo de um conjunto de variáveis sociodemográficas (de contexto familiar) e clínicas (relacionadas com o sono e estilo de vida), nas perturbações do sono manifestadas pelas crianças em idade pré-escolar, em dois concelhos de Portugal continental.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo correlacional e analítico, desenvolvido numa amostra não probabilística, de conveniência. A amostra foi constituída por 642 crianças (51.7% do sexo feminino e 48.3% do sexo masculino), em idade pré-escolar, de idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos ($M=4.55$; $Dp=0.93$). Os instrumentos de recolha de dados incluíram um questionário de caracterização sociodemográfica e dados da criança, a Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (ECAAF) e o Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (QHSC).

Resultados: Apurámos que a perturbação global do sono manifesta-se em 82.4% das crianças e encontra-se relacionada com as seguintes variáveis: rendimento familiar até 1000€; habilitações literárias da mãe até ao 3º ciclo e do pai até ao secundário; coesão familiar separada; família não nuclear; ser filha única; ser cuidado por outros; ter um problema de saúde; perceção de um problema com o sono e/ou o adormecer por parte dos pais; acordar depois das 08h ao fim de semana; dormir às 22h ou depois; dormir um número inadequado de horas; dormir acompanhado ou sozinho há mais de 3 anos; transição para o quarto sempre difícil; sedentarismo e ingestão muito frequente de bebidas com caféina e teina. Relativamente ao efeito preditivo, constatámos que este é reduzido. No entanto, a idade, o tempo total de sono diário, o índice de aglomeração e a coesão familiar têm uma associação inversa com a perturbação do sono, enquanto que a hora de acordar e dormir ao fim de semana têm uma relação positiva.

Conclusões: Os nossos resultados apontam para a interação entre fatores sociodemográficos (de contexto familiar) e clínicos (relacionadas com o sono e o estilo de vida) na presença da perturbação do sono. Algumas destas variáveis são passíveis de serem modificadas, quer a nível micro quer macro social e, apesar de nenhuma criança ter apresentado a pontuação máxima no QHSC, os resultados são claramente preocupantes, alertando os vários intervenientes na saúde, nomeadamente infantil, para a necessidade de estruturar e implementar uma intervenção nesta área.

Palavras-chave: criança; pré-escolar; distúrbio do sono; Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (QHSC)

Referências bibliográficas: Klein, J. M., & Gonçalves, A. (2008). Problemas de sono-vigília em crianças: Um estudo de prevalência. *Psico-USF*, 13(1), 51-58. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v13n1/v13n1a07.pdf>

Meltzer, L. J., Johnson, C., Corsette, J., Ramos, M., & Mindell, J. A. (2010). Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics*, 125(6), 1410-1418. doi: 10.1542/peds.2009-2725

Moran, C. A., Carvalho, L. B., Prado, L. B., & Prado, G. F. (2005). Sleep disorders and starting time to school impair balance in 5-year-old children. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63(3-A), 571-576. doi: 10.1590/S0004-282X2005000400003

Touchette, É. (2011). *Factors associated with sleep problems in early childhood*. Recuperado de <http://www.child-encyclopedia.com/sites/default/files/textes-experts/en/867/factors-associated-with-sleep-problems-in-early-childhood.pdf>

* ACES Baixo Vouga, UCC de Albergaria-a-Velha, Enfermeira Graduada [toomonica@gmail.com]

** ACES Baixo Vouga, Enfermeira

*** Escola Superior de Saúde de Viseu, Ciências de Enfermagem, Docente

Diferença de género na resiliência, em adolescentes residentes em lares de infância e juventude

Ana Maria Pacheco Mendes Perdigão da Costa Gonçalves*

Ana Paula Forte Camarneiro**

Introdução: A institucionalização de adolescentes é resultado de situações traumáticas envolvendo risco pessoal, social e familiar. A retirada da família pode ser percebida como uma rejeição, nem sempre aceite pelo adolescente, num período de grandes mudanças interiores e exteriores, de construção da identidade e aquisição da capacidade para fazer face às adversidades, tornando-o resiliente. O contexto da institucionalização, apesar de ser uma estrutura não-familiar, pode constituir-se como uma situação de proteção face às dificuldades encontradas na família.

Objetivos: Avaliar a resiliência dos adolescentes residentes em lares de infância e juventude. Conhecer a relação entre a resiliência e o tempo de institucionalização. Diferenciar a resiliência em função do género e da idade.

Metodologia: Realizou-se um estudo exploratório, quantitativo, descritivo-correlacional numa amostra de 212 adolescentes, residentes em lares de infância e juventude. Aplicou-se um questionário de caracterização da amostra e a Escala de Resiliência (Wagnild & Young, 1993) adaptada para português por Felgueiras, Festas e Vieira (2010). A versão original bi-factorial desta escala, cotada de 1 a 7 pontos, mostrou boas características psicométricas. A aplicação foi feita nos lares, com autorização superior da instituição e cumprindo os pressupostos éticos. Os dados foram tratados em IBM-SPSS, versão 22.

Resultados: Os adolescentes entrevistados têm idades compreendidas entre 10 e 20 anos ($M=14.58$; $Dp=2.10$), sendo 74.7% raparigas e 25.3% rapazes. O tempo de residência em lar encontra-se compreendido entre 1 e 229 meses ($M=39.41$; $Dp=38.39$). A maior parte frequenta o 9º ano de escolaridade. A amostra estudada apresenta valores médios elevados de resiliência total ($M=126.4$; $Dp=26.1$), bem como nos fatores específicos de competência pessoal (COMP) e aceitação de si e da vida (ACEIT), com uma elevada amplitude nestes valores. Não se encontrou uma relação significativa entre a resiliência e variáveis como a idade, os anos de escolaridade e o tempo de institucionalização. Contudo, existem diferenças significativas na resiliência por género, sendo que os rapazes apresentam valores superiores, quer no total quer nas dimensões em estudo.

Conclusões: A resiliência parece ser uma característica presente nos jovens em estudo. Os rapazes são mais resilientes do que as raparigas, mas essa característica não se relaciona com a idade, com a escolaridade ou mesmo com o tempo de institucionalização. O acolhimento institucional, como referem Yunes, Miranda e Cuello (2004), por si só, não significa risco para o seu desenvolvimento. O acolhimento temporário em lares de infância e juventude pode exercer um efeito protetor, que fomenta nos adolescentes o desenvolvimento da capacidade para enfrentarem as adversidades, promovendo características de resiliência.

Palavras-chave: adolescência; resiliência; institucionalização

Referências bibliográficas: Felgueiras, M. C., Festas, C., & Vieira, M. (2010). Adaptação e validação da Resilience Scale de Wagnild e Young para a cultura portuguesa. *Cadernos de Saúde*, 3(1), 73-80. Recuperado de [http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10934/1/CSaude_3-1\(5\).pdf](http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10934/1/CSaude_3-1(5).pdf)

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Yunes, M. A., Miranda, A. T., & Cuello, S. E. (2004). Um olhar ecológico para os riscos e as oportunidades de desenvolvimento de crianças e adolescentes institucionalizados. In S. H. Koller (Ed.), *Abordagem ecológica do desenvolvimento humano: Experiência no Brasil* (pp. 193-214). São Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC, Unidade Científico-Pedagógica Enfermagem da Criança e do Adolescente, Professora-adjunta [aperligao@esenfc.pt]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC, UCPSFPC, Professora [pcarneiro@esenfc.pt]

Perturbações do sono em crianças de idade pré-escolar: Perceção parental vs. pontuação do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças (QHSC)

Mónica Cristina dos Santos Amaral de Macedo*

Paula Alexandra Duarte Simões**

Ernestina Maria V. Batoca Silva***

Introdução: O sono ocupa aproximadamente 40% do tempo de uma criança e tem um papel determinante e inquestionável no seu desenvolvimento, saúde, comportamento, desempenho escolar e qualidade de vida. Sabe-se que as perturbações do sono são universais, têm um impacto social importante, repercussões negativas e estão associadas a um conjunto complexo de fatores. Apesar de serem os principais cuidadores, os pais nem sempre estão cientes ou têm capacidade para identificar as alterações do sono nos filhos.

Objetivos: Inserido numa pesquisa mais abrangente sobre o sono das crianças, foram definidos como objetivos do presente estudo a caracterização das perturbações do sono e determinação da sua prevalência na população pré-escolar em dois concelhos de Portugal continental.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e analítico. Foi considerada uma amostra não probabilística por conveniência, de 642 crianças (51.7% do sexo feminino e 48.3% do masculino) em idade pré-escolar, entre os 3 e os 6 anos ($M=4.55$; $Dp=0.93$). Os instrumentos de recolha de dados incluíram um questionário de caracterização sociodemográfica e dados da criança, a Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar e o Questionário de Hábitos de Sono das Crianças.

Resultados: Apurámos que apenas 7.8% dos pais considera que o seu filho apresenta uma perturbação do sono. Contudo, os resultados do Questionário de Hábitos de Sono das Crianças apontam noutra direção. Verificámos que 82.4% da amostra apresenta perturbação global do sono, sendo esta mais prevalente nas crianças do sexo feminino (43.3%) e com idades entre 5 e 6 anos (45.0%). Os resultados revelaram ainda: um nível elevado de resistência em ir para a cama é exibido por 31.0% das crianças; o início do sono inadequado ocorre em 32.2% dos casos; uma duração do sono inadequada é apresentada por 25.9% da amostra; um nível elevado de ansiedade associada ao sono é manifestado por 31.5% das crianças; despertares noturnos muito frequentes acontecem em 38.8% da amostra; um nível elevado de parassónias é manifestado por 31.9% dos participantes; a perturbação respiratória do sono moderada encontra-se em 25.7% das crianças e, por último, um nível elevado de sonolência diurna é exibido por 28.5% da amostra.

Conclusões: Os resultados são preocupantes e revelam que é necessário continuar a estudar os fatores que estão associados ao aparecimento das perturbações do sono na infância. Por outro lado, indicam que a implementação de um rastreio sistemático e consistente das perturbações do sono, com instrumentos validados para a população portuguesa, nas consultas de saúde infantil, poderia detetar muitas situações não valorizadas pelos progenitores. Paralelamente, é premente capacitar os pais para a importância e características do sono infantil e para a resolução (ou diminuição) das perturbações mais frequentes, sobretudo as de índole comportamental.

Palavras-chave: criança; pré-escolar; perturbações do sono

Referências bibliográficas: Babcock, D. A. (2011). Evaluating sleep and sleep disorders in the pediatric primary care setting. *Pediatric Clinics of North America*, 58(3), 543-554. doi: 10.1016/j.pcl.2011.03.001

Curral, R., Dourado, F., Torres, A., Barros, H., Palha, A., & Almeida, L. (1999). Coesão e adaptabilidade familiares numa amostra portuguesa: Estudo de adaptação da FACES-III. *Psiquiatria Clínica*, 20(3), 213-217.

Meltzer, L. J., Johnson, C., Crossette, J., Ramos, M., & Mindell, J. A. (2010). Prevalence of diagnosed sleep disorders in pediatric primary care practices. *Pediatrics*, 125(6), 1410-1418. doi: 10.1542/peds.2009-2725

Silva, F. G., Silva, C. R., Braga, L. B., & Neto, A. S. (2014). Portuguese Children's Sleep Habits Questionnaire: Validation and cross-cultural comparison. *Jornal de Pediatria*, 90(1), 78-84. doi: 10.1016/j.jped.2013.06.009

Entidade(s) Financiadora(s): Unidade de I&D do Instituto Politécnico de Viseu, CI&DETS

* ACES Baixo Vouga, UCC de Albergaria-a-Velha, Enfermeira Graduada [toomonica@gmail.com]

** ACES Baixo Vouga, Enfermeira

*** Escola Superior de Saúde de Viseu, Ciências de Enfermagem, Docente

Preditores de adesão a programas de intervenção educativa em jovens universitários

Aliete Cunha Oliveira*

Introdução: As intervenções baseadas em programas de intervenção educativa são muito utilizadas na promoção de estilos de vida saudáveis. No entanto, pouco sabemos sobre os perfis dos sujeitos que aderem, mas também dos sujeitos que revelam resistências à adesão a programas de intervenção educativa. A literatura reporta que os estudos longitudinais, em que a participação não é obrigatória e os benefícios para o participante não são imediatos, estão sujeitos a falhas de adesão, tornando-se uma ameaça para a validade desses estudos.

Objetivos: Analisámos os preditores de adesão a um programa de intervenção educativa em estudantes universitários para prevenção da infeção VIH. Foram incluídos alunos do 1º ano do ensino superior de Coimbra, com idade compreendidas entre os 18 e os 24 anos. Foi aplicado um questionário com indicadores de comportamento sexual e de conhecimentos sobre transmissão e prevenção da infeção.

Metodologia: O estudo transversal, quantitativo, incluiu dois momentos: num primeiro momento, participaram 551 jovens através do preenchimento do questionário; num segundo momento foram sinalizados os inquiridos e os que aderiram ao programa. Os respondentes tinham uma média de idades de 18 anos, 76.2% do sexo feminino, 63% da área da saúde e 69.2% relataram atividade sexual. O modelo apresenta 10 variáveis independentes: idade, sexo, perceção do risco, área científica, início da vida sexual, número parceiros sexuais ao longo da vida e nos últimos 12 meses, conhecimentos sobre transmissão e prevenção do VIH.

Resultados: Quatro variáveis independentes apresentam uma contribuição estatisticamente significativa para a adesão ao programa de intervenção, nomeadamente a perceção do risco, a área científica dos estudos, o início da vida sexual e os parceiros sexuais nos últimos 12 meses. O maior preditor de adesão é a idade de iniciação sexual, com um odds ratio de 3.63 (IC 95% 1.27-8.91), indicando que os alunos que iniciaram a vida sexual apresentam 3 vezes mais probabilidade de aderir a um programa de intervenção educativa. Os odds ratios de 1.98 (IC 95% 1.27-2.87) e 1.78 (IC 95% 1.04-3.07) indicam que os alunos da área saúde e com maior perceção de risco face à infeção têm cerca de 2 vezes mais probabilidade de aderir ao programa de intervenção. Uma outra variável que se revelou preditora desta adesão foi a relativa aos parceiros sexuais nos últimos 12 meses, indicando que os abstinentes apresentam 0.3 vezes mais probabilidade de aderir (IC 95% 0.12-0.81).

Conclusões: Este estudo parece indicar que as campanhas de informação, sensibilização e prevenção não oferecem um modelo eficaz de consciencialização e perceção de risco aos estudantes que não seguem cursos nas áreas da saúde. Assim, é necessário minimizar o fenómeno de inscrição seletiva em programas de promoção da saúde. Em conclusão, surgem algumas linhas de investigação futura, procurando chegar aos alunos com baixa perceção de risco. Especificamente, sugere-se que aqueles que aderem a estes programas poderão ser veículos difusores de mensagens preventivas nas suas redes sociais e informais, contribuindo para a melhoria dos comportamentos sexuais no mundo universitário.

Palavras-chave: programas de intervenção educativa; preditores de adesão; prevenção primária; infeção pelo VIH; jovens universitários; odds ratio

Referências bibliográficas: Dutta-Bergman, M. J. (2004). Health attitudes, health cognitions, and health behaviors among internet health information seekers: Population-based survey. *Journal of Medical Internet Research*, 6(2), e15. doi: 10.2196/jmir.6.2.e15
Koelen, M. A., & Van den Ban, A. W. (2004). *Health education and health promotion*. Wageningen, Netherlands: Wageningen Academic Publishers.

Oliveira, A. C. (2013). Predictors of adherence of young graduates to a program of educational intervention for prevention of infection by the human immunodeficiency virus. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82(Suppl. 1), 24. doi: 10.1159/000354142
Sirard, J. R., Pfeiffer, K. A., & Pate, R. R. (2006). Motivational factors associated with sports program participation in middle school students. *Journal of Adolescent Health*, 38(6), 696-703. doi: 10.1016/j.jadohealth.2005.07.013

Entidade(s) Financiadora(s): FCT — Fundação para a Ciência e Tecnologia, IP (SFRH/BD/ 60841/2009)

* ACeS Baixo Mondego, CEIS 20, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC e UCC, Enfermeira especialista saúde comunitária e assistente convidada da ESEnFC [alietecunha@esenfc.pt]

Prevalência do excesso de peso ou de obesidade nas crianças da USF Sta. Joana

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo*

Clara Marisa Silva Correia**

Assunção Dores Laranjeira de Almeida***

José Joaquim Marques Alvarelhão

Introdução: A obesidade infantil é a doença mais comum em crianças/adolescentes, podendo ter um forte impacto na sua saúde. A avaliação do estado nutricional e a determinação da prevalência da obesidade é muito importante para se poderem desenvolver intervenções adequadas face às características das crianças/adolescentes. A intervenção dos enfermeiros com as crianças/adolescentes e suas famílias deve ser sustentada no conhecimento dos fatores que estão relacionados com a obesidade, desenvolvendo estratégias específicas de educação para a saúde.

Objetivos: Determinar a prevalência de excesso de peso ou de obesidade em crianças/adolescentes da USF Sta. Joana e identificar a sua relação com algumas variáveis sociodemográficas e clínicas das crianças/adolescentes. Pretende-se também identificar a relação entre algumas variáveis sociodemográficas e clínicas dos pais e o excesso de peso ou obesidade observado nas crianças/adolescentes.

Metodologia: Estudo do tipo exploratório descritivo, de carácter quantitativo. O método de amostragem foi probabilístico. Foi aplicado um questionário adaptado da Plataforma Portuguesa Contra a Obesidade e das variáveis apresentadas no relatório do *Health Behavior of School - Aged Children*. A amostra foi constituída por 447 crianças/adolescentes, dos 6 aos 18 anos de idade da USF Sta. Joana.

Resultados: Apesar da maioria das crianças/adolescentes (67.1%) apresentarem peso normal, de acordo com o IMC, 19.7% apresentaram excesso de peso e 12.8% obesidade. As raparigas apresentaram taxas de prevalências de excesso de peso (21.9%) e de obesidade (14.9%) mais elevadas, comparativamente os rapazes (17.7% com excesso de peso e 10.8% com obesidade). Não se verificou uma relação estatisticamente significativa entre o IMC e as variáveis idade, género, tipo de família, zona de habitação e tempo de amamentação. Constatámos uma correlação estatisticamente significativa entre o IMC da criança/adolescente e a escolaridade, quer da mãe, quer do pai. Assim, pais com menor nível de escolaridade têm crianças/adolescentes mais obesas. Também encontramos uma correlação estatisticamente significativa entre o IMC da criança/adolescente e IMC do pai ou da mãe, verificando-se que os pais com maior IMC têm as crianças com maior IMC.

Conclusões: A determinação da prevalência de excesso de peso ou obesidade em crianças/adolescentes, permite identificar um grupo de risco para o desenvolvimento de doenças crónicas, sendo necessário adotar medidas que intervenham na prevenção e combate à obesidade nestas faixas etárias. Estes resultados implicam a necessidade de uma avaliação específica da criança/adolescente e da sua família, no que diz respeito às consultas de saúde infantil e juvenil, permitindo a definição de estratégias de educação para a saúde, dirigidas especificamente a cada criança/adolescente e sua família.

Palavras-chave: prevalência; obesidade infantil; família; promoção da saúde

Referências bibliográficas: Direção-Geral da Saúde, Divisão de Doenças Genéticas, Crónicas e Geriátricas. (2005a).

Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa, Portugal: Direção Geral de Saúde.

Sardinha, L. B., Vale, S., Silva, A. M., & Mota, J. (2011). Prevalence of overweight and obesity among portuguese youth: A study in a representative sample of 10-18-year-old children and adolescents. *International Journal of Pediatric Obesity*, 6(2-2), e124-e128. doi: 10.3109/17477166.2010.490263

Silveira, S., & Abreu, S. M. (2006). Fatores que contribuem para a obesidade infantil. *Revista Enfermagem UNISA*, 7, 59-62.

Sousa, J. (2011). *Obesidade infanto-juvenil em Portugal: Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal Continental*. Lisboa, Portugal: Edições Colibri.

* Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Professor Adjunto [elsamelo@ua.pt]

** USF Sta. Joana, Enfermeira

*** Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Docência

Prevenção de acidentes na infância: revisão da literatura

Mariana Brandão Feitor, Sara Raquel Pascoa Seíça*

Sandro Rafael Vicente Matias**

Márcia Noélia Pestana Santos***

Jorge Manuel Amado Apóstolo****

Introdução: Os acidentes são a principal causa de morte nas crianças com idade superior a 5 anos. Mais de 830 mil crianças morrem anualmente de acidentes de trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas e envenenamentos (WHO, 2008). Segundo os estudos analisados, uma rápida atuação e um registo destas ocorrências têm um papel fundamental na prevenção de acidentes na infância. A desvalorização do tema por parte dos profissionais de saúde vai refletir-se na falta ou no incorreto conhecimento por parte dos pais.

Objetivos: Identificar os acidentes mais comuns na infância, bem como o papel do enfermeiro na prevenção deste tipo de acidentes.

Metodologia: A pesquisa bibliográfica foi realizada em abril de 2017, em bases de dados on-line disponibilizadas pela EBSCOhost. Os critérios de inclusão considerados foram: estudos empíricos realizados com crianças do 0 aos 14 anos de idade; estudos empíricos realizados aos seus cuidadores; artigos disponíveis em texto integral; escritos em português ou inglês; e publicados entre 2007-2017. Foram excluídas revisões da literatura e artigos relacionados com maus tratos intencionais à criança. Através dos descritores *prevention, injuries, child, nurse*, obtivemos 121 resultados, dos quais 109 foram eliminados após leitura do título e resumo, tendo sido analisados 12 artigos.

Resultados: Nesta pesquisa, 5 artigos foram elaborados por enfermeiros e oito por outros profissionais de saúde. Dos 12 artigos, cinco são dirigidos aos pais/cuidadores, um a crianças, outro de crianças para crianças, dois a outros profissionais de saúde, um dirigido simultaneamente aos cuidadores e aos profissionais de saúde e dois sobre caracterização do tipo de acidente. Baseiam-se em questionários realizados à população alvo ou pelo levantamento de dados estatísticos de hospitais pediátricos. Oito artigos são quantitativos, dois qualitativos, um experimental e um quase experimental. Os acidentes mais relatados foram os acidentes rodoviários, asfixia e engasgamento por corpos estranhos, envenenamento, queimaduras e, na maioria, quedas. Podemos perceber que os enfermeiros têm um papel fundamental na prevenção de acidentes na infância. No entanto, os pais referem que obtêm a maioria da informação, não pelos profissionais de saúde, mas pelos meios de comunicação.

Conclusões: A prevenção é um dos primeiros passos para diminuir as lesões evitáveis que ocorrem na infância, ressaltando a importância do enfermeiro na saúde escolar. Os estudos demonstram que pediatras e enfermeiros oferecem aconselhamento reduzido aos pais e crianças, resultando assim em falhas de segurança para as mesmas. Os enfermeiros devem desenvolver intervenções que visem um maior suporte parental e formação sobre prevenção de acidentes na infância, tais como, intoxicações domésticas, envenenamentos, acidentes rodoviários, aspiração de corpos estranhos e queimaduras.

Palavras-chave: prevenção de acidentes; criança; enfermeiro; infância

Referências bibliográficas: Peden, M., Oyegbite, K., Ozanne-Smith, J., Hyder, A. A., Branche, C., Rahman, A. K., . . . Bartolomeos, K. (Eds.). (2008). *World report on child injury prevention*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43851/1/9789241563574_eng.pdf

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC

*** CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professor Coordenador [japostolo@esenfc.pt]

Promoção da amamentação em mães trabalhadoras

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão*
Cátia Cardoso**

Introdução: Em Portugal, a taxa de amamentação ao nascer é elevada (superior a 95%). Porém, o abandono precoce é uma realidade, sendo vários os fatores que contribuem para essa situação. Conciliar o aleitamento materno com a atividade laboral e o regresso ao trabalho são motivos apontados pelas mães com alguma frequência. As atitudes e intervenções dos enfermeiros exercem influência no processo/sucesso da amamentação e no ultrapassar de dificuldades que surgem. Promover a amamentação é uma prioridade de saúde pública.

Objetivos: Conhecer as medidas promotoras da amamentação que os enfermeiros de cuidados de saúde primários, especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, desenvolvem no sentido de apoiarem as mães que trabalham a manterem a amamentação. Além do mais, pretende-se identificar as intervenções promotoras da amamentação desenvolvidas por estes enfermeiros junto das mães, na comunidade, na família, nos locais de trabalho, nas creches e nos seus próprios locais de trabalho.

Metodologia: Estudo descritivo, transversal, segundo a metodologia qualitativa. A amostra incluiu 13 enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que trabalham em Centros de Saúde de um Agrupamento de Centros de Saúde. Colheram-se dados por entrevista semiestruturada entre junho e julho de 2015. No tratamento da informação, recorreu-se à análise de conteúdo de Laurence Bardin.

Resultados: Os enfermeiros privilegiam as consultas de enfermagem para intervirem junto das mães (nos períodos pré e pós-natal), pais e avós, quando se dirigem às consultas enquanto acompanhantes das mães ou, esporadicamente, por convocatória. São também alvo das suas intervenções as crianças. Como estratégias promotoras da amamentação mencionaram os cantinhos da amamentação, o apoio telefónico, a visita domiciliária, a realização de ensinamentos (sobre a legislação, técnica de amamentação, extração e conservação de leite materno) e a comemoração da Semana Mundial do Aleitamento Materno.

Conclusões: Constatou-se que a atuação dos enfermeiros se limita ao contexto das consultas de enfermagem. Com vista a reduzir o desmame precoce, motivado pelo regresso das mães ao trabalho, há necessidade de se alargar as intervenções às creches, entidades patronais e sociedade em geral.

Palavras-chave: aleitamento materno; mulheres trabalhadoras; enfermagem pediátrica; cuidados de saúde primários

Referências bibliográficas: Almeida, I., Pugliesi, Y., & Rosado L. (2015). Estratégias de promoção e manutenção do aleitamento materno baseadas em evidência: Revisão sistemática. *FEMINA*, 43(3), 97-103. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2015/v43n3/a5114.pdf>

Galvão, D. (2006). *Amamentação bem-sucedida: Alguns fatores determinantes*. Loures, Portugal: Lusociência.

Graça, L., Figueiredo, M., & Conceição, M. (2011). Contributos da intervenção de enfermagem de cuidados de saúde primários para a promoção do aleitamento materno. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 19(2), 27-35. doi: 10.1590/S0104-11692011000200027

Pedroso, R., Galvão, D., & Castro, F. (2014). Amamentação em mulheres trabalhadoras e alunas do ensino superior público de Coimbra. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 419-424.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnfC, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professora Coordenadora [dgalvao@esenfc.pt]

** CHUC, Medicina Interna, Enfermeira

Promoção da parentalidade positiva: Vantagens e dificuldades dos pais na perspetiva dos enfermeiros

Andreia Filipa Veloso Lampreia*

Maria da Graça Vinagre da Graça**

Introdução: Os enfermeiros ocupam um lugar privilegiado na promoção e manutenção da parentalidade positiva (Lopes, 2012). A compreensão do desenvolvimento da criança e a aprendizagem do papel parental são áreas onde, frequentemente, os pais têm dificuldades, recebendo pouco apoio no desempenho desta tarefa (Barros, 2015; Council of Europe, 2007). No entanto, sabemos pouco sobre o que pensam os enfermeiros acerca da parentalidade e das dificuldades dos pais no seu exercício, nomeadamente na região do Alentejo, tornando pertinente a realização deste estudo.

Objetivos: Sendo o foco deste estudo a promoção de uma parentalidade positiva, como intervenção de enfermagem promotora de um adequado desenvolvimento psicoafectivo da criança, definiram-se como objetivos: conhecer as vantagens e as áreas da parentalidade mais importantes para os enfermeiros; identificar as dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental (percebidas pelos enfermeiros); e identificar as intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva, na perspetiva destes profissionais.

Metodologia: Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, de natureza qualitativa, efetuado a partir de entrevistas semiestruturadas realizadas a 9 enfermeiros especialistas em diferentes áreas, com experiência de 8 a 31 anos em saúde infantil. A recolha dos dados foi realizada em dois centros de saúde do Baixo Alentejo entre janeiro e fevereiro de 2016. Foi solicitada autorização ao conselho de administração, bem como o consentimento informado aos participantes. Os dados foram analisados recorrendo à análise de conteúdo.

Resultados: A análise do conteúdo das entrevistas, juntamente com a literatura na área e a perspetiva dos enfermeiros, possibilitou a identificação das seguintes categorias: benefícios da parentalidade positiva; áreas da parentalidade mais valorizadas; intervenções de enfermagem facilitadoras da parentalidade positiva; e perceção das dificuldades e necessidades dos pais no desempenho do papel parental. No conjunto, os dados revelaram que todos os enfermeiros atribuem grande importância à promoção da parentalidade positiva, nomeadamente na otimização do desenvolvimento, crescimento e estimulação da criança. A área mais valorizada pelos enfermeiros na promoção da parentalidade foi o autocontrolo e o estabelecimento de limites. No entanto, na perspetiva destes profissionais, a área onde os pais verbalizam maiores dificuldades diz respeito às necessidades básicas e de saúde da criança, mais concretamente na introdução dos primeiros alimentos, amamentação, cólicas, sono, higiene oral e no modo como devem atuar em situação de doença aguda. Os enfermeiros privilegiaram a intervenção individual junto dos pais como a mais facilitadora de uma parentalidade positiva.

Conclusões: Estes dados são, em parte, congruentes com a literatura (Barros, 2015; Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005). Apontam para a importância de se aceder às ideias dos enfermeiros e sua reflexão sobre as mesmas, facilitando a adoção de práticas concordantes com as dificuldades dos pais no exercício da parentalidade positiva. Um resultado a explorar é a discordância entre a área mais valorizada pelos enfermeiros e aquela onde os pais revelaram maiores dificuldades. Em futuros estudos, sugere-se a possibilidade de entrevistas de grupo com enfermeiros, para refletirem sobre os resultados deste trabalho, no sentido da adequação das intervenções às necessidades dos pais.

Palavras-chave: parentalidade positiva; perspetivas; enfermeiros; cuidados de saúde primário; intervenção em enfermagem

Referências bibliográficas: Barros, L. (2015). Intervenção com pais: Processo e fases de mudança. In A. I. Pereira, A. R. Goes & L. Barros (Coords.), *Promoção da parentalidade positiva: Intervenções psicológicas com pais de crianças e adolescentes* (pp. 1-48). Lisboa, Portugal: Coisas de Ler.

Conselho Internacional de Enfermeiros. (2005). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: Versão 1.0*. Genebra, Suíça: Conselho Internacional de Enfermeiros.

Council of Europe. (2007). *Parenting in contemporary Europe: A positive approach*. Strasbourg, France: Council of Europe Publishing.

Lopes, M. S. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: Áreas de intervenção de enfermagem* (Tese de doutoramento).

Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/10563>

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESEnFC

** Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Departamento de Enfermagem da Criança e do Jovem, Professor Coordenador [gvinagre@esel.pt]

Qualidade do sono em pré-escolares

Paula Alexandra Duarte Simões*
Ernestina Maria V. Batoca Silva**

Introdução: A privação do sono compromete a aprendizagem, o raciocínio lógico e matemático, prejudicando igualmente a atenção/concentração e a memória. As crianças ficam mais propensas à violência e à irritabilidade. O sono contribui para a manutenção da saúde física e mental ao longo do ciclo vital. A quantidade de horas dormidas por noite e a qualidade do sono são determinantes para o bem-estar durante o dia e para otimizar o desempenho escolar de cada criança.

Objetivos: O presente estudo pretende identificar os fatores associados à qualidade do sono das crianças em idade pré-escolar. Adicionalmente, pretende-se caracterizar a qualidade do sono da criança e determinar o modo como os estilos de vida se repercutem na qualidade desse sono.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo, correlacional e analítico. Foi considerada uma amostra não probabilística por conveniência, de 642 crianças em idade pré-escolar (51.7 % do sexo feminino e 48.3% do sexo masculino), de idades compreendidas entre os 3 e os 6 anos ($M=4.55$; $Dp=0.93$). Os instrumentos de recolha de dados incluíram um questionário de caracterização sociodemográfica e dados da criança, a Escala de Coesão e Adaptabilidade Familiar (ECAAF) e o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburg (IQSP) (versão adaptada).

Resultados: Segundo o IQSP, 47.8% dos pais considera que a qualidade do sono dos seus filhos é muito boa. Especificamente, observou-se que: 88.3% das crianças demora cerca de 16-30 minutos a adormecer; 88.3% dormem entre 09.30-10.30 horas por dia, sendo que 38.5% destas crianças têm entre 3 e 4 anos de idade e 49.8% entre os 5 e 6 anos; 84% das crianças apresenta uma eficiência habitual do sono igual a 85%, registando-se a maior percentagem no sexo feminino; 75.4% das crianças, de ambos os sexos, apresentam perturbação do sono pelo menos uma vez por semana; 97.5% das crianças não usa medicação para dormir; 76.6% das crianças de ambos os sexos não referem disfunção diurna; 64.8% das crianças apresenta boa qualidade de sono. Apurámos que as crianças que praticam exercício físico dormem melhor. Ao fim de semana, as crianças vão para a cama depois das 22 horas. O uso de pequenos ecrãs, durante a semana, situa-se entre os 60-120 minutos por dia.

Conclusões: Existem resultados preocupantes, pelo que compete aos profissionais de saúde privilegiar a interação com a família, no sentido da promoção da parentalidade positiva relativamente ao sono infantil. Desta forma, pretende-se contribuir de modo inequívoco para o *empowerment* das famílias. Devemos apoiar a implementação de um programa de intervenção junto de jardins de infância, das crianças e das suas famílias, incentivando os pais e toda a comunidade educativa para a promoção da higiene do sono nas crianças.

Palavras-chave: sono; criança; pré-escolar

Referências bibliográficas: Cordeiro, M. (2015). *Dormir tranquilo*. Lisboa, Portugal: A Esfera dos Livros.

Duarte, J. C. (2008). *Privação do sono, rendimento escolar, equilíbrio psico-afetivo na adolescência* (Tese de doutoramento). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/19371>

Iglowstein, I., Oskar, G., & Remo H. L. (2003). Sleep duration from infancy to adolescence: Reference values and generational trends. *Pediatrics*, 111(2), 302-307. doi: 10.1542/peds.111.2.302

Rangel, M., Batista, C., Pitta, M. J., Anjo, S., & Leite, A.L. (2015). Qualidade de sono e prevalência das perturbações do sono em crianças saudáveis em Gaia: Um estudo transversal. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 31(4), 256-264. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpmgf/v31n4/v31n4a05.pdf>

* ACES Baixo Vouga, Enfermeira

** Escola Superior de Saúde de Viseu, Ciências de Enfermagem, Docente

Rede Cegonha

Lígia Mara dos Santos Correa Moura*

Introdução: A Rede Cegonha é uma estruturação estratégica para implementar uma rede de cuidados com a finalidade de assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, assegurando também às crianças o direito a um nascimento seguro, a um crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Objetivos: Fomentar a implementação de um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança, focalizando a atenção no parto, no nascimento, no crescimento e no desenvolvimento da criança (dos 0 aos 24 meses). Pretende-se organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolubilidade, reduzindo a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal.

Metodologia: Estudo descritivo transversal que utilizará dados relacionados com Portaria 1.459 de 24 de junho de 2011.

Resultados: O Ministério da Saúde avalia os resultados alcançados semestralmente para a manutenção do repasse financeiro ou repactuação das ações e metas.

Conclusões: A Rede Cegonha serve como orientação para profissionais e gestores, bem como para a implementação de políticas públicas de saúde, assistência, educação ou outras.

Palavras-chave: taxa de mortalidade materna; taxa de mortalidade neonatal; vinculação da gestante; pré-natal; recém-nascido; planejamento reprodutivo

Referências bibliográficas: Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. (2000). Portaria nº 570, de 1º de junho de 2000.

Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0570_01_06_2000_rep.html

Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro. (2011). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. (2012). *SB Brasil 2010: Pesquisa Nacional de Saúde Bucal: Resultados principais*. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pesquisa_nacional_saude_bucal.pdf

Presidência da República, Casa Civil, Sub-Chefia para Assuntos Jurídicos. (2005). Lei nº 11.108, de 7 de Abril de 2005. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm

* Universidade Gama Filho de Enfermagem, Enfermeira [elmoura99@gmail.com]

Resiliência em adolescentes com diabetes mellitus tipo 1: Estudo de características pessoais e familiares

Manuela Amaral-Bastos*
Beatriz Araújo**

Introdução: O adolescente, inserido num meio familiar e social com o qual interage, desenvolve-se numa dinâmica relacional, procurando o equilíbrio interior, a autonomia da tutela parental e o seu projeto de vida. Este processo de construção pessoal pode ser experienciado como desafiador e/ou stressante. Cada pessoa encontra e desenvolve as estratégias para o gerir, sendo apelidadas de resilientes aquelas cujo processo se transforma positivamente. O conceito de resiliência na saúde tem vindo a desenvolver-se, na medida em que integra os resultados provenientes da investigação.

Objetivos: Este estudo pretende caracterizar os participantes relativamente à resiliência, avaliada pela *Healthy Kids Resilience Assessment Module* (HKRAM). Especificamente, visa analisar a relação entre a resiliência e as variáveis sociodemográficas e sociofamiliares dos participantes.

Metodologia: A colheita de dados decorreu de 07/2014 e 06/2015, em 5 hospitais da zona norte. A amostra incluiu 112 adolescentes diabéticos, com diagnóstico há pelo menos 1 ano ($M=6.0$; $Dp=3.55$) e com idades compreendidas entre os 13 e os 18 anos de idade ($M=15.1$; $Dp=1.48$), maioritariamente do sexo masculino (57.1%) e provenientes de famílias tradicionais (76.8%). Foi obtido o parecer positivo das instituições envolvidas e o consentimento informado escrito do adolescente e responsável legal. Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo, observacional.

Resultados: Relativamente à HKRAM, nos *External Assets*, verificamos que os valores mais elevados são no envolvimento familiar ($M=3.5$; $Dp=0.53$) e os mais baixos no envolvimento com os pares ($M=3.0$; $Dp=0.49$). As relações afetivas ($M=3.5$; $DP=0.67$) e as elevadas expectativas ($M=3.7$; $Dp=0.42$) pontuam mais no contexto familiar. No que se refere aos *Internal Assets*, destacam-se os objetivos e aspirações ($M=3.4$; $Dp=0.59$), com 25% dos adolescentes a obterem pontuação máxima. Analisamos a influência de variáveis sociodemográficas (sexo, idade, grau de escolaridade, retenção escolar, namoro e participação em acampamentos) e sociofamiliares (tipo de família, fratria, grau académico e situação laboral dos cuidadores) dos participantes na resiliência. Foram encontradas diferenças com significado estatístico para o sexo (favorável aos rapazes), para o grupo etário (favorável aos mais novos) e para a retenção escolar (favorável aos adolescentes sem retenção escolar). Verificamos ainda que, relativamente à situação laboral dos cuidadores, a hipótese se confirma, sendo favorável aos adolescentes cujo pai/padrasto detém uma situação laboral ativa.

Conclusões: Os participantes no estudo, maioritariamente provenientes de famílias tradicionais, experimentam relações afetivas e expectativas elevadas mais acentuadas em contexto familiar. Constatamos que os rapazes dispõem de mais recursos de resiliência, bem como os adolescentes mais novos e os que não sofreram retenção escolar. O grau de escolaridade, o namoro, a participação em acampamentos, o tipo de família, fratria e grau académico dos cuidadores parecem não influenciar a resiliência dos adolescentes. Já a situação laboral, quando o cuidador em estudo é a mãe parece não ter influência, mas, o pai com situação laboral ativa, influencia positivamente a resiliência dos adolescentes.

Palavras-chave: adolescente; saúde do adolescente; resiliência psicológica; diabetes mellitus tipo 1; pesquisa em enfermagem clínica; cuidados de enfermagem

Referências bibliográficas: Amaral-Bastos, M. (2013). O conceito de resiliência na perspetiva de enfermagem. *Revista ALADEFE*, 3(4), 61-70. Recuperado de <http://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/92/>

Huston, S. A., Blount, R. L., Heidesch, T., & Southwood, R. (2016). Resilience, emotion processing and emotion expression among youth with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 17(8), 623-631. doi: 10.1111/pedi.12347

Neuenschwander, M. (2002). *Desenvolvimento e identidade na adolescência*. Coimbra, Portugal: Almedina.

Wright, M. O., Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2013). Resilience process in development: Four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In S. Goldstein & R. B. Brooks (Eds), *Handbook of resilience in children* (2ª ed., pp. 15-37). New York, NY: Springer Science Business Media.

Entidade(s) Financiadora(s): Bolsa de Doutoramento concedida pelo CHP.

* UCP/ Instituto Ciências da Saúde; Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde; Centro Hospitalar do Porto/Centro Materno Infantil do Norte, Departamento da Infância e Adolescência, Enfermeira especialista em Saúde Infantil e Pediatria [marianuelaamaral@gmail.com]

** UCP, ICS, Professora Convidada

GESTÃO DE CUIDADOS À
CRIANÇA E ADOLESCENTE,
COM VULNERABILIDADES
E PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO

CARE MANAGEMENT IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS
WITH VULNERABILITIES AND
BEHAVIORAL PROBLEMS

GESTIÓN DE CUIDADOS AL
NIÑO Y AL ADOLESCENTE
CON VULNERABILIDADES
Y PROBLEMAS DE
COMPORTAMIENTO

A família do adolescente com comportamento autolesivo

Maria Edite Miranda Trinco*

José Carlos Pereira dos Santos**

Introdução: A família deve ser considerada como um sistema aberto em constante interação com o meio, desenvolvendo mecanismos de interação no contexto sociocultural onde está integrada, em que qualquer alteração num dos seus membros afetará toda a organização e dinâmica familiar (Figueiredo, 2009). As relações familiares são extremamente importantes no desenvolvimento dos seus membros, nomeadamente no que respeita a filhos adolescentes em fase de desenvolvimento da personalidade, sendo este desenvolvimento facilitado ou dificultado pelo sistema familiar (Tomé, Camacho, Matos, & Diniz, 2011).

Objetivos: Os objetivos deste trabalho foram: caracterização sociodemográfica da família dos adolescentes com comportamento autolesivo, que foram admitidos no serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro; e identificação da existência de alguma diferença na tipologia familiar, que sustente o motivo, para o adolescente ter um comportamento autolesivo.

Metodologia: Para a consecução destes objetivos realizou-se um estudo descritivo, exploratório com recurso à análise de conteúdo indutivo, como estratégia de análise adequada em termos de estudos descritivos (Sandelowski & Barroso, 2003). Os dados foram obtidos através de entrevista semiestruturada aos pais, de acordo com o guião composto por perguntas que permitiram a caracterização sociodemográfica da família e uma pergunta aberta. Foram consideradas 38 entrevistas, uma vez que com mais entrevistas, o conteúdo se tornaria improdutivo para a nossa investigação. As entrevistas foram gravadas em áudio e transcritas e analisadas a posteriori.

Resultados: A amostra foi constituída por 38 famílias cujo filho adolescente teve um comportamento autolesivo e deu entrada no serviço de urgência de um hospital pediátrico da região centro. Os participantes no estudo eram a mãe ou o pai, tendo sido as mães quem mais acompanharam os filhos no internamento (89,74%). A idade dos entrevistados variou entre os 35 e os 61 anos, sendo que mais de 71% tinham idade superior a 42 anos. Os entrevistados eram provenientes da região centro do país (Coimbra, Aveiro, Leiria e Guarda), sendo Coimbra o distrito com maior relevância (73,68%), seguido do de Aveiro (10,52%), e Leiria e Guarda cada um com 7,9% da população estudada. Os agregados familiares eram constituídos em média por 3,9 indivíduos por família, sendo 57,8% famílias nucleares, 13,2% alargadas, 13,2% monoparentais, 13,2% reconstruídas e 2,6% adotantes. Neste estudo foram as mães quem mais esteve junto do adolescente (89,7%), estando em concordância com a literatura científica por nós revisitada.

Conclusões: Esta investigação permitiu aumentar o conhecimento da tipologia familiar dos adolescentes, acompanhados ao serviço de urgência hospitalar, perante situações de comportamento autolesivo. Identificámos, assim, que são as famílias nucleares que se veem mais confrontadas com esta realidade. As famílias são unas e complexas constituindo assim um desafio para a enfermagem. Cabe à enfermagem de saúde infantil e pediátrica conhecer as famílias e integrá-las como unidade de cuidados, sendo o enfermeiro um recurso essencial para as apoiar na tomada de decisão ajudando-as nos momentos de crise, promovendo o crescimento, desenvolvimento e estratégias de empoderamento que contribuam para uma saúde familiar positiva.

Palavras-chave: família; adolescente; comportamento autolesivo

Referências bibliográficas: Figueiredo, M. H. (2009). *Enfermagem de família: Um contexto do cuidar* (Tese de doutoramento).

Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/20569>

Sandelowski, M., & Barroso, J. (2003). Writing the proposal for a qualitative research methodology project. *Qualitative Health Research*, 13(6), 781-820. doi: 10.1177/1049732303013006003

Tomé, G., Camacho, I., Matos, M. G., & Diniz, J. A. (2011). The influence of communication with family and peer group on well-being and risky behavior of portuguese adolescents. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 747-756. doi: 10.1590/S0102-79722011000400015

* Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Pediátrico de Coimbra, Enfermeira [edite.trinco@hotmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

O adolescente com múltiplos comportamentos autolesivos: análise de um estudo de caso

Maria Edite Miranda Trinco*

José Carlos Pereira dos Santos**

Introdução: Adolescência é reconhecida um período decisivo no desenvolvimento e assimilação de comportamentos e condutas saudáveis ou de risco que poderão hipotecar a saúde no futuro (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Por vezes os comportamentos de risco conduzem a comportamentos autolesivos, levando o adolescente à procura dos serviços de saúde. Em concordância com Hawton, Saunders, e Connor (2012) só uma pequena parte destes adolescentes tem contacto direto com os cuidados de saúde, deixando assim um hiato estatístico da verdadeira dimensão do problema.

Objetivos: Para investigar o que leva um adolescente a ter múltiplos comportamentos autolesivos e qual(ais) os fatores desencadeantes dos mesmos, delineámos os seguintes objetivos: identificar e caracterizar os múltiplos comportamentos autolesivos do adolescente, compreender o que leva o adolescente a ter múltiplos comportamentos autolesivos, e explorar e descrever qual o contexto desencadeante da conduta.

Metodologia: Optámos pela metodologia de estudo de caso, que é a que melhor serve o nosso propósito, de acordo com Yin (2005) é a que proporciona uma melhor introspeção de um determinado fenómeno e que funciona como instrumento para compreender outro fenómeno. A colheita de dados foi realizada através da consulta do processo de uma adolescente de 15 anos com automutilações de repetição e intoxicação medicamentosa voluntária, das notas de campo da investigadora e da entrevista semiestruturada à mãe, que foi gravada em áudio e transcrita posteriormente considerando todos os aspetos éticos.

Resultados: Após análise dos dados mais pertinentes para a consecução dos objetivos foi selecionado o caso de M., que é uma adolescente de 15 anos e que desde os 14 anos adota comportamentos autolesivos, nomeadamente automutilações nos membros superiores e inferiores, tendo também ocorrido uma ingestão medicamentosa não acidental. Dos resultados obtidos, constatámos que existe uma relação entre estes comportamentos, a dinâmica familiar, a aceitação do estado de saúde e a sua orientação sexual. O pai suicidou-se quando ela tinha 6 meses, desde então tem vivido só com a mãe. Aos 10 anos é-lhe diagnosticada diabetes mellitus, que tem dificuldade em aceitar. Aos 14 anos inicia uma relação amorosa com outra rapariga. Esta conjuntura levou-a ao isolamento social, adotando as automutilações para mitigar o conflito, sofrimento e tensão psicológica, que se agravaram com a não-aceitação da sua orientação sexual por parte da família, despoletando a necessidade de um ato mais agressivo para autorregular o seu sofrimento, levando-a à ingestão medicamentosa.

Conclusões: Na adolescência emerge a necessidade de afirmação perante a família, a sociedade e perante si próprio, procurando encontrar-se e afirmar-se no turbilhão de exigências e necessidades que se lhe deparam. Quando o adolescente vive em permanente conflito, apesar de todas as consequências negativas que advêm do ato em si, é frequente a associação de vários métodos autolesivos (Whitlock, 2010). Estes atos são antecedidos da existência de impulsividade, raiva, desesperança, isolamento social, não-aceitação do estado de saúde, agressividade e pensamentos negativos. Estas conclusões mostraram-se relevantes para a enfermagem provando a importância da compaixão e relação de ajuda no bem-estar do adolescente.

Palavras-chave: adolescência; comportamento autolesivo; estudo de caso

Referências bibliográficas: Hawton, K., Saunders, K., & Connor, R. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382. doi: 10.1016/S0140-6736(12)60322-5

Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores da boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Lisboa, Portugal: Autor.

Whitlock, J. (2010). Self-injurious behavior in adolescents. *PLoS Medicine*, 7(5), e1000240. doi: 10.1371/journal.pmed.1000240

Yin, R. (2005). *Case study research: Design and methods* (5th. ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

* Centro Hospitalar de Coimbra, Hospital Pediátrico de Coimbra, Enfermeira [edite.trinco@hotmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade Científico Pedagógica de Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

Perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e não-institucionalizadas

Eugénia Maria Rainha Pereira*

Introdução: Atualmente há uma preocupação crescente com a criança vítima de maus-tratos, com relevância para os cuidados de saúde. A aplicação da medida de proteção Acolhimento Residencial também é um problema atual, abordado aos vários níveis de intervenção, envolvendo profissionais de diferentes áreas, para a resolução e/ou minimização dos seus efeitos sobre o desenvolvimento global dos envolvidos, nomeadamente, no que concerne às perturbações disruptivas do comportamento e de défice de atenção (PDCDA) que se perpetuam ao longo da vida.

Objetivos: Relacionar os vários tipos das PDCDA com a idade e o sexo das crianças em estudo; determinar a prevalência das PDCDA nas crianças em regime de acolhimento residencial; comparar a prevalência das PDCDA entre crianças em acolhimento residencial e crianças integradas na sua família; relacionar a prevalência das PDCDA com os maus-tratos de que foram vítimas, o contexto familiar, o contacto familiar e o tempo de institucionalização.

Metodologia: Para a concretização dos objetivos traçados optámos por realizar um estudo quantitativo, não experimental, transversal e correlacional. O estudo foi desenvolvido com recurso a uma amostra de 200 crianças com idades entre os 6 e 12 anos, dividida em dois grupos (100 crianças institucionalizadas e 100 crianças não institucionalizadas). Para a recolha de dados foi aplicado um questionário integrando: questões sociodemográficas, o Child Behavior Checklist (CBCL) versão para pais ou seus substitutos e questões para preenchimento pela equipa técnica das instituições de acolhimento. Tratamento estatístico realizado com recurso ao SPSS.

Resultados: Dos participantes, 52% são do sexo masculino e 48% do sexo feminino, relativamente à prevalência das PDCDA constatou-se que é mais elevada em todas as dimensões do CBCL, nas crianças institucionalizadas, com resultados que são estatisticamente significativos ($p \leq 0,01$), à exceção da dimensão queixas somáticas. Também foi comprovada estatisticamente a associação entre alguns tipos de maus-tratos e o contexto familiar desestruturante com a prevalência de PDCDA. Os resultados evidenciaram ainda, que a intervenção dos profissionais de saúde nas instituições de acolhimento é deficitária, existindo muito a melhorar pois é reconhecida a importância do papel da saúde no acompanhamento contínuo destas crianças, não só a nível da prevenção, deteção, acompanhamento das famílias, mas também durante o período frágil de afastamento da família, nomeadamente na (re)construção dos seus projetos de vida.

Conclusões: É reforçada a importância dos profissionais de saúde intervirem holisticamente nos vários contextos, desde a equipa de saúde familiar à comunidade, nos Núcleos de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR), na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. A saúde está comprometida na prevenção primária, secundária e terciária dos maus-tratos infantis. Assim, existem linhas orientadoras da DGS sobre maus-tratos na infância. É importante realçar a importância do Sistema Nacional de Intervenção Precoce e NACJR existentes na saúde, integrando profissionais formados para responderem adequadamente às situações de diagnóstico, terapêutica e legal. Constitui uma mais-valia, a existência de equipas especializadas na área psicoterapêutica nos Departamentos de Pedopsiquiatria.

Palavras-chave: crianças; maltrato; institucionalização; saúde

Referências bibliográficas: Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.

Leça, A., Perdigão, A., Laranjeira, A. R., Menezes, B., Velez, C., Veloso, C., . . . Prazeres, V. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens: Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. Lisboa, Portugal: Direcção-Geral da Saúde, Divisão de Comunicação e Promoção da Saúde no Ciclo de Vida.

Lei n.º 147/99 de 1 de setembro. *Diário da República nº 204 - I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal.

* UIS Guarda, E.P.E - Centro de Saúde de Seia, Centro de Saúde de Seia - Unidade de Cuidados na Comunidade, Enfermeira [eugeniarainha@sapo.pt]

**GESTÃO DE CUIDADOS AO
RECÉM-NASCIDO DE ALTO
RISCO E SUA FAMÍLIA**

**CARE MANAGEMENT IN HIGH-
RISK INFANTS AND THEIR
FAMILIES**

**GESTIÓN DE CUIDADOS AL
RECIÉN NACIDO DE ALTO
RIESGO Y A SU FAMILIA**

Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas

Liliana Patrícia Leitão Ferraz*
Ananda Fernandes**

Introdução: A prematuridade é um fenómeno relevante na avaliação dos indicadores de saúde perinatal. Considerando a importância de cuidados de saúde seguros e de qualidade para o recém-nascido prematuro (RNP) e sua família, as práticas baseadas em evidências de cuidados centrados no desenvolvimento (CCD) são cada vez mais reconhecidas como uma necessidade emergente em unidades de cuidados neonatais (UCN). Contudo, estudos internacionais confirmam a inconsistência dessas práticas, havendo necessidade de conhecer o fenómeno na realidade portuguesa.

Objetivos: Este estudo teve como objetivos analisar a frequência da aplicação das medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP em UCN e saber, ainda, se existe relação entre a frequência da aplicação destas medidas e variáveis das UCN/institucionais.

Metodologia: Depois dos procedimentos formais e éticos, e recorrendo à técnica de amostragem não probabilística por redes, 217 enfermeiros com exercício de funções em UCN portuguesas participaram neste estudo, respondendo a um questionário de autopreenchimento, *Quantum Caring Practice Self-Assessment*, disponível online durante dois meses. O questionário foi traduzido e validado para a população portuguesa. A análise estatística dos resultados foi efetuada com base no programa *Statistical Package for Social Sciences 24.0* (SPSS).

Resultados: Os resultados revelaram que, em UCN portuguesas, as medidas centrais dos cuidados desenvolvimentais ao RNP são realizadas, mas não com a frequência recomendada. A maioria dos enfermeiros (65,4%) perceciona que as práticas de CCD são realizadas apenas às vezes e há ainda uma percentagem de 14,3% de enfermeiros que considera que raramente são concretizadas. Somente 18,9% dos enfermeiros inquiridos considera que a sua prática é feita de forma frequente. Os resultados demonstraram ainda que a frequência da aplicação destes cuidados difere, significativamente ($p < 0,05$), consoante a área de localização geográfica das UCN, revelando-se mais elevada na Regiões Autónomas e menos na Região Centro. A frequência é, significativamente, mais elevada nas UCN com maior nível de diferenciação de cuidados e que têm instituído um programa/protocolo específico de CCD.

Conclusões: A prática de CCD não está a ser implementada de forma consistente em UCN portuguesas, apesar de ser exequível. A melhoria da aplicação dos CCD exige uma mudança global na cultura e comportamento da equipa multidisciplinar, mais formação e investimento organizacional nesta área.

Palavras-chave: cuidados centrados no desenvolvimento; recém-nascido prematuro; cuidados neonatais; enfermagem

Referências bibliográficas: Coughlin, M. (2016). *Trauma-informed care in the NICU: Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Gibbins, S., Hoath, S.B., Coughlin, M., Gibbins, A., & Franck, L. (2008). The universe of developmental care: A new conceptual model for application in the neonatal intensive care unit. *Advances in Neonatal Care*, 8(3), 141-147. doi: 10.1097/01.ANC.0000324337.01970.76

Halder, P., Debabrata, B., & Arindam, B. (2015) Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): A review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2(2), 17-23.

Haumont, D. (2012). Environment and early developmental care. In G. Buonocore, R. Bracci & M. Weindling (Eds.), *Neonatology: A practical approach to neonatal diseases* (pp. 197-200). Milan, Italy: Springer.

* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra [liliferraz@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e Adolescente

Experiência do protocolo da hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-iscuêmica

Sandra Ilda Morais Lopes*

Maria Eduarda Fortes Correia**, Margarida Lourenço***

Graça Paula Gil Trindade

Introdução: A incidência de asfixia perinatal varia entre 1 a 3 em 1000 recém-nascidos (RN), existindo uma taxa de mortalidade de aproximadamente 25%, tendo estas crianças maiores riscos de deficiências funcionais, paralisia cerebral e problemas de audição e visão. O processo hipóxico-iscuêmico decorrente da asfixia perinatal grave resulta numa encefalopatia neonatal, genericamente definida por convulsões e coma no período neonatal precoce. O RN deverá ser transferido para uma UCI para a realização do protocolo de hipotermia induzida.

Objetivos: Identificar o conhecimento atual sobre a hipotermia induzida no RN com encefalopatia hipóxico-iscuêmica (EHI). Apresentar casuística da hipotermia induzida no serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital Pediátrico de Coimbra. Descrever as intervenções de enfermagem implementadas a estes RN e famílias.

Metodologia: Realizou-se uma revisão da literatura tendo sido efetuadas pesquisas bibliográficas online através dos motores de busca EBSCO e B-on, em bases de dados com critérios de inclusão e descritores predefinidos. Complementarmente foram identificadas as intervenções de enfermagem a estes RN e famílias, tendo em conta o protocolo instituído no Serviço de Cuidados Intensivos Pediátricos e foram apresentados os resultados do serviço no período compreendido entre janeiro de 2011 e dezembro de 2015.

Resultados: O cumprimento do protocolo de hipotermia induzida, realizado no Hospital Pediátrico de Coimbra desde 2011, tem como objetivo a redução do risco de morte ou sequelas na EHI moderada a grave, sendo atualmente considerado o procedimento padrão nestas situações. O protocolo consiste no arrefecimento do RN até aos 33,5°C, por um período de 72h, seguindo-se um aquecimento progressivo até aos 36,5°C, estando o RN envolto num cobertor para o efeito. Este é mantido sedado, sob ventilação mecânica, com monitorização invasiva e com analgesia. Os cuidados de enfermagem baseiam-se numa filosofia de manipulação mínima, de modo a minimizar as agressões externas e otimizar as funções vitais, na vigilância do estado geral e de consciência do RN, assim como, na assistência aos pais no processo de transição para a parentalidade. No período em estudo, 56 RN foram submetidos a este protocolo. A mortalidade foi de 12,8%, em 44,7% o exame neurológico na alta era normal e 17% apresentavam alterações minor.

Conclusões: Apesar dos progressos nos cuidados perinatais a encefalopatia hipóxico-iscuêmica constitui uma causa de mortalidade e de morbilidade. A hipotermia induzida é, nestes casos, consensualmente usada como terapêutica neuroprotetora. Os RN com indicação para hipotermia induzida são alvo de cuidados de saúde altamente diferenciados, apresentando um risco elevado de complicações. Neste processo o papel do enfermeiro é crucial na promoção da transição para a parentalidade, tendo nas primeiras horas o pai como alvo perante a inevitável separação da mãe-RN.

Palavras-chave: hipotermia induzida; encefalopatia hipóxico-iscuêmica; parentalidade

Referências bibliográficas: Graça, A., Pinto, F., Vilan, A., Dinis, A., Sampaio, I., Matos, C., ... Neves, F. (2012). *Hipotermia induzida no tratamento da encefalopatia hipoxico-iscuêmica neonatal. Consenso Nacional*. Recuperado de <http://www.lusoneonatologia.com/site/upload/consensos/2012-Hipotermia.pdf>

Heringhaus, A., Blom, M., & Wigert, H. (2013). Becoming a parent to a child with birth asphyxia: From a traumatic delivery to living with the experience at home. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8(1). doi: 10.3402/qhw.v8i0.20539

Neves, C., Teixeira, E., Dinis, A., Pinto, C., Moinho, R., Carvalho, L., & Neves, F. (2016). Hipotermia induzida e asfixia perinatal na região centro: 5 anos de experiência. *Saúde Infantil*, 38(2), 53-58.

Sampaio, I., Graça, A., & Moniz, C. (2010). Hipotermia induzida na encefalopatia hipóxico-iscuêmica: Da evidência científica à implementação de um protocolo. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 41(4), 184-190. Recuperado de <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/4344/3237>

* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Pediátrico, Enfermeira

** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Pediátrico, Prestação de cuidados

*** Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Pediátrico, Unidade de Cuidados Intensivos, Enfermeira

Exposição do recém-nascido prematuro à luz: avaliação na Unidade de Neonatologia A-UCI

Liliana Silva Costa*, Liliana Patrícia Leitão Ferraz**

Maria João O Simões Alves***, Ana Patrícia de Castro Ferreira****

Ana Paula de Jesus e Silva Miranda Almeida

Introdução: O ambiente luminoso ótimo para o prematuro ainda não é consensual. Estímulos caóticos, tais como luzes intensas e brilhantes afetam negativamente o desenvolvimento precoce do sistema visual (Sociedade Portuguesa de Neonatologia, 2008.). Por isso, o ambiente luminoso deve ser individualizado às características do recém-nascido prematuro (RNP; Graven, 2004; Coughlin, 2016). Para um ambiente adequado, recomenda-se uma iluminação cíclica (10-20 lux, 12 horas noturnas e 200-600 lux de 12 horas diurnas) que mostrou ter efeitos benéficos nos comportamentos de agitação e choro, assim como no crescimento, nas primeiras semanas da vida (Guyer et al., 2012).

Objetivos: Assim, no âmbito do projeto de melhoria contínua dos cuidados de enfermagem *NeoNurturing* - cuidados centrados no desenvolvimento do RNP, objetivou-se a necessidade de avaliar a iluminância (intensidade luminosa) a que o RNP está exposto na unidade de Neonatologia A - UCI.

Metodologia: No diagnóstico de situação na Neonatologia A-UCI foram: asseguradas condições técnicas para proceder à avaliação (exposição de luz natural/artificial, máxima/mínima; presença de pelo menos um enfermeiro na prestação de cuidados); estipulados períodos de avaliação de iluminância para o dia 18 de Fevereiro de 2016 (entre as 12h e as 14h, num dia de sol) e dia 20 de Fevereiro de 2016 (entre as 22h e as 23h, enquanto período noturno); avaliada a iluminância por áreas da unidade (6 salas) e em situações específicas dos cuidados inerentes ao RNP.

Resultados: Na avaliação por áreas da Neonatologia A-UCI verificámos uma iluminância máxima de 950 lux/dia e 960 lux/noite na sala de isolamento. A sala 4, contígua, tem uma iluminância máxima diurna de 836 lux e noturna de 625 lux. Na iluminância mínima, a sala 3 atinge o valor mais baixo noturno (0,6 lux) e na sala 1 atinge-se o valor mínimo diurno (9,8 lux). Na exposição do RNP à luz usando diferentes tipos de cobertura da incubadora, se for utilizada uma cobertura total, a iluminância avaliada ao nível dos olhos situa-se entre 12 lux (com vigia lateral) e 22 lux (com vigia no fundo). Recorrendo a uma cobertura parcial, avaliam-se 48 lux, se não utilizarmos proteção, obtém-se 485 lux. Simulando a necessidade de uso de um candeeiro portátil para a realização de procedimentos específicos, a iluminância avaliada ao nível dos olhos do RNP é de 6000 lux. Se os olhos do RNP forem protegidos obtém-se uma redução para 17,6 lux.

Conclusões: Perante as características físicas da unidade verificámos que, à exceção de duas áreas (isolamento e sala 4), há valores próximos dos recomendados para a iluminância cíclica. Esta deve ser tida em conta durante o internamento, ajustando a exposição, à individualidade do RNP, considerando a sua idade gestacional e estabilidade clínica. Uma correta adequação da iluminância, além da avaliação ambiental periódica, passa por sensibilizar a equipa para os efeitos da luz excessiva e por definir orientações, desde a adequação da cobertura da incubadora; à proteção ocular do RNP nos procedimentos; o incentivo às *quiet hours*; e sensibilizar e envolver as famílias.

Palavras-chave: recém-nascidos prematuros; iluminância

Referências bibliográficas: Coughlin, M. (2016). Trauma-informed care in the NICU: Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians. New York, NY: Springer Publishing Company.

Graven, S. (2004) Early neurosensory visual development of the fetus and newborn. *Clinics in Perinatology*, 31, 199-216.

Guyer, C., Huber, R., Fontijn, J., Bucher, H., Nicolai, H., & Werner, H. (2012). Cycled light exposure reduces fussing and crying in very preterm infants. *Pediatrics*, 130(1), e145-e151. doi: 10.1542/peds.2011-2671

Sociedade Portuguesa de Neonatologia (2008). Consensos de neonatologia: Luz na unidade de cuidados intensivos neonatais. Viseu, Portugal.

* CHUC, MDM, Enfermeira

** CHUC [liliferraz@gmail.com]

*** CHUC, Hospitais da Universidade de Coimbra, AGI -Saúde Materno Fetal, Enfermeira Chefe

**** CHUC, NEONATOLOGIA-A, EESMO

Perfil de recém-nascidos com malformação da parede abdominal em uso de terapia intravenosa

Elisa da Conceição Rodrigues*

Marialda Moreira Christoffel**

Charlione Aparecida Gomes da Silva***

Introdução: A incorporação de tecnologia nas áreas de terapia intensiva neonatal tem possibilitado a sobrevivência dos recém-nascidos de alto risco incluindo aqueles com malformações congênitas. Considerando os quadros clínicos de grande complexidade e que representam risco de vida, os recém-nascidos com malformações congênitas são submetidos a procedimentos invasivos que requerem por parte da equipa de enfermagem conhecimento e aprimoramento constante. Dentre as tecnologias utilizadas a terapia intravenosa merece destaque.

Objetivos: Identificar os tipos de dispositivos intravenosos utilizados em recém-nascidos com gastrosquise e onfalocele; identificar as complicações relacionadas com a terapia intravenosa em recém-nascidos com gastrosquise e onfalocele; descrever os diagnósticos de enfermagem e as necessidades de cuidados de enfermagem dos recém-nascidos com gastrosquise e onfalocele em uso de terapia intravenosa.

Metodologia: Estudo transversal retrospectivo realizado na unidade de terapia intensiva neonatal cirúrgica de um hospital de referência para a assistência neonatal do município do Rio de Janeiro. Os participantes foram 89 recém-nascidos portadores de malformação congênita da parede abdominal, sendo 84 com gastrosquise e 5 com onfalocele. Os dados foram recolhidos nos prontuários dos recém-nascidos. Aprovação do Comitê de Ética parecer número 711.206.

Resultados: Os neonatos permaneceram internados em média 33 dias, sendo que desses 30,6 dias em uso de terapia intravenosa; 94,4% eram portadores de gastrosquise e 5,6% de onfalocele; permaneceram 30,6 dias em terapia intravenosa, 97% utilizaram dispositivo intravenoso periférico, 88% PICC, 17% dissecação venosa e 7% cateter venoso central, ressaltando que um mesmo RN utilizou mais do que um dispositivo. As complicações que levaram à remoção dos dispositivos intravenosos periféricos foram: infiltração (29%), flebite (9,5%), e obstrução (12,4%). Em relação aos cateteres centrais os motivos de remoção foram: PICC (flebite - 12,3%, infiltração - 12,3% e obstrução - 6,6%), dissecação venosa (infiltração - 26,3% e obstrução - 5,3%), e cateter venoso central (25% infiltração, flebite). Os recém-nascidos apresentaram diagnósticos de enfermagem relacionados com: respiração; circulação; alimentos e líquidos; eliminação; interação social; neurosensorial, dor e desconforto, atividade/repouso e segurança.

Conclusões: O estudo evidenciou a necessidade de uma equipa de enfermagem qualificada para a realização da assistência aos neonatos que possuem muitas peculiaridades e especificidades no seu estado de saúde. Além da necessidade da sistematização da assistência, visto que seu estado clínico contempla inúmeros diagnósticos de enfermagem, gerando diferentes necessidades de intervenções.

Palavras-chave: neonato; enfermagem; malformação congênita; terapia infusional; cuidado desenvolvimental

Referências bibliográficas: Abdullah, F., Arnaold, M. A., Nabaweesi, R., Fischer, A. C., Colombani, P. M., Aanderson, K. D., ... Chang, D. C. (2007). Gastroschisis in the United States 1988-2003: Analysis and risk categorization of 4344 patients. *Journal of Perinatology*, 27(1), 50-55. doi:10.1038/sj.jp.7211616

American Nurses Association. (2007). *The National Database of Nursing Quality Indicators (NDNQI)*. Recuperado de <http://www.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Volume122007/No3Sept07/NursingQualityIndicators.aspx#table1>.

Christison-Lagay, E. R., Kelleher, C. M., & Langer, J. C. (2011). Neonatal abdominal wall defects. *Seminars in Fetal Neonatal Medicine*, 16(3), 164-172. doi: 10.1016/j.siny.2011.02.003

* Escola de Enfermagem Anna Nery, Materno-infantil, Professora Associada [elisadaconceicao@gmail.com]

** Escola de Enfermagem Anna Nery, Materno-Infantil, Professora Associada

*** Escola de Enfermagem Anna Nery, Materno-Infantil, Mestre em Enfermagem pela Escola de Enfermagem Anna Nery

Transição do recém-nascido dos cuidados intensivos para o domicílio, fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelos pais: revisão integrativa da literatura

Elsa Maria Oliveira Pinheiro de Melo*, Alexandre Rodrigues**, Raquel Lima***
Filipa Andreia Ribeiro Alves****, Andreia Queirós*****, Catarina Fontes*****

Introdução: O nascimento prematuro remete para uma situação de luto dos pais pelo bebê idealizado e adia o início do exercício pleno da parentalidade prevista, pela necessidade de internamento. A parentalidade na prematuridade constitui uma situação de crise no ciclo vital da família, que exige mecanismos e recursos de adaptação. Compreender as necessidades dos pais no momento da alta é essencial para o planeamento de intervenções que resultem no exercício de uma parentalidade eficaz e consequente promoção da saúde.

Objetivos: Identificar os fatores facilitadores e dificultadores percebidos pelos pais na preparação para a alta de uma UCIN; descrever os fatores facilitadores e dificultadores na transição para o domicílio percebidos pelos pais.

Metodologia: A pesquisa foi efetuada nas bases de dados SciELO, PubMed, e ScienceDirect, circunscrita ao período entre janeiro de 2011 e fevereiro de 2017, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. A qualidade dos artigos foi avaliada com base na escala Kmet, tendo sido selecionados 5 estudos que utilizaram metodologia qualitativa, explorando a percepção que os pais têm desta experiência de transição.

Resultados: Os resultados evidenciam que os pais de prematuros identificaram 3 tipos de fatores dificultadores da transição: a incerteza e medo, relativas ao futuro da criança, à falta de recursos e ao receio de não serem capazes de gerir a situação em casa; a dificuldade em confiar na equipa de saúde do ambulatório, pelos cuidados complexos que consideraram que o bebê necessita no domicílio; e a readaptação ao quotidiano, particularmente na gestão do trabalho versus família. Reconhecem 3 fatores facilitadores neste processo de transição: o ambiente controlado da UCIN, que permite a interação e aprendizagem de cuidados ao bebê; a possibilidade de desenvolvimento de estratégias de *coping* pelos pais; e as relações interpessoais com os profissionais de saúde que facilitam a aprendizagem dos cuidados.

Conclusões: Os enfermeiros contribuem de forma inequívoca para o sucesso da alta e da transição da criança de uma unidade de saúde para o domicílio, sendo fundamental o suporte adequado durante todo o processo, para que as dificuldades se transformem em oportunidades de aprendizagem, assegurando as melhores condições para a parentalidade.

Palavras-chave: alta; prematuro; parentalidade; percepção; experiência

Referências bibliográficas : Boycova, M. (2016). Life after discharge: What parents of preterm infants say about their transition to home. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 16(2), 58-65. doi: 10.1053/j.nainr.2016.03.002

Garfield, C. F., Lee, Y., & Kim, H. N. (2014). Paternal and maternal concerns for their very low-birth-weight infants transitioning from the NICU to home. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 28(4), 305-312. doi: 10.1097/JPN.000000000000021

Smith, V. C., Hwang, S. S., Dukhovny, D., Young, S., & Pursley, D. M. (2013). Neonatal intensive care unit discharge preparation, family readiness and infant outcomes: Connecting the dots. *Journal of Perinatology*, 33(6), 415-421. doi: 10.1038/jp.2013.23

Toral-López, I., Fernández-Alcántara, M., González-Carrión, P., Cruz-Quintana, F., Rivas-Campos, A., & Pérez-Marfil, N. (2016). Needs perceived by parents of preterm infants: integrating care into the early discharge process. *Journal of Pediatric Nursing*, 31(2), e99-e108. doi: 10.1016/j.pedn.2015.09.007

* Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Professor Adjunto [elsamelo@ua.pt]

** Universidade Aveiro, Escola Superior de Saúde

*** Universidade Aveiro, Escola Superior de Saúde, Estudante 4º Ano enfermagem

**** Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Estudante do Curso de Licenciatura em Enfermagem

***** Universidade de Aveiro, Escola Superior de Saúde, Estudante 4º Ano enfermagem

***** Universidade Aveiro, Escola Superior de Saúde, Estudante 4º Ano enfermagem

Validação do trabalho emocional em enfermagem numa unidade de neonatologia

Paula Diogo*

Hugo Gonçalves Martins**

Nuno Pedro Ferreira da Silva Fernandes***

Introdução: Os processos de saúde-doença estão habitualmente associados a uma emocionalidade intensa que acentua o sofrimento, mormente, no cliente pediátrico. Concomitantemente, cuidar em pediatria implica um grande desafio emocional para os enfermeiros (Mauder, 2008). Este trabalho emocional em enfermagem, de dupla centralidade, foi estudado por Diogo (2015, 2017) daí resultando uma hipótese explicativa do processo de uso terapêutico das emoções na prática dos enfermeiros, conduzindo a uma teoria de médio-alcance do trabalho emocional em enfermagem pediátrica, mas que carece de validação.

Objetivos: 1) Validar o processo de trabalho emocional dos enfermeiros numa unidade de neonatologia. 2) Verificar a aplicabilidade da teoria de médio-alcance proposta: se as evidências reforçam ou refutam o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Pretende-se verificar se a teoria de médio-alcance proposta é confirmada ou refutada, na sua generalidade, pelos enfermeiros de uma unidade de neonatologia, e desenvolver as características do processo de trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Metodologia: Estudo de abordagem quantitativa, descritivo, para verificação da hipótese emergente sobre o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Os participantes são 22 enfermeiros de uma unidade de neonatologia, de um hospital pediátrico português. Foi contruído um questionário misto, adaptado da árvore categorial emergente no estudo primário. A aplicação dos questionários realizou-se em janeiro e fevereiro de 2013, após a autorização da Direção de enfermagem. O tratamento de dados quantitativos foi realizado no programa SPSS®; estatística descritiva do tipo não-paramétrica. Os dados de natureza qualitativa foram sujeitos a análise de conteúdo convencional.

Resultados: Os resultados revelam que as cinco categorias do processo de trabalho emocional propostas são consideradas pelos enfermeiros participantes como relevantes, dada a importância atribuída em contexto de uma unidade de neonatologia: 1) Na categoria Promover um ambiente seguro e afetivo, para cada estratégia e em média (89,80 ± 11,36)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 2) Na categoria Nutrir os cuidados com afeto, para cada estratégia e em média (92,6 ± 16,04)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 3) Na categoria Gerir as emoções dos clientes para cada estratégia e em média (95 ± 9,12)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 4) Na categoria Construir a estabilidade na relação, para cada estratégia e em média (96,8 ± 4,65)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial; 5) Na categoria Regular a disposição emocional para cuidar, para cada estratégia e em média (90,9 ± 13,81)% dos enfermeiros consideraram importante, muito importante ou essencial.

Conclusões: Os enfermeiros participantes confirmam o trabalho emocional na sua prática em contexto de neonatologia, e deste modo validam o trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Os resultados demonstram que as estratégias de trabalho emocional estão integradas nos cuidados, pois em média cada uma é reconhecida e valorizada como importante, muito importante ou essencial por 93% dos enfermeiros. As condições do ambiente e dos clientes determinam as estratégias de trabalho emocional que são refutadas por 7% dos enfermeiros. O desenvolvimento da teoria de médio-alcance proposta, visando alcançar confiabilidade e robustez, exige prosseguir na sua aplicabilidade e replicação em diferentes contextos clínicos pediátricos.

Palavras-chave: enfermagem pediátrica; neonatologia; trabalho emocional; validação da teoria

Referências bibliográficas: Diogo, P. (2015). *Trabalho com as emoções em enfermagem pediátrica: Um processo de metamorfose da experiência emocional no ato de cuidar* (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta. Diogo, P. (coord.). (2017). *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem*. Loures, Portugal: Lusodidacta.

Mauder, E. Z. (2008). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian Journal of Palliative Care*, 14(1), 45-50. doi: 10.4103/0973-1075.41935

Smith, P. (2012). *Emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* (2ª ed.). Hampshire, England: Palgrave Macmillan.

* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermagem da Criança e do Jovem, Prof. Adjunto

** Hospital Fernando da Fonseca, Enfermeiro

*** Hospital de Vila Franca de Xira, Enfermeiro

**GESTÃO DE CUIDADOS À
CRIANÇA COM DOENÇA
COMPLEXA E SUA FAMÍLIA**

**CARE MANAGEMENT IN
CHILDREN WITH COMPLEX
DISEASE AND THEIR FAMILIES**

**GESTIÓN DE CUIDADOS AL
NIÑO CON ENFERMEDAD
COMPLEJA Y A SU FAMILIA**

A criança com doença oncológica: impacto na família

Goreti Marques*

Introdução: A doença oncológica ocorre num contexto familiar, produzindo efeitos negativos no seu funcionamento e em cada um dos seus elementos. Considerando que o comportamento de cada um dos seus membros é indissociável dos restantes, existe uma circularidade na relação entre a criança e a família. Nesta perspectiva, a doença oncológica não afeta apenas a criança, mas estende-se a todo o seu universo familiar, impondo uma reorganização na sua dinâmica para incorporar todos os cuidados e exigências provocados pela própria doença.

Objetivos: Neste contexto, este estudo teve como objetivo analisar os fatores de impacto da doença oncológica no funcionamento familiar.

Metodologia: Realizou-se um estudo descritivo e correlacional, numa amostra de 128 pais de crianças com doença oncológica (até aos 18 anos), em tratamentos, entre agosto de 2011 e janeiro de 2013, numa instituição do norte de Portugal. Utilizaram-se como instrumentos o “Questionário de avaliação do impacto da doença oncológica da criança na família” e a “Escala de Satisfação do Suporte Social”. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética. Posteriormente, foram contactadas as famílias e explicitados os aspetos formais e foi-lhes solicitado que assinassem o Consentimento Informado.

Resultados: As famílias eram predominantemente nucleares e alargadas (80,5%) e a mãe o “cuidador principal” em 79,7% dos casos. Os resultados evidenciam uma associação entre as “necessidades de apoios família/amigos” ($r=0,362, p < 0,001$), “gastos económicos com a doença” ($r=0,262, p < 0,003$), “impacto económico na doença”, $t=-4,241; gl=126, p < 0,001$, “suporte social” ($t=1,988; gl=126; p=0,049$), “impacto nos irmãos saudáveis” ($t=-3,210; gl=81; p=0,002$) e o impacto da doença na estrutura familiar. Neste estudo, evidenciou-se que as famílias com maior sobrecarga económica provocada pela doença se encontram mais fragilizadas nas relações e mais propensas ao impacto da doença, uma vez que as dificuldades económicas enfrentadas tornam as experiências de vivenciar a doença um processo ainda mais doloroso. Constatamos ainda, que as famílias com menor “impacto da doença na sua estrutura familiar” apresentavam, de forma significativa, uma maior satisfação com o seu “suporte social”. Verificámos ainda, que quanto maior o impacto da doença nos irmãos saudáveis, maior o impacto na estrutura familiar.

Conclusões: O conhecimento dos fatores que interferem no impacto da doença oncológica da criança na família permite identificar famílias mais vulneráveis, com maior dificuldade de adaptação à própria doença e que possam dispor de menos recursos para lidar com a mesma. Face às alterações que esta patologia provoca no funcionamento das famílias, torna-se fundamental que os enfermeiros disponham de ferramentas que lhe permitam identificar as alterações para poderem planejar as suas intervenções.

Palavras-chave: oncologia; família; criança; enfermagem

Referências bibliográficas: Araújo, B. Y., Reichert, S. P., Oliveira, G. R., & Collet, N. (2011). Apoio social de famílias de crianças com doença crónica: Revisão integrativa. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 10(4), 853-860. doi: 10.4025/ciencsaud.v10i4.18332

Cheron, M., & Pettengill, M. (2011). Experience of healthy brother in relation to the disease hospitalization of his brother with cancer. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 605-610. doi: 10.1590/S0103-21002011000500002

Duarte, M. L., Zanini, L. N., Nedel, M. N. (2012). O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(3), 111-118. doi: 10.1590/S1983-14472012000300015

Kohlsdorf, M., & Costa, A. L. Jr. (2012). Impacto psicossocial do cancro pediátrico para pais: Revisão da literatura. *Paidéia*, 22(51), 119-129. doi: 10.1590/S0103-863X2012000100014

* Escola Superior de Saúde Santa Maria - Porto, Professor Adjunto [goreti_marques@hotmail.com]

Adesão ao regime medicamentoso dos adolescentes submetidos a transplante hepático: fatores motivacionais

Susana Carvalho*

Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba**

Luís Manuel de Jesus Loureiro***

Introdução: No transplante hepático, a imunossupressão é essencial para a sobrevivência do enxerto e do recetor. Embora as características desenvolvimentais da adolescência e a motivação possam influenciar a não adesão à medicação, a literatura sobre o assunto é escassa. As consequências da não adesão à medicação tornam essencial caracterizar o adolescente não aderente com a finalidade de promover a adesão à medicação.

Objetivos: Os objetivos deste estudo são caracterizar os adolescentes submetidos a transplante hepático, verificar se aderem ao regime medicamentoso, se estão motivados e se se sentem competentes para cumprir o regime medicamentoso.

Metodologia: Estudo transversal. A amostra é composta por 32 adolescentes submetidos a transplante hepático num hospital pediátrico português. Aplicou-se um questionário que permitiu caracterizar os adolescentes e determinar a adesão à medicação através da escala Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e dos valores sanguíneos da imunossupressão. Além disso, foi usado o *Treatment Self-Regulation Questionnaire* (TSRQ) para explorar a relação entre adesão e motivação e a *Perceived Competence Scale* (PCS) para examinar a relação entre adesão e competência.

Resultados: Os adolescentes responderam, através da escala MAT, ter um comportamento de maior adesão medicamentosa (100%) comparativamente à revelada pelos valores sanguíneos do tacrolimus, em que 66,7% estavam dentro de intervalos terapêuticos. Os adolescentes apresentaram motivação predominantemente autónoma e elevada para cumprir a prescrição da medicação (subescala de motivação autónoma TSRQ apresenta valor médio de 6,5, num intervalo de 1 a 7) e mostraram-se confiantes e crentes na sua capacidade de seguir o regime medicamentoso (valor médio da PCS de 6,65, intervalo de 1 a 7). A motivação e a competência percebida não foram relacionadas com a adesão ($rs=0,119$ $p=0,523$; $rs=0,283$ $p=0,123$, respetivamente). A competência percebida e a motivação autónoma têm uma correlação positiva, moderada e estatisticamente significativa ($rs=0,482$ $p=0,006$).

Conclusões: Este estudo mostra que a adesão à medicação quando avaliada subjetivamente apresenta pontuações mais elevadas comparativamente com os níveis sanguíneos da imunossupressão. Motivação autónoma e competência percebida não parecem influenciar a adesão ao regime medicamentoso. A competência percebida tem uma influência positiva, moderada e estatisticamente significativa na motivação autónoma dos adolescentes. São necessários mais estudos multicêntricos, com base na teoria sólida para examinar melhor o comportamento da adesão à medicação.

Palavras-chave: transplantação hepática; adolescentes; adesão medicamentosa; motivação

Referências bibliográficas: Burra, P. (2012). The adolescent and liver transplantation. *Journal of Hepatology*, 56(3), 714-722. doi: 10.1016/j.jhep.2011.07.032

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2012). Self-determination theory in health care and its relations to motivational interviewing: A few comments. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(24), 1-6. doi: 10.1186/1479-5868-9-24

Patrick, H., & Williams, G. C. (2012). Self-determination theory: Its application to health behavior and complementarity with motivational interviewing. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 9(18), 2-12. doi: 10.1186/1479-5868-9-18

World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Geneva, Switzerland: Author.

* Hospital Pediátrico de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde Criança e Adolescente, Professor Adjunto [mlomba@esenfc.pt]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

Afinal sou doente!

Maria Filomena Abreu de Sousa*

Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo**

Introdução: O desenvolvimento, científico e tecnológico, nas últimas décadas, permitiu a sobrevivência de crianças com situações de saúde, que outrora morreriam nos primeiros anos de vida, nomeadamente com cardiopatia congénita. As crianças, adolescentes e jovens adultos com cardiopatia congénita constituem um novo grupo de doentes nos serviços de saúde. A experiência de viver com uma doença congénita, pela sua condição, embora possa estar esquecida é e está sempre presente nas suas vidas em toda a temporalidade das suas existências.

Objetivos: Compreender a realidade do outro, as suas diferenças e sucessivas transições, assim como a realidade onde se movem no seu dia-a-dia, mergulhando na sua subjetividade e na sua essência, é preocupação do enfermeiro que, pela natureza holística da sua profissão presta cuidados às pessoas na globalidade da sua existência. Assim, traçamos como objetivo: compreender a experiência vivida do adolescente com cardiopatia congénita.

Metodologia: Em função da questão do objetivo expresso, que remete para a compreensão da experiência vivida, optamos por uma metodologia qualitativa. O estudo inscreve-se no paradigma interpretativo. Na colheita e análise dos dados, privilegiamos uma abordagem fenomenológica, de acordo com o método proposto por Van Manen (2014). Para acedermos à experiência vivida dos participantes fizemos entrevistas em profundidade. Para desocultar a essência do fenómeno fizemos uso da proposta de Van Manen (2014). Para tal, analisámos, refletidamente, a estrutura, os aspetos temáticos da experiência e assim identificámos temas fenomenológicos.

Resultados: Um dos temas que identificámos nas narrativas dos participantes está relacionado com o modo como deram conta que eram doentes e nós designámos por - apercebendo-se que eram doentes. Os participantes tomaram consciência da sua doença ao confrontarem-se com acontecimentos nas suas vidas que não observavam nos seus pares, ou quando submetidos a situações, para eles, estranhas, como o caso da cirurgia ou do cateterismo cardíaco. O facto de terem de ser vigiados em consultas médicas, com a consequente alteração das suas rotinas, ajudou-os a aperceberem-se que eram doentes. Para a experiência vivida de ser doente contribuiu também a dupla estranheza associada à ida ao médico - a própria consulta e o facto de nela serem objeto de olhares de várias pessoas, sentindo-se expostos, vulneráveis e ameaçados. Para outros participantes, foi a operação a que foram submetidos enquanto crianças que os fez perceber que eram doentes, que algo não estava bem neles.

Conclusões: Para os participantes no estudo, o conhecimento da sua situação de doente constrói-se a partir da experiência vivida do quotidiano, no modo como os outros se relacionam com eles e em confrontação com factos que lhe eram estranhos.

Palavras-chave: adolescente; cardiopatia congénita; experiência vivida

Referências bibliográficas: Caelli, K. (2001). Engaging with phenomenology: Is it more of a challenge than it needs to be. *Qualitative Health Research*, 11(2), 273-282. doi: 10.1177/104973201129118993

Cohen, M. Z., & Omery, A. (2007). Escolas de fenomenologia: Implicações para a investigação. In J. M. Morse (Ed.), *Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa* (pp. 141-159). Coimbra, Portugal: Formasau.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014). *Wong: Enfermagem da criança e do adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidata.

Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: Meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. Walnut Creek, CA: Left Coast Press.

* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Da Criança e Jovem, Docente

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Unidade Técnico-Científica: Enfermagem Disciplina e Profissão, Coordenadora [ceubarbieri@esenf.pt]

Barreiras à utilização da sacarose no alívio da dor em procedimentos dolorosos em pediatria

Joana Isabel Simões Mariano*

Ananda Fernandes**

Introdução: A sacarose é eficaz para o alívio da dor durante procedimentos dolorosos no primeiro ano de vida, contudo, apesar da evidência científica, a prática clínica nem sempre está de acordo com as recomendações atuais, sendo esta utilizada inconsistentemente.

Objetivos: Identificar as barreiras à utilização de sacarose no alívio da dor em procedimentos dolorosos em lactentes num hospital pediátrico.

Metodologia: Apresentação dos resultados de um estudo quantitativo realizado através do preenchimento de um questionário por 131 enfermeiros com análise das variáveis: critérios e modo de utilização da sacarose; conhecimentos dos enfermeiros sobre a sacarose; barreiras percebidas pelos mesmos para a sua não utilização; dados sociodemográficos.

Resultados: Com a realização deste estudo foi possível identificar um conjunto de barreiras à utilização da sacarose, sendo que as principais barreiras identificadas estão relacionadas com a organização dos serviços (25%), com o esquecimento da utilização dessa estratégia (21%) e com a falta de formação (18%). Foi igualmente possível conhecer melhor os critérios e o modo de utilização da sacarose por parte dos enfermeiros e verificou-se também uma lacuna nos conhecimentos dos mesmos relativamente à utilização e mecanismos de ação desta estratégia.

Conclusões: Este trabalho insere-se numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade de cuidados. Depois de identificadas as barreiras a uma prática baseada na evidência, devem ser implementadas ações conducentes à eliminação dessas barreiras. Tendo em conta as barreiras referidas pelos enfermeiros e a evidência de lacunas nos seus conhecimentos, deverão ser delineadas estratégias que contrariem estes factos: ações de formação e publicitação desta estratégia, com o objetivo de transmitir, relembra e aprofundar conhecimentos e o envolvimento do grupo da dor instituído na unidade hospitalar, por forma a ultrapassar barreiras relacionadas com a organização dos serviços.

Palavras-Chave: recém-nascidos; lactentes; dor; sacarose; enfermagem

Referências bibliográficas: Fernandes, A., Campbell-Yeo, M., & Johnston, C. (2011). Procedural pain management for neonates using nonpharmacological strategies: Part 1: Sensorial interventions. *Advances in Neonatal Care*, 11(4), 235-241. doi: 10.1097/ANC.0b013e318225a2c2

Harrison, D. (2012). Sucrose for procedural pain management in infants. *Pediatrics*, 130(5), 918-925. doi: 10.1542/peds.2011-3848

Harrison, D., Stevens, B., Bueno, M., Yamada, J., Adams-Webber, T., Beyene, J., & Ohlsson, A. (2010). Efficacy of sweet solutions for analgesia in infants between 1 and 12 months of age: A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 95(6), 406-413. doi: 10.1136/adc.2009.174227

Stevens, B., Yamada, J., Lee, G. Y., & Ohlsson, A. (2010). Sucrose for analgesia in newborn infants undergoing painful procedures. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 31(1), CD001069. doi: 10.1002/14651858.CD001069.pub4

* Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, Pediatria Médica, Enfermeira [joana.i.s.mariano@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e Adolescente

Caso clínico em enfermagem: gestão de cuidados a um lactente com atresia do esófago e sua família

Maria do Rosário Pereira Fernandes Martins*

Carla Isabel Pires dos Santos**

Vanessa Filipa de Jesus Leitão Braga***

Introdução: O S. é um latente ex-prematuro de 33 semanas, atualmente com 8 meses de idade cronológica, com síndrome polimalformativa manifestado por atresia do esófago de hiato longo, com fistula traqueoesofágica (corrigida cirurgicamente); cardiopatia, baixa estatura; microcefalia; dismorfia craniofacial (proptose ocular bilateral, hipoplasia malar, micro/retrognatia, palato arqueado, pavilhões auriculares displásicos). Foi submetido a gastrostomia, cirurgia para correção de fistula traqueoesofágica (complicada, com laceração pulmonar e pneumotórax) e vários procedimentos endoscópicos (maioritariamente dilatações esofágicas). Tem sido acompanhado pelos pais.

Objetivos: Descrever a situação clínica da criança reportada a uma data concreta, indicando: diagnóstico médico, história da situação atual (anamnese), tratamento instituído; Caracterizar a criança e família evidenciando a apropriação de um modelo conceptual de enfermagem; Formular e discutir diagnósticos e respetivas intervenções de enfermagem, justificando-as através dos dados anteriormente descritos; Refletir sobre a importância do enfermeiro de referência na gestão de cuidados à criança com doença complexa e sua família.

Metodologia: Para caracterizar a criança e a sua família baseámo-nos no Modelo Conceptual de Enfermagem de Nancy Roper, usando como instrumentos de colheita de dados a entrevista aos pais, o exame físico e a história clínica anterior e atual. Visto que as transições vivenciadas com o S. têm tido um impacto significativo na parentalidade, a Teoria das Transições serviu como referencial teórico para uma melhor análise deste caso clínico. Refletimos no papel preponderante que o enfermeiro de referência pode assumir na facilitação dos processos de adaptação dos pais à nova condição.

Resultados: Relativamente às Atividades de Vida Diária de Nancy Roper foram identificados os focos de atenção e, assim, definidos os diagnósticos de enfermagem. Estes visaram planear intervenções condutoras do restabelecimento/manutenção das atividades de vida, bem como promover a independência, tanto da criança como da sua família. Pela complexidade da situação clínica do S. e do seu internamento desde o nascimento, foram delineadas intervenções específicas em cada fase do processo de adaptação e aprendizagem dos pais. Pela instrução, ensino e treino desenvolveram-se competências que lhes permitiram assegurar a adequação do seu papel parental. O plano que apresentamos refere-se ao dia 15 de Maio de 2017. Identificámos como diagnósticos de enfermagem o expetor ineficaz e o risco de desenvolvimento infantil comprometido, por se manterem durante todo o internamento. Durante o processo terapêutico do S., além das intervenções autónomas de enfermagem, demonstrou-se ser determinante o trabalho com a equipa multidisciplinar, como fisioterapeutas, terapeutas da fala, enfermeiros de reabilitação, médicos e musicoterapeuta.

Conclusões: Após a realização deste trabalho, consideramos que os objetivos propostos foram alcançados, conseguindo ter uma perspetiva holística da criança e família, contextualizando a sua situação clínica e delineando um plano de cuidados que nos permitam alcançar resultados em saúde. Conseguimos ainda demonstrar a importância da equipa de enfermagem, em particular, do enfermeiro de referência, no alcance de uma adequada gestão de cuidados à criança com doença complexa e sua família, facilitadora do processo de regresso a casa. Como dificuldade, sobressaiu a complexidade clínica do S., requerendo uma seleção apropriada da informação pertinente e uma rigorosa organização dos dados colhidos.

Palavras-chave: atividades de vida diária; atresia do esófago; cuidados centrados na família; parceria de cuidados; parentalidade; transição

Referências bibliográficas: Lopes, M. F. (2005). *Cirurgia da atresia do esófago: Especial referência à preservação do esófago nativo no hiato longo: Estudo clínico e experimental* (Tese de doutoramento). Universidade de Coimbra, Faculdade de Medicina, Portugal.

Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation-specific theories in research and nursing practice*. New York, NY: Springer Publishing Company.

Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ª ed.). Alfragide, Portugal: McGraw-Hill de Portugal.

Souza, R. F. (2013). *Doença como narrativa: O que pensam as mães sobre ter um filho com atresia de esófago?* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/8013>

* CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra, Cirurgia/Queimados e UTHP, Enfermeira

** CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra, Enfermeira

*** CHUC, Cirurgia/Queimados e Transplantes Hepáticos, Enfermeira [vanessafjbraga@gmail.com]

Conhecimento dos enfermeiros sobre técnicas não-farmacológicas no alívio da dor na criança

Alda Maria Melo Sanches*

Maria da Graça Ferreira Aparício Costa**

Introdução: As técnicas não-farmacológicas (TNF) são geralmente intervenções de baixo custo e fácil aplicação, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos. A importância do recurso a estas intervenções reside no facto de muitas delas modificarem o significado e vivência da dor, constituindo assim um recurso primordial no controlo da dor da criança/adolescente. Para os enfermeiros, o controlo da dor assume-se como um dever e um indicador de boa prática.

Objetivos: Avaliar a frequência com que os enfermeiros aplicam as TNF e descrever os conhecimentos sobre a aplicação das mesmas, no alívio da dor na criança.

Metodologia: Estudo descritivo-correlacional, de corte transversal e de abordagem quantitativa, no qual participaram 81 enfermeiros de três unidades de um centro hospitalar da zona norte de Portugal, com média de idades de 43,28 anos ($DP=8,16$) selecionados de forma não probabilística por conveniência. Na recolha de dados utilizou-se um questionário de auto-preenchimento, composto por uma parte de caracterização sociodemográfica e profissional e de uma adaptação da Escala de Conhecimentos na Aplicação das TNF de Sousa (2009).

Resultados: A maioria da amostra (97,5%) pertencia ao sexo feminino, 50,6% enquadrava-se no grupo etário dos 45-64 anos, 84,0% exercia funções há 10 ou mais anos, (média=20,19; $p=8,219$), 65,4% com a categoria de enfermeiro, 25,9% era especialista. A maioria dos enfermeiros (60,5%) não possuía formação específica sobre a dor e TNF, mas realizava a avaliação da dor de forma sistemática (96,3%) e 66,7% aplicava as TNF algumas vezes. A maioria (44,4%) demonstrou conhecimento fraco sobre a aplicação das TNF e 42,0% conhecimento elevado. Verificou-se que os enfermeiros mais velhos, com mais tempo de serviço, com categoria de enfermeiro especialista e que aplicam sempre as TNF detêm mais conhecimentos nesse âmbito.

Conclusões: O estudo revelou que os enfermeiros possuíam conhecimento fraco sobre a aplicação das TNF, sendo que este conhecimento resulta essencialmente da sua experiência profissional. O tratamento da dor é um direito inquestionável da criança e um foco de atenção da prática dos enfermeiros, constituindo as TNF intervenções autónomas relevantes para o seu alívio, que devem ser dirigidas à individualidade de cada criança/família e ao contexto onde se vivem.

Palavras-chave: dor; técnicas não farmacológicas; criança; enfermeiro; conhecimentos

Referências bibliográficas: Barros, L. (2003). *Psicologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.

Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Batalha, L. M. (2013). Avaliação do controlo da dor em pediatria: Uma década. *Saúde & Tecnologia, Supl.*, e16-e21. Recuperado de <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2592>

Gaspardo, C., Linhares, M., & Martinez, F. (2005). A eficácia da sacarose no alívio da dor em neonatos: Revisão sistemática da literatura. *Jornal de Pediatria, 81*(6), 435-442. doi: 10.2223/JPED.1417

* Centro Hospitalar Trás-os-Montes e Alto Douro, Pediatria, Enfermeira

** Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermagem da Criança e do Adolescente, Docente [gaparicio5@hotmail.com]

Conhecimentos e atitudes dos pais face à dor na criança

Mónica Sofia Sanches Pombal*

Maria da Graça Ferreira Aparício Costa**

Luís Manuel da Cunha Batalha***

Introdução: A identificação de fatores de desconforto e a minimização da dor na criança têm vindo a ser mais valorizados, constituindo a presença dos pais uma mais-valia para a planificação de intervenções individualizadas, suportadas na história de dor. No desempenho do seu papel, os pais utilizam estratégias farmacológicas e não farmacológicas no tratamento da dor dos seus filhos, pelo que ensinar, instruir e treinar os pais neste âmbito, tem impacto positivo na criança e na efetividade do papel parental.

Objetivos: Identificar os conhecimentos e práticas dos pais perante a dor na criança e as variáveis sociodemográficas e profissionais dos pais e de contexto clínico da criança que se associam aos seus conhecimentos e práticas perante a dor da criança.

Metodologia: Desenvolvemos um estudo quantitativo, descritivo, correlacional e transversal numa amostra por conveniência, constituída por 170 progenitores, 85,3% mães, (média de idades=34,5 anos; $DP=6,4$) de crianças internadas em serviços de pediatria (internamento e urgência) de duas unidades hospitalares da região centro do país. Foi aplicado um questionário de caracterização sociodemográfica, profissional e clínica dos pais e a Escala de Saberes e Práticas de Cuidados perante a dor na criança (Batalha, 2003).

Resultados: Dos pais, 77,4% eram casados/união de facto, 73,8% estavam empregados, 36,6% frequentaram o ensino secundário e 44,7% tinham 1 filho. Foram avaliados os conhecimentos e práticas segundo 6 dimensões de dor: conceito, tolerância, reconhecimento e avaliação da dor, cuidados farmacológicos e cuidados não farmacológicos, verificando-se no global que os conhecimentos e práticas dos pais são mais adequados na dimensão cuidados não farmacológicos e os pais mais velhos e casados nos cuidados farmacológicos ($p=0,002$; $p=0,036$ respetivamente). Os que tinham três ou mais filhos revelaram melhores conhecimentos no conceito de dor ($p=0,016$) e os que tinham estudos superiores responderam adequadamente às afirmações da tolerância à dor ($p=0,005$), cuidados farmacológicos ($p=0,000$) e cuidados não farmacológicos ($p=0,003$). Os pais de crianças internadas no Hospital 1 mostraram-se mais sensíveis à avaliação da dor ($p=0,039$) e das crianças com patologia cirúrgica evidenciaram-se no conceito de dor ($p=0,019$). O grau de parentesco revelou-se independente dos conhecimentos e práticas dos progenitores na abordagem da dor ($p>0,05$).

Conclusões: Os resultados evidenciam a influência contextual dos pais nos seus conhecimentos e práticas perante a dor dos seus filhos. Neste âmbito, os pais precisam de ser encorajados a desenvolver os seus conhecimentos e práticas através da parceria de cuidados com os profissionais de saúde, adaptando a sua parentalidade às situações de doença dos filhos. É responsabilidade dos enfermeiros pediátricos identificar as necessidades da criança/família implementando cuidados centrados na família, onde, a capacitação dos pais constitua uma estratégia de desenvolvimento do papel parental enquanto foco das suas práticas.

Palavras-chave: dor; conhecimentos; criança; pais

Referências bibliográficas: Batalha, L. M. (2003). Os enfermeiros e a dor na criança: Um contributo para avaliar saberes e práticas. *Dor*, 11(1), 5-40

* Centro Hospitalar Cova da Beira, Saúde da Criança e da Mulher, Enfermeira

** Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermagem da Criança e do Adolescente, Docente [gaparicio5@hotmail.com]

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Docente

Doença cardíaca congénita: qualidade de vida percecionada pelas crianças, adolescentes e pais

Sandra Ilda Morais Lopes*

Jorge Manuel Amado Apóstolo**

Introdução: A doença cardíaca congénita constitui a doença congénita mais prevalente em Portugal. Nas últimas décadas, diversos fatores contribuíram para reduzir significativamente a mortalidade e a morbilidade destas crianças e, conseqüentemente, aumentar a esperança de vida. A perceção de qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, dentro das famílias. Analisar as características da qualidade de vida destas crianças/adolescentes e a perspetiva dos pais permitirá conhecer o impacto da doença, conhecer melhor os doentes, a sua evolução e adaptação à doença.

Objetivos: Conhecer a qualidade de vida das crianças e adolescentes com doença cardíaca congénita e a perceção dos seus pais. Comparar a perceção de qualidade de vida expressa pelas crianças/adolescentes com cardiopatia congénita e pelos seus pais.

Metodologia: Realizou-se um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. O instrumento de colheita de dados foi o questionário, constituído por quatro partes: caracterização sociodemográfica e escolar; caracterização clínica e nível de qualidade de vida obtido através da escala *Pediatric Cardiac Quality of Life Inventory* (PCQLI), versão traduzida para a língua portuguesa. A colheita de dados decorreu entre Fevereiro e Julho de 2014, cumprindo os princípios éticos inerentes à investigação. A amostra foi constituída por 59 crianças, 59 pais de crianças, 80 adolescentes e 80 pais de adolescentes. A colheita de dados decorreu entre fevereiro e julho de 2014, na consulta externa de cardiologia de um hospital pediátrico da região centro. A amostra foi constituída por 59 crianças, 59 pais de crianças, 80 adolescentes e 80 pais de adolescentes.

Resultados: Na questão geral sobre perceção do estado de saúde destas crianças, verificou-se que a resposta predominante nos diferentes grupos foi a classificação de “boa saúde”. No questionário, 61,02% das crianças apresentou scores iguais ou superiores a 75 e a maioria dos adolescentes (71,25%) também evidenciou estes níveis de qualidade de vida. Nos pais das crianças, 69,49% apresentava scores iguais ou superiores a 75, tal como a maioria dos pais dos adolescentes (71,25%). A maioria dos elementos percecionou um elevado nível de qualidade de vida, encontrando-se médias similares. Entre as crianças e os seus pais existia uma relação moderada entre os scores totais da escala. Detalhando esta análise, verifica-se que esta relação é moderada entre a dimensão impacto da doença e impacto psicossocial. No grupo dos adolescentes, a relação da perspetiva pais-filhos no nível de qualidade de vida é forte. Consta-se uma relação forte na dimensão impacto da doença e moderada na dimensão impacto psicossocial. Todas estas relações têm significado estatístico.

Conclusões: Conhecer a qualidade de vida das crianças e adolescentes com doença cardíaca congénita e a perceção dos seus pais permite conhecer perspetivas complementares. Segundo diversos autores, é pertinente conhecer as duas perspetivas, percebendo que a concórdância sobre a qualidade de vida entre os pais e os filhos pode ser afetada pelos domínios investigados e pela própria qualidade de vida dos pais. Afirmam que existe maior acordo nos domínios que refletem aspetos físicos da saúde, atividade física, sintomas e funcionalidade, quando comparados com aspetos sociais ou emocionais, factos congruentes com o nosso estudo.

Palavras-chave: qualidade de vida; doença cardíaca congénita; crianças; adolescentes

Referências bibliográficas: Marino, B., Hottinger, S., Drotar, D., Wray, J., & Ittenbach, R. (2014). *The pediatric cardiac quality of life inventory (PCQLI): A brief user's guide*. Recuperado de <https://pcqli.com/node/5/download/9c97e791600f96d35ede7b4027b52598>

Marino, B., Tomlinson, R., Drotar, D., Claybon, E., Aguirre, A, Ittenbach, R., . . . Shea, J. A. (2009). Quality-of-life concerns differ among patients, parents, and medical providers in children and adolescents with congenital and acquired heart disease. *Pediatrics*, 123(4), e708-e715. doi: 10.1542/peds.2008-2572

Marino, B., Tomlinson, R., Wernovsky, G., Drotar, D., Newburger, J., Mahony, L., . . . Shea, J. A. (2010). Validation of the pediatric cardiac quality of life inventory. *Pediatrics*, 126(3), 498-508. doi: 10.1542/peds.2009-2973

* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Hospital Pediátrico de Coimbra, Enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professor Coordenador [japostolo@esenfc.pt]

Eidus-Hamilton test as marker of adherence to isoniazid therapy in pediatric population

Eva-Maria Guix-Comellas*, Librada Rozas-Quesada**
Alberto Villamor-Ordozgoiti***, Elena Maestre-González****
Enriqueta Force-Sanmartín*****, Antoni Noguera-Julian*****

Introduction: The World Health Organization considers a lack of adherence to long-term treatments to be a public health priority. For antituberculosis treatment to be effective, at least 80% treatment adherence is essential. Children with tuberculosis infection are high-risk candidates for developing the disease, with extrapulmonary tuberculosis and disseminated tuberculosis being the most common forms. In the pediatric population, all treatment regimens for TB, latent TB infection and primary chemoprophylaxis after contact with TB include isoniazid.

Objectives: To identify good treatment adherence by determining the urine concentration of acetylisoniazid metabolites in children and adolescents treated with isoniazid.

Methodology: Prospective, observational design. Pediatric patients on an outpatient isoniazid regimen at a leading children's hospital were enrolled. At the outpatient visits, the nurse performed the Eidus-Hamilton colorimetric test to determine the urine concentration of acetylisoniazid metabolites as a marker of treatment adherence. To conduct the Eidus-Hamilton test, 4 drops of urine, 4 drops of a 10% potassium cyanide solution and 9 drops of a 10% chloramine solution were placed in that order in a small conical urine collection tube. After one minute, the color of the urine was observed.

Results: A total of 68 patients were enrolled (41 females, 60.3%) with a mean age (standard deviation) of 7.2 (4.8) years. Approximately 33.8% ($n=23$) received INH as primary chemoprophylaxis, 47.1% ($n=32$) as treatment for latent tuberculosis infection and 19.1% ($n=13$) for tuberculosis disease. Median (interquartile range) treatment duration was 3 (3–6) months. A total of 90 Eidus-Hamilton tests were conducted, of which 77 (85.6%) were positive, 11 (12.2%) were weak positive and 2 (2.2%) were negative. Both negative cases were detected in the first follow-up visit. Both of these patients underwent 2 further tests each, which were positive.

Conclusion: The Eidus-Hamilton test is a quick and easy method that can be performed during nurse practitioner consultations, and is a reliable indicator of adherence to isoniazid therapy in children.

Keywords: isoniazid; Eidus-Hamilton test; tuberculosis; adherence to treatment; pediatrics; nursing

References: Eidus, L., & Hamilton, E. (1964) A new method for the detection of N-acetyl isoniazid in urine of ambulatory patients. *The American review of respiratory disease*, 89(4), 587-588.

Elizaga, J., & Friedland, J. S. (1997). Monitoring compliance with antituberculous treatment by detection of isoniazid in urine. *Lancet*, 350(9086), 1225-1226. doi: 10.1016/S0140-6736(05)63457-5

Meissner, P., Musoke, P., Okwera, A., Bunn, J., & Coulter, J. (2002). The value of urine testing for verifying adherence to anti-tuberculosis chemotherapy in children and adults in Uganda. *The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 6(10), 903-908.

Palanduz, A., Gultekin, D., & Kayaalp, N. (2003). Follow-up of compliance with tuberculosis treatment in children: monitoring by urine tests. *Pediatric Pulmonology*, 31(1), 55-57. doi: 10.1002/ppul.10314

Financing Entities: Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (España). Ayudas Investigación 2013 (PR 1819-13).

* Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesora de Grado y de Máster

** Hospital de Sant Joan de Déu (Barcelona), Departamento de Enfermería, Enfermera Unidad de Tuberculosis Infantil

*** Escuela de Enfermería. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesor

**** Escuela de Enfermería. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesora

***** Escuela de Enfermería. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesora

***** Hospital de Sant Joan de Déu (Barcelona), Dept de Pediatria. Unidad de Enfermedades Infecciosa, Médico

Emocionalidade vivida pelos pais da criança com doença crónica: implicações das cartas terapêuticas no trabalho emocional em enfermagem

Paula Diogo*, Ricardo Jorge Sousa Fonseca**

Luiza Maria Moura Dias Rodrigues***

Taís Regina Inocêncio Mendonça****

Introdução: Os pais de crianças com doença crónica vivem uma emocionalidade intensa, por vezes geradora de um desequilíbrio emocional, físico, mental e espiritual. O registo das suas vivências capacita-os a uma reflexão sobre a sua vivência, ajudando-os a ter consciência e a gerir as suas emoções. As cartas terapêuticas podem ser escritas por profissionais de saúde, como os enfermeiros, e pelas pessoas cuidadas, servindo como um meio de reflexão sobre a relação terapêutica e sobre os cuidados prestados (Moules, 2003).

Objetivos: Propomos, no desenho deste estudo, uma abordagem das cartas terapêuticas enquanto instrumento terapêutico do trabalho emocional em enfermagem pediátrica. Posto isto, foram definidos os seguintes objetivos: analisar as implicações das cartas terapêuticas na gestão da emocionalidade em contexto de cuidados à criança com doença crónica e sua família e compreender o uso das cartas terapêuticas enquanto instrumento de trabalho emocional em enfermagem pediátrica.

Metodologia: Estudo de abordagem qualitativa, do tipo descritivo e exploratório, com recurso à narrativa escrita e entrevista semiestruturada. Para a análise dos dados de natureza qualitativa será utilizada a técnica de análise de conteúdo convencional (Hsieh & Shannon, 2005). Os participantes do estudo são pais de crianças com doença crónica e enfermeiros que lhes prestam cuidados, de dois serviços de um hospital pediátrico português (ambulatório e internamento). De modo a garantir o cumprimento dos princípios éticos inerentes à investigação, será efetuado o pedido de autorização à instituição de saúde envolvida.

Resultados: Os pais com filhos com doença crónica lidam com situações de emocionalidade intensa e perturbadora, de medo, de incerteza, de stress, que podem conduzir a grande sofrimento e desequilíbrio emocional. As cartas terapêuticas são consideradas um instrumento de cuidados que contribui para promover a esperança e minimizar estas experiências emocionalmente intensas, com benefícios reconhecidos a nível fisiológico e psicológico. As cartas terapêuticas serão para os pais um recurso de escrita para ajudar a consciencializar e partilhar as emoções vividas durante o internamento do filho. Assim, terá repercussões diretas no processo de suporte e indiretas no desenvolvimento da criança, em consequência da aquisição de competências de gestão emocional, do reconhecimento e valorização dos sentimentos e da melhoria das estratégias de suporte e estabilidade familiar. O impacto deste estudo na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem revelar-se-á não só nos cuidados às crianças com doença crónica e respetivos pais, mas também nos enfermeiros, pela oportunidade de análise das práticas de enfermagem.

Conclusões: As cartas terapêuticas podem ser consideradas como uma estratégia de enfermagem promotora da parentalidade, através da construção de uma relação terapêutica efetiva, promotora do crescimento, desenvolvimento, bem-estar e aceitação do estado de saúde da criança. Podem ser utilizadas pelos enfermeiros na sua prática de cuidados às crianças com doença crónica e às suas famílias, sendo de igual modo um instrumento terapêutico para reforço da relação terapêutica e para a promoção de esperança.

Palavras-chave: cartas terapêuticas; trabalho emocional; enfermagem pediátrica; criança; pais; doença crónica

Referências bibliográficas: Fonseca, R. J. (2015). *A influência das cartas terapêuticas na promoção de esperança dos pais de crianças com doença crónica* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/19730>

Gomes, M. A. (2011). *Cartas terapêuticas: Um meio para acolher a criança e a família nas instituições de saúde* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/9238>

Hsieh, H., & Shannon, E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288. doi: 10.1177/1049732305276687

Moules, N. (2003). Therapy on paper: Therapeutic letters and the tone of relationship. *Journal of Systemic Therapies*, 22(1), 33-49. doi: 10.1521/jsyt.22.1.33.24091

* Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Enfermagem da Criança e do Jovem, Prof. Adjunto

** Hospital Dona Estefânia, Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

*** ARS, UCSP Alameda, Saúde Infantil

**** Hospital de Santa Maria, Enfermeira Especialista de Saúde Infantil e Pediatria

Escala de dor multidimensional: versão portuguesa reduzida do *Adolescent Pediatric Pain Tool*

Luís Manuel da Cunha Batalha*

Ananda Fernandes**

Catarina de Campos***

Introdução: O *Adolescent Pediatric Pain Tool* é um instrumento de avaliação da dor dos mais utilizados na avaliação multidimensional da dor aguda e persistente em crianças (Savedra, Tesler, Holzemer, & Brokaw, 1995; Savedra, Tesler, Holzemer, Wilkie, & Ward, 1989; Tesler et al., 1991; Wilkie et al., 1990).

Objetivos: Partindo da versão Portuguesa do *Adolescent Pediatric Pain Tool*, o objetivo foi desenvolver e validar uma versão reduzida da lista dos descritores incluída neste instrumento para uso em crianças com cancro.

Metodologia: Estudo metodológico realizado em duas unidades pediátricas oncológicas de dois hospitais portugueses, que incluiu 150 crianças portuguesas com idades entre os 8-17 anos com diagnóstico de cancro. A seleção das crianças foi consecutiva e estratificada por grupo de idades (8-12 e 13-17 anos) e sexo, tendo-se obtido 211 relatos de dor.

Resultados: De 67 descritores de dor, foram selecionados 24 descritores que organizados em dois fatores revelaram uma consistência interna com um valor médio de $\alpha=0,74$, variando entre $\alpha=0,81$ no fator 1 e $\alpha=0,63$ no fator 2. A variância explicada por estes fatores é de 14,38%, variando entre 18,29% no fator 1 e 10,48% no fator 2. O número de descritores escolhidos revelou uma correlação positiva com a intensidade da dor ($r_s=0,30$; $p<0,01$).

Conclusões: A versão reduzida do *Adolescent Pediatric Pain Tool*, versão portuguesa com 24 descritores organizados em dois fatores, parece ser válida para uso em crianças com cancro, embora a baixa variância explicada possa justificar que outros descritores sejam identificados e estudados em crianças com experiência de dor oncológica.

Palavras-chave: dor; criança; cancro; avaliação; enfermagem

Referências bibliográficas: Savedra, M. C., Tesler, M. D., Holzemer, W. L., & Brokaw, P. (1995). A strategy to assess the temporal dimension of pain in children and adolescents. *Nursing Research*, 44(5), 272-276. doi: 10.1097/00006199-199509000-00003

Savedra, M. C., Tesler, M. D., Holzemer, W. L., Wilkie, D. J., & Ward, J. A. (1989). Pain location: Validity and reliability of body outline markings by hospitalized children and adolescents. *Research in Nursing & Health*, 12(5), 307-314. doi: 10.1002/nur.4770120506

Tesler, M. D., Savedra, M. C., Holzemer, W. L., Wilkie, D. J., Ward, J. A., & Paul, S. M. (1991). The word-graphic rating scale as a measure of children's and adolescents' pain intensity. *Research in Nursing & Health*, 14(5), 361-371. doi: 10.1002/nur.4770140507

Wilkie, D. J., Holzemer, W. L., Tesler, M. D., Ward, J. A., Paul, S. M., & Savedra, M. C. (1990). Measuring pain quality: Validity and reliability of children's and adolescents' pain language. *Pain*, 41(2), 151-159. doi: 10.1016/0304-3959(90)90019-A

Entidade(s) Financiadora(s): FCT: PTDC/PSI-PCL/114652/2009

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Unidade de Investigação, Bolseiro de Investigação

Gestão do autocuidado dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1: conhecimento acerca da doença

Marília Costa Flora*

Manuel Gonçalves Henriques Gameiro**

Introdução: A diabetes *mellitus* tipo 1 (DM 1) é uma doença cada vez mais prevalente na adolescência. O controlo da doença no âmbito do autocuidado revela-se de grande valor na conquista da autonomia dos adolescentes e na diminuição dos riscos associados.

Objetivos: Analisar o conhecimento dos adolescentes diabéticos acerca da doença e dos cuidados. Verificar a relação do conhecimento dos adolescentes com DM1 acerca da doença e dos cuidados com a idade e o género. Verificar se o conhecimento acerca da doença difere conforme os adolescentes participam ou não em atividades de uma associação de diabéticos.

Metodologia: Estudo: Estudo quantitativo, descritivo-analítico e transverso. População: adolescentes diabéticos residentes na área geográfica de Aveiro e Figueira da Foz e adolescentes que participam em atividades de uma associação de diabéticos sediada na região centro, em Coimbra. Amostra: 51 adolescentes portadores de DM1 dos 12 aos 19 anos. Distribuição da amostra: Centro Hospital do Baixo Vouga EPE (62,7%); Associação de Diabéticos Todo-o-Terreno (21,6%); Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE (15,7%). Instrumento: Questionário.

Resultados: Foram identificados conceitos erróneos: armazenar e conservar a insulina depois de aberto o cartucho (51%); procedimento antes de praticar exercício físico (39,2%); substituição da lanceta de avaliação de glicemia capilar (27,5%); conduta perante uma hipoglicemia sintomática (25,5%).

Conclusões: Relativamente ao conhecimento no global, a maioria dos adolescentes revela nível de conhecimento “bom”, todavia observou-se que existem adolescentes com conhecimento insuficiente. Registam-se conceitos erróneos prevalentes que poderão condicionar a gestão da doença. Verificam-se correlações positivas entre o conhecimento acerca da doença e a idade, e, por sua vez, este não se correlaciona com o género. Não se confirma que participar ou não em atividades de uma associação de diabéticos seja um fator positivo ou negativo sobre o conhecimento acerca da doença.

Palavras-chave: adolescente; autocuidado; enfermagem; diabetes mellitus tipo 1

Referências bibliográficas: Filho, C. V., Rodrigues, W. H., & Santos, R. B. (2008). Papéis de autocuidado: Subsídio para a enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem*, 12(1), 125-129.

Karlsson, A., Arman, M., & Wikblad, K. (2008). Teenagers with type 1 diabetes: A phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. *International Journal of Nursing Studies*, 45(4), 562-570. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.022

Nowen, A., Urquhart, L., Hussain, S., McGovern, S., & Napier, H. (2009). Comparison of the role of self-efficacy and illness representations in relation to dietary self-care and diabetes distress in adolescents with type 1 diabetes. *Psychologie and Health*, 24(9), 1071-1084. doi: 10.1080/08870440802254597

Wysocki, T., Iannotti, R., Weissberg-Benchell, J., Laffel, L., Hood, K., Anderson, B., & Chen, R. (2008). Diabetes problem solving by youths with type 1 diabetes and their caregivers: Measurement, validation, and longitudinal associations with glycemic control. *Journal of Pediatric Psychology*, 33(8) 875-884. doi: 10.1093/jpepsy/jsn024

* Hospital Distrital da Figueira da Foz, Pediatria, Enfermeira [liaflora@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - ESCA, Professor

Hospital sem medos

Elisabete Sofia de Almeida Cioga*

Introdução: A intervenção cirúrgica constitui um fator de stress, ansiedade e sofrimento na criança/família. A separação das rotinas diárias e das pessoas de referência, a perda de controlo e o medo da lesão e da dor são fatores que levam a experiência cirúrgica a tornar-se incompreensível e até traumatizante para a criança. Existe uma crescente preocupação dos profissionais de saúde que se têm esforçado por encontrar estratégias que diminuam o medo e a ansiedade subjacente à intervenção cirúrgica.

Objetivos: Assim, foi desenvolvido no hospital pediátrico um programa, elaborado por uma equipa, que cujos objetivos são: ajudar as crianças, jovens e suas famílias inscritas em SIGIC, na preparação para a cirurgia e para a hospitalização; diminuir a ansiedade e medos da criança/adolescente e família associados à experiência cirúrgica e hospitalar e favorecer a abertura do hospital à comunidade.

Metodologia: Segundo a evidência científica existente e pesquisada, foi elaborado um cenário onde as crianças recriam uma cirurgia, manipulam material e equipamento hospitalar e interagem com profissionais de saúde. São exemplificados em bonecos alguns procedimentos a que a criança habitualmente é submetida: colocação de cateteres, punções venosas, aplicação de máscaras de O₂, instrumentos de tratamento de feridas, oximetria e avaliação de sinais vitais. As crianças em idade pré-escolar é apresentada em power point uma história alusiva à temática “A operação da Lili” ou “A operação do Pinóquio”, dramatização de fantoche.

Resultados: Comentários e atitudes muito positivas das crianças/adolescentes e familiares. As crianças têm manifestado o seu agrado com a atividade de várias formas. Alteração de comportamentos das crianças/adolescentes do início ao fim da atividade, demonstrando uma postura mais confiante e descontraída. Redução de ansiedade dos pais, tornando-os mais pró-ativos e seguros no desempenho do seu papel parental. Início do acolhimento da criança/adolescente e família, o que é muito facilitador e redutor da ansiedade quando chegam ao internamento. Verificou-se um aumento do número de pais/crianças interessados em participar na atividade, mesmo de grupos externos, pelo que houve a necessidade de criar encontros para turmas de escolas vindas do exterior.

Conclusões: A experiência da hospitalização, nomeadamente da cirurgia na criança/família, perturba a dinâmica familiar, gerando ansiedade, o que pode afetar o seu desenvolvimento e desencadear efeitos negativos ao longo do tempo. Os cuidados à criança/família que vai ser submetida a uma cirurgia devem ser direcionados para a redução dos seus medos e ansiedades proporcionando desta forma um sentimento de maior segurança e tranquilidade durante o internamento.

Palavras-chave: cirurgia; ansiedade; medo; cuidados enfermagem

Referências bibliográficas: Oliveira, A. M., Ladeiras, A. C., Pereira, M. C., & Silvestre, M. N. (2005). Preparação da criança e família para a cirurgia: A importância do papel do enfermeiro. *Servir*, 53(4), 202-205.

Santos, T. S. (2014). Intervenções de enfermagem para reduzir a ansiedade pré-operatória em crianças em idade escolar: Uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 149-155. doi: 10.12707/RIV14001

* CHUC, Cirurgia/Queimados e Unidade Transplantes Pediátrico, Enfermeiro

Intervenções de enfermagem na gestão dos medos vividos no período pré-operatório pela criança e família

Ana Catarina Miranda Santos*

Introdução: A hospitalização e os procedimentos cirúrgicos estão associados a vivências de medo por parte das crianças e famílias, sendo ele um stressor que irá potenciar os restantes stressores como a dor, separação e a perda de controlo (Vilelas, Diogo, Rodrigues & Almeida, 2017), gerando assim uma situação de crise levando a um desequilíbrio físico e psicológico que origina uma diminuição da capacidade de enfrentar e gerir os problemas (Jorge, 2004). A gestão da emocionalidade irá conduzir à diminuição do medo.

Objetivos: Mapear e examinar o conhecimento e a evidência científica existente na literatura sobre o cuidar da criança e família em contexto cirúrgico, verificando os medos da criança e família experienciados no período pré-operatório e as intervenções de enfermagem que o minimizam na preparação cirúrgica.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa, onde foram utilizadas todas as palavras-chave e termos de indexação identificados como pertinentes nas bases de dados selecionadas, sendo elas a MEDLINE e CINAHL. Foram considerados os seguintes tipos de estudos: quantitativos, qualitativos ou revisões sistemáticas. Nos estudos quantitativos serão incluídos desenhos de estudos experimentais, quasi-experimentais e observacionais. Os estudos qualitativos incluídos serão, não só, mas também, os estudos fenomenológicos, *grounded theory* e etnográficos. Serão incluídas todas as revisões sistemáticas da literatura. Na ausência de estudos de investigação, serão considerados artigos de opinião.

Resultados: Broering & Crepaldi (2011) referem que num estudo realizado por Castro, Silva & Ribeiro (2004) os medos levaram as crianças a reagir de forma adversa ao internamento cirúrgico e resultaram daí problemas de comportamento após a hospitalização. Já um estudo descritivo e correlacional, de abordagem quantitativa numa amostra de 82 crianças com idades compreendidas entre os 6-12 anos em contexto de serviço de urgência, realizado entre 2013-2015 revela que os principais medos das crianças em contexto hospitalar são: o medo de não acordar da cirurgia, o medo de sentirem algo durante a intervenção cirúrgica, o medo de não recuperar totalmente da doença e o medo de morrerem devido ao seu estado clínico. O mesmo estudo refere que a criança, na sua maioria, tenta obter mais informações relacionadas com a sua situação. A experiência da cirurgia também pode ser traumática para os pais, pois estes experienciam sentimentos de medo relacionados com o bem-estar do seu filho (Justus et al, 2006).

Conclusões: O enfermeiro como elemento da equipa multidisciplinar surge como um elemento dinamizador em todo o processo de preparação para o momento da cirurgia, proporcionando à criança e família a aquisição de competências para lidar com esta situação desconhecida, (Oliveira, Ladeiras, Pereira & Silvestre, 2005) encontrando-se numa “posição privilegiada para promover e intervir na diminuição do medo da criança e sua família antes da cirurgia” (OE, 2011, p18). A utilização de programas de preparação da criança e família têm-se vindo a revelar como a forma mais eficaz para a diminuição do medo das crianças e pais.

Palavras-chave: criança; família; medo; pré-operatório; enfermagem; preparação cirúrgica

Referências bibliográficas: Broering, C. V., & Crepaldi, M. A. (2011). Preparação psicológica e o estresse de crianças submetidas a cirurgias. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 15-23. doi: 10.1590/S1413-73722011000100003

Justus, R., Wyles, D., Wilson, J., Rode, D., Walther, V., & Lim-Sulit, N. (2006). Preparing children and families for surgery: Mount Sinai's multidisciplinary perspective. *Pediatric Nursing*, 32(1), 35-43. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=6686ff9c-4376-4ab4-a82a-c4f280220fa0%40sessionmgr102>

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde Infantil e pediátrica* (Série 1, Vol. 2). Lisboa, Portugal: Autor.

Vilelas, J., Diogo, P., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2017). Medos das crianças dos 6-12 anos em contexto de urgência pediátrica: O enfermeiro enquanto gestor emocional. In P. Diogo (Coord.), *Investigar os fenómenos emocionais da prática e da formação em enfermagem* (pp. 45-76). Loures, Portugal: Lusodidacta.

* Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE - Hospital Santa Marta, Cardiologia Pediátrica, Enfermeira [anolas@gmail.com]

La efectividad de las intervenciones enfermeras en la adherencia al tratamiento con fármacos antituberculosos en la población pediátrica

Eva-Maria Guix-Comellas*, Librada Rozas-Quesada**

Victoria Morín-Fraile***, Joan Maria Estrada-Masllorens****

Enriqueta Force-Sanmartín*****, Antoni Noguera-Julian*****

Introducción: La tuberculosis sigue siendo una de las principales causas de morbimortalidad en muchos países, comportando un grave problema de salud pública. La tuberculosis tiene tratamiento pero la adherencia correcta a éste es fundamental para el control de la enfermedad. Los factores de riesgo de mala adherencia al tratamiento antituberculoso deben ser identificados para optimizar el éxito del mismo en la infección y enfermedad tuberculosa. El riesgo de enfermar y la gravedad de la enfermedad tuberculosa son mayores en el niño.

Objetivos: Evaluar la eficacia de las intervenciones enfermeras en el nivel de adherencia a la medicación antituberculosa de la población pediátrica en tratamiento ambulatorio en consultas externas de un hospital de referencia de tuberculosis infantil en España, e identificar los marcadores epidemiológicos, clínicos o sociales que permitan un mejor cumplimiento del tratamiento antituberculoso.

Metodología: Estudio dividido en 2 fases. Fase 1: análisis retrospectivo descriptivo; Fase 2: estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Se compararán resultados de ambas fases. En Fase 1 se analizó el nivel de adherencia de los pacientes de los años 2011-13 (grupo sin intervención), y de las variables asociadas a dicha adherencia. En fase 2: se introdujeron intervenciones enfermeras de carácter formativo (entrega de información escrita en la lengua materna del paciente y familia, y visitas telefónicas) y de monitorización (técnica de *Eidus-Hamilton* y la cumplimentación de un cuestionario de seguimiento).

Resultados: Se incluyeron en el análisis de la fase 1 a 261 pacientes (134 mujeres, 51,3%; edad media/SD 7,2/4,8 años). El 74,7% de los pacientes completaron el tratamiento. Los pacientes y sus familias provenían de 22 países de origen distintos y en un 8,4% de los casos se presentaba barrera idiomática. El 64,3% de las familias eran de origen extranjero, pero sólo un 25,3% de pacientes habían nacido fuera de España. Por regresión logística, sólo el hecho de haber nacido en el extranjero ($p=0,09$), presentar barrera idiomática ($p<0,0001$) y desarrollar efectos secundarios ($p=0,034$) destacaron como factores de riesgo significativos para la no adherencia al tratamiento antituberculoso. En la fase 2 se han analizado 68 casos (solamente en un año). La adherencia ha sido del 89,7% ($n=61$) y la no adherencia se ha asociado al hecho de haber nacido en el extranjero ($p=0,048$) y al origen inmigrante de la familia ($p=0,001$).

Conclusiones: La adherencia del 74,7% en la fase 1 es similar a otros estudios (70-80%), en fase 2 (89,7%) es más elevada. El factor asociado a la no adherencia "familia de origen inmigrante" se mantiene en ambas fases. La toxicidad y la barrera idiomática como factores asociados se pierden en la fase 2. En nuestra cohorte, después de la realización de las intervenciones enfermeras, un 89,7% de niños se adhirió correctamente al tratamiento anti-TB. La realización de dichas intervenciones enfermeras mejoraría la adherencia al tratamiento anti-TB. Las llamadas telefónicas y los trípticos mejorarían la comunicación enfermera / familia-paciente.

Palabras-clave: adherencia al tratamiento; tuberculosis; infección tuberculosa latente; pediatría; salud pública; enfermería

Referencias bibliográficas: Ailinger, R. L., Martyn, D., Lasus, H., & Lima, N. (2010). The effect of a cultural intervention on adherence to latent tuberculosis infection therapy in latino immigrants. *Public Health Nursing*, 27(2), 115-120. doi: 10.1111/j.1525-1446.2010.00834.x

Chang, S. H., Eitzman, S. R., Nahid, P., & Finely, M. L. (2014). Factors associated with failure to complete isoniazid therapy for latent tuberculosis infection in children and adolescents. *Journal of Infection and Public Health*, 7(2), 145-152. doi: 10.1016/j.jiph.2013.11.001

Cruz, A. T., & Starke, J. R. (2012). Increasing adherence for latent tuberculosis infection therapy with health department-administered therapy. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 31(2), 193-195. doi: 10.1097/INF.0b013e318236984f

M'Imunya, J. M., Kredt, T., & Volmink, J. (2012). Patient education and counselling for promoting adherence to treatment for tuberculosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 16(5), CD006591. doi: 10.1002/14651858.CD006591.pub2

Entidad(es) financiadoras: Colegio Oficial de Enfermeras y Enfermeros de Barcelona (España). Ayudas Investigación 2013 (PR 1819-13).

* Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesora de Grado y de Máster

** Hospital de Sant Joan de Déu (Barcelona), Departamento de Enfermería, Enfermera Unidad de Tuberculosis Infantil

*** Escuela de Enfermería. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universidad de Barcelona, Enfermería en Salud Pública, Salud Mental y Maternoinfantil, Profesora

**** Escuela de Enfermería. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesor

***** Escuela de Enfermería. Facultat de Medicina i Ciències de la Salut. Universidad de Barcelona, Enfermería Fundamental y Medicoquirúrgica, Profesora

***** Hospital de Sant Joan de Déu (Barcelona), Dept de Pediatría. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Médico

O adolescente no bloco operatório: estudo preliminar

Márcia Noélia Pestana Santos*

Sónia Margarida Lopes Maia**

Introdução: A experiência cirúrgica pode gerar stress significativo, considerado normal no desenvolvimento do adolescente. No entanto, alguns adolescentes descrevem a hospitalização para um evento cirúrgico como a pior experiência das suas vidas (Rullander et al, 2013), constituindo assim uma ameaça ao seu desenvolvimento motor e psicossocial (Liu et al, 2014). Como fator preponderante, a separação dos pais à entrada do bloco operatório pode levar ao aumento dos níveis de ansiedade do adolescente.

Objetivos: Identificar os fatores que o adolescente refere como positivos e negativos sobre a intervenção cirúrgica. Descrever se a opinião do adolescente, relativamente à presença dos pais no bloco operatório, é igual antes e depois da experiência cirúrgica.

Metodologia: Estudo qualitativo realizado com amostra de oito adolescentes, cinco do sexo feminino e três do sexo masculino, dos 15 e 17 anos, que foram submetidos a uma intervenção cirúrgica. A colheita de dados foi através de entrevista semiestruturada, realizada em dois momentos – antes e depois da cirurgia – com recurso a um guião previamente elaborado. A análise de dados foi feita através da análise de conteúdo com definição de categorias e subcategorias. Tanto os adolescentes como os pais assinaram consentimento informado.

Resultados: Os fatores positivos são: a medicação pré-anestésica ($n=3$), a resolução do problema ($n=3$) e o cuidado recebido ($n=2$). Os fatores negativos referidos são: riscos da cirurgia ($n=5$), procedimentos invasivos ($n=4$), dor ($n=3$) e a anestesia ($n=2$). Cinco dos adolescentes referem ainda, sentir 'ansiedade e nervosismo'. No que diz respeito a ser acompanhado pelos pais até adormecer para a cirurgia, três desejam ser acompanhados pela mãe, «quero que ela vá porque é bom vê-la antes de ser operada» (E3SM), três afirmam que não é necessário mas, querem a mãe junto a si no recobro. Um adolescente quer a mãe junto a si porque ela quer acompanhá-lo «a mim não me faz diferença nenhuma (...) ela quer ir... mas por mim pode ficar no quarto» (E1MS) e para outro é indiferente. Os motivos pelos quais desejam ter acompanhante junto a si prendem-se com o conforto ($n=2$), a presença maternal ($n=2$), sentir mais segurança e o facto de ajudar a acalmar.

Conclusões: Os riscos da cirurgia, a ansiedade, o nervosismo e a dor são os fatores que incrementam o stress no adolescente. Se por um lado há adolescentes que preferem estar com os pais, outros preferem gerir a situação sozinhos. Apesar do tamanho da amostra, podemos concluir que a vontade do adolescente em ser ou não acompanhado pelos pais até indução anestésica deve ser uma decisão sua. Assim, considera-se importante a abordagem pré operatória para conhecer o adolescente, os medos e motivações, com a finalidade de planificar cuidados individualizados, isentos de juízos de valor, tornando a experiência operatória o menos stressante possível.

Palavras-chave: adolescente; pais; ansiedade; cirurgia; bloco operatório

Referências bibliográficas: Liu, C. Y., Xu, L., & Zang, Y. L. (2014). Effectiveness of audiovisual interventions on stress responses in adolescents with ENT surgery in hospital: Randomized controlled trial protocol. *Journal of Advanced Nursing*, 70(6), 1414-1424. doi: 10.1111/jan.12295

Rullander, A., Isberg, S., Karling, M., Jonsson, H., & Lindh, V. (2013). Adolescents' experience with scoliosis surgery: A qualitative study. *Pain Management Nursing*, 4(1), 50-59. doi: 10.1016/j.pmn.2010.07.005

* CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra

** CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra, Enfermeira

Perceção de autoeficácia dos pais para cuidar da criança com imobilização gessada no domicílio após a alta

Ana Sofia Jacob Lourenço*

Jorge Manuel Amado Apóstolo**

Introdução: O regresso a casa após hospitalização é atualmente um desafio, podendo ser influenciado pela perceção de autoeficácia dos pais – a crença de cada um na sua capacidade para realizar com sucesso determinada atividade – especialmente em casos como o tratamento da doença ortopédica. A perceção da capacidade para cuidar pode ser influenciada por uma boa preparação da alta, atendendo às necessidades e individualidades de cada família.

Objetivos: Conhecer a perceção dos pais sobre a preparação do regresso a casa da criança com imobilização gessada e a sua autoeficácia percebida para cuidar da criança no momento da alta e um mês após a mesma.

Metodologia: Optou-se por um estudo quantitativo de cariz descritivo correlacional e uma vertente quase experimental. Utilizou-se um questionário composto por duas partes: a primeira parte, preenchida na alta, constituída pelo questionário de caracterização da amostra, pelo “Questionário sobre preparação para a alta”, pelo “Questionário de perceção de autoeficácia para cuidar da criança/adolescente com gesso no momento da alta” e pela EAGP na versão portuguesa; a segunda parte, constituída pelo “Questionário de perceção de autoeficácia para cuidar da criança/adolescente com gesso no domicílio após a alta”, preenchida um mês após a alta.

Resultados: Os resultados encontrados demonstram que a perceção dos pais sobre a preparação para a alta foi positiva. A autoeficácia geral percebida e a autoeficácia percebida pelos pais para cuidar das crianças com imobilizações gessadas no momento da alta são ambas elevadas, encontrando-se relacionadas. Os pais que apresentam uma elevada autoeficácia percebida no momento da alta mantêm essa autoeficácia percebida elevada um mês após a alta. A autoeficácia percebida pelos pais para cuidar das crianças com imobilizações gessadas no momento da alta está relacionada com o nível socioeconómico – os elementos da classe média/baixa apresentam níveis mais elevados de autoeficácia percebida – e com os tipos de gesso – os pais que cuidam de crianças com gessos parciais apresentam maior autoeficácia do que os pais que tratam de crianças com gessos totais. Não foram encontradas relações com significado estatístico entre autoeficácia percebida pelos pais para cuidar das crianças com imobilizações gessadas no momento da alta e o tempo de internamento.

Conclusões: Identificou-se uma preparação para a alta positiva, com o desenvolvimento das capacidades do prestador de cuidados para o seu novo papel e da mobilização de recursos que visem uma recuperação efetiva da criança no domicílio. A perceção de autoeficácia de cada prestador de cuidados pode influenciar a preparação da alta pelo que é importante compreender essa mesma autoeficácia e os fatores que a influenciam. Em suma, os resultados encontrados com este estudo podem revelar-se importantes para a identificação de estratégias de preparação do regresso a casa com sucesso e segurança.

Palavras-chave: preparação para a alta; autoeficácia; criança; imobilizações gessadas

Referências bibliográficas: Leão, A. M. (2012). *A perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados após um internamento do familiar dependente* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9371>
Leite, P. A. (2012). *Avaliação da perceção de autoeficácia do prestador de cuidados* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.26/9336>

Petronilho, F. A. (2007). *Preparação do regresso a casa: Evolução da condição de saúde do doente dependente no autocuidado e dos conhecimentos e capacidades do membro da família prestador de cuidados, entre o momento da alta e um mês após no domicílio*. Coimbra, Portugal: Formasau.

Queirós, C. D. (2012). *Avaliação da perceção da autoeficácia dos membros da família prestadores de cuidados que tomam conta de familiares dependentes no autocuidado: Familiares dependentes no autocuidado: Estudo exploratório no conselho do Porto* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.14/16299>

* Hospital Pediátrico, Ortopedia/Neurocirurgia, Inerentes à categoria profissional

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professor Coordenador [japostolo@esenfc.pt]

Programa de reabilitação respiratória pré-cirurgia cardíaca pediátrica

Ana Clara Vitória Félix*

Isabel Vinagre Roseiro Manteigas Guerreiro**

Introdução: A incidência de cardiopatias congénitas é de 8:1000 nados vivos, a maioria dos casos necessitando de tratamento cirúrgico. As complicações respiratórias são a causa mais frequente de morbidade e de mortalidade, com uma incidência que varia entre os 6% e os 76%, dependendo do tipo de cirurgia. A principal função da reabilitação respiratória em doentes pediátricos é facilitar a remoção de secreções traqueobrônquicas e obter melhor expansão pulmonar, prevenir ou reverter atelectasias, e diminuir o risco de infeções pulmonares.

Objetivos: Realizar uma revisão da literatura relativa ao papel da reabilitação funcional respiratória pré-operatória na prevenção de complicações respiratórias em doentes pediátricos submetidos a cirurgia cardíaca.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura: busca realizada em Março de 2017 nas bases de dados eletrónicas PubMed, MEDLINE e Scielo, foram encontradas 63 artigos. De acordo com o tema, foram selecionados 20 artigos, sendo que desses foram selecionados apenas quatro artigos por serem ensaios clínicos. Todos os indivíduos dos quatro principais estudos analisados nesta revisão receberam fisioterapia no pós-operatório e somente nos grupos experimentais receberam a intervenção profilática no pré-operatório, adicionando informações sobre a cirurgia e orientações relacionadas à colaboração dos pacientes no pré-operatório, tratamento e evolução do pós-operatório.

Resultados: A presença de complicações pulmonares associadas a outras complicações e a duração média de internamento hospitalar foram significativamente maiores no grupo que recebeu intervenções somente no pós-operatório. A reabilitação funcional respiratória pré-operatória associada à pós-operatória parece diminuir a frequência e o risco de complicações respiratórias em cirurgias cardíacas pediátricas, em comparação com a intervenção apenas no período pós-operatório.

Conclusões: Com vista nos benefícios relatados na evidência científica, especula-se a implementação de um Projeto de reabilitação respiratória pré-cirúrgica no Serviço de Cardiologia Pediátrica do Hospital de Santa Marta.

Palavras-chave: pediatric; rehabilitation; preoperative; cardiac

- Referências bibliográficas:** Asililoglu, K., & Celik, S. S. (2004). The effect of preoperative education on anxiety of open cardiac surgery patients. *Patient Education and Counseling*, 53(1), 65-70. doi: 10.1016/s0738-3991(03)00117-4
- Snowdon, D., Haines, T. P., & Skinner, E. H. (2014). Preoperative intervention reduces postoperative pulmonary complications but not length of stay in cardiac surgical patients: A systematic review. *Journal of Physiotherapy*, 60(2), 66-77. doi: 10.1016/j.jphys.2014.04.002
- Tung, H., Shen, S., Shih, C., Chiu, K., Lee, J., & Liu, C. (2012). Effects of a preoperative individualized exercise program on selected recovery variables for cardiac surgery patients: A pilot study. *Journal of the Saudi Heart Association*, 24(3), 153-161. doi: 10.1016/j.jsha.2012.03.002

* Hospital de Santa Marta, Cardiologia Pediátrica, Enfermeira

** Hospital de Santa Marta, Cardiologia Pediátrica, Enfermeira

Quantificação da dor entre crianças, pais e enfermeiros

Ana Filipa Domingues Sousa*
Luís Manuel da Cunha Batalha**

Introdução: A dor é um fenómeno multidimensional, complexo e subjetivo. A avaliação da dor é o primeiro passo para o diagnóstico e tratamento, sendo das tarefas mais difíceis de realizar, principalmente quando a autoavaliação não é possível. As investigações existentes mostram resultados conflituantes em relação à associação das avaliações de dor entre as crianças, pais e enfermeiros (Zhou, Roberts, & Horgan, 2008), sendo a dor relatada pela criança normalmente superior à percebida pelos pais e enfermeiros (Kamper, Dissing, & Hestbaek, 2016).

Objetivos: Correlacionar a avaliação da intensidade da dor relatada pela criança com a dos pais/acompanhante significativo e enfermeiros.

Metodologia: Estudo descritivo, correlacional e transversal que envolveu crianças com idades entre os 5 e os 17 anos de idade, internadas, os seus pais e enfermeiros cuidadores. Na avaliação da dor foram utilizadas a escala EVA e a escala FLACC (Batalha, 2010), de forma independente, no mesmo momento por crianças, pais e enfermeiros. A intensidade da dor foi resumida pela mediana, mínimo e máximo e a correlação avaliada pelo coeficiente de Spearman (Pestana & Gageiro, 2014).

Resultados: Participaram no estudo 64 díades, entre crianças, pais e enfermeiros. A mediana de idades das crianças foi de 8 anos, dos pais de 40 (22-51) anos e dos enfermeiros de 26,5 (21-52) anos. Em todas as avaliações verificou-se uma associação moderada entre as díades. Para as avaliações feitas com a escala EVA entre criança e pais ($r_s=0,66$), entre criança e enfermeiro ($r_s=0,48$) e entre pais e enfermeiro ($r_s=0,56$). Para as avaliações entre as escalas EVA e FLACC entre criança e pais ($r_s=0,51$), entre criança e enfermeiro ($r_s=0,55$) e entre pais e enfermeiro ($r_s=0,52$). Para avaliações entre as escalas FLACC entre pais e enfermeiro ($r_s=0,66$). A intensidade de dor percebida pela criança, com uma mediana de 3 (0-9), foi superior à avaliada pelos pais 2 (0-10) e pelos enfermeiros 1 (0-9).

Conclusões: Concluiu-se que pais e enfermeiros subestimam a dor percebida pelas crianças e que pais e enfermeiros revelam uma associação moderada com a autoavaliação da dor da criança. Todavia, parecem ser os pais que mais se aproximam da dor percebida pela criança, o que nos alerta para o papel que podem desempenhar na avaliação da dor, quando ensinados para tal.

Palavras-chave: dor; autoavaliação; criança; enfermeiros; pais

Referências bibliográficas: Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel.

Kamper, S. J., Dissing, K. B., & Hestbaek, L. (2016). Whose pain is it anyway?: Comparability of pain reports from children and their parents. *Chiropractic & Manual Therapies*, 24(24), 1-7. doi: 10.1186/s12998-016-0104-0

Pestana, M., & Gageiro, J. (2014). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (6ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.

Zhou, H., Roberts, P., & Horgan, L. (2008). Association between self-report pain ratings of child and parent, child and nurse and parent and nurse dyads: Meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 63(4), 334-342. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04694.x

* IPO Coimbra, Cirurgia Internamento, Enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, ESCA

Resiliência e controlo metabólico em adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1

Manuela Amaral-Bastos*

Beatriz Araújo**

Introdução: A *International Diabetes Federation* (2015) considera a diabetes uma emergência de saúde do século XXI. Em Portugal, (Sociedade Portuguesa Diabetologia, 2016), a doença atinge 3327 crianças e jovens dos 0-19 anos (taxa de prevalência=0,16%), sendo a taxa de incidência de 11,5% (233 novos casos/ano). As complicações da diabetes são múltiplas sendo a hemoglobina glicada (A1c) um indicador recomendado pela Direção Geral da Saúde, pois reflete o valor médio da glicemia das últimas 12 semanas (Netto, 2009).

Objetivos: Este estudo tem como objetivos: descrever as características dos participantes relativamente ao controlo da diabetes através da A1c; relacionar a A1c com as variáveis sociodemográficas (sexo, grupo etário, escolaridade, retenção escolar, namoro e participação em acampamentos) e sociofamiliares (tipo de família, fratria, grau de escolaridade e situação laboral dos cuidadores) dos participantes e estudar a influência da resiliência na A1c.

Metodologia: Efetuamos a colheita de dados em 5 hospitais da zona norte (07/2014-06/2015), numa amostra intencional de 112 adolescentes diabéticos, maioritariamente do sexo masculino (57,1%), com 13 a 18 anos ($M=15,1$; $DP=1,48$), diagnóstico há pelo menos 1 ano ($M=6,0$; $DP=3,55$), sendo que 76,8% desenvolveram a patologia na infância ($M=9,5$ anos; $DP=3,69$). Obtivemos parecer positivo das instituições e consentimento informado escrito do adolescente e responsável legal. Realizamos um estudo correlacional, recorrendo ao teste *t* e ANOVA *One Way* para comparação de médias e análise de variâncias, considerando significância estatística valores $<0,05$.

Resultados: Os participantes apresentam valores de A1c elevados ($M=8,9$; $DP=1,85$), sendo que apenas 22,3% apresentam bom controlo, com as raparigas a apresentarem melhor controlo (25%) que os rapazes (20,3%). Se relacionarmos o sexo com a idade verificamos que no grupo dos mais novos (13-15 anos) são os rapazes que apresentam pior controlo (87,2%) mas estes valores invertem-se no grupo dos mais velhos (16-18 anos) com as raparigas a apresentarem pior controlo (87,5%). O estudo das características sociodemográficas revelou a existência de diferenças com significância estatística favoráveis aos adolescentes com Retenção Escolar. Relativamente às variáveis sociofamiliares, constatamos diferenças com significância estatística relativamente ao Tipo de Família, favoráveis aos adolescentes provenientes de famílias tradicionais. As restantes variáveis estudadas parecem não influenciar a A1c nesta amostra. O estudo da resiliência (*Healthy Kids Assessment Module*) e a A1c, mostrou a não existência de diferenças com significância estatística mas, a análise descritiva, permite perceber que os adolescentes com melhor A1c dispõem de mais recursos de resiliência.

Conclusões: O estudo efetuado permite concluir que o grupo menor de participantes apresenta valores de A1c $<7,5\%$ como recomendado (*American Diabetes Association*, 2016). Apresentam melhor controlo os adolescentes que não tiveram retenção escolar e os provenientes de famílias tradicionais. Sexo, grupo etário, escolaridade, fratria, situação Laboral e escolaridade dos cuidadores parecem não influenciar os valores de A1c. Constatamos ainda que os adolescentes com melhor controlo da A1c dispõem de mais recursos de resiliência ao nível dos *external assets*, *internal assets* e *response-set-breakers*, embora sem significância estatística, podendo estes resultados ser justificados pelas características da amostra, sugerindo necessidade de outros estudos.

Palavras-chave: adolescente; hemoglobina A glicosilada; diabetes mellitus tipo 1; resiliência psicológica; cuidados de enfermagem; pesquisa em enfermagem clínica

Referências bibliográficas: American Diabetes Association. (2016). Standards of medical care in diabetes-2016: Summary of revisions. *Diabetes Care*, 39(Suppl. 1), S4-S5. doi: 10.2337/dc16-S003

Netto, A. P., Andriolo, A., Fraige Filho, F., Tambascia, M., Gomes, M. B., Melo, M., ... Cavalcanto, S. (2009). Atualização sobre hemoglobina glicada (HbA1c) para avaliação do controlo glicémico e para o diagnóstico do diabetes: Aspectos clínicos e laboratoriais. *Jornal Brasileiro de Patologia & Medicina Laboratorial*, 45(1), 31-48. doi: 10.1590/S1676-24442009000100007

Observatório Nacional da Diabetes. (2016). *Diabetes, factos e números: O ano de 2015. Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Recuperado de https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/03/OND-2017_Anexo2.pdf

Santos, F. R., Bernardo, V., Gabbay, M. A., Dib, S. A., & Sigulem, D. (2013). The impact of knowledge about diabetes, resilience and depression on glycemic control: A cross-sectional study among adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Diabetology & Metabolic Syndrome*, 5(1), 55. doi: 10.1186/1758-5996-5-55

Entidade(s) Financiadora(s): Bolsa de Doutoramento concedida pelo CHP

* UCP/ Instituto Ciências da Saúde; Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde; Centro Hospitalar do Porto/ Centro Materno Infantil do Norte, Departamento da Infância e Adolescência, Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (mariamanuelamaral@gmail.com)

** UCP, Instituto Ciências da Saúde, Professora Convidada

Responsabilidade no autocuidado dos adolescentes com diabetes *mellitus* tipo 1

Marília Costa Flora*

Manuel Gonçalves Henriques Gameiro**

Introdução: A diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma doença cada vez mais prevalente na adolescência. Intervir no autocuidado é determinante para a gestão da doença. Considerando o processo de transições a que os adolescentes estão sujeitos, a adolescência poderá ser um momento de particular dificuldade para a responsabilização para o autocuidado, levando muitas vezes a desvios no autocuidado.

Objetivos: Determinar a responsabilidade dos adolescentes com DM1 nos papéis de autocuidado. Analisar a relação da responsabilidade dos adolescentes com DM1 nos papéis de autocuidado com a idade e com o género.

Metodologia: Estudo: estudo quantitativo, descritivo-analítico e transversal. População: adolescentes diabéticos residentes na área geográfica de Aveiro e Figueira da Foz e adolescentes que participam em atividades de uma associação de diabéticos sediada na região centro, em Coimbra. Amostra: 51 adolescentes portadores de DM1 dos 12 aos 19 anos. Distribuição da amostra: Centro Hospital do Baixo Vouga EPE (62,7%); Associação de Diabéticos Todo-o-Terreno (21,6%); Hospital Distrital da Figueira da Foz EPE (15,7%). Instrumento: Questionário: demográfico.

Resultados: Os adolescentes assumem responsabilidade própria de nível elevado nos papéis de autocuidado inerentes à gestão da doença, sendo menos responsáveis relativamente à participação em serviços de saúde; a idade e o sexo são relevantes em determinadas dimensões.

Conclusões: Os adolescentes assumem responsabilidade própria nos papéis de autocuidado inerentes ao controlo da doença, contudo evidencia-se responsabilidade partilhada com os pais ou outros adultos no global e na participação em serviços de saúde. O nível de maturidade e desenvolvimento cognitivo e o género relacionam-se com a responsabilidade nos papéis de autocuidado, em aspetos específicos.

Palavras-chave: adolescente; diabetes mellitus tipo 1; autocuidado; responsabilidade; enfermagem

Referências bibliográficas: Ataíde, M. B., & Damasceno, M. M. (2010). Fatores que interferem na adesão ao autocuidado em diabetes. *Revista Enfermagem UERJ*, 14(4), 518-523. Recuperado de <http://www.facenf.uerj.br/v14n4/v14n4a05.pdf>
Filho, C. V., Rodrigues, W. H., & Santos, R. B. (2008). Papéis de autocuidado: Subsídio para a enfermagem diante das reações emocionais dos portadores de diabetes mellitus. *Revista de Enfermagem*, 12(1), 125-129.

Miculis, C. P., Mascarenhas, L. P., Boguszewski, M. C., & Campos, W. (2010). Atividade física na criança com diabetes tipo 1. *Jornal de Pediatria*, 86(4), 271-278. doi: 10.1590/S0021-75572010000400005

Santos, M. J., Silva, I., & Cardoso, M. H. (2009). Avaliação da qualidade de vida e do controlo glicémico em diabéticos tipo 1 com bomba infusora de insulina. *Revista Portuguesa de Endocrinologia Diabetes e Metabolismo*, 4(1), 33-42.

* Hospital Distrital da Figueira da Foz, Pediatria, Enfermeira [liaflora@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - ESCA, Professor

Terapias complementares no alívio da dor na criança com cancro: revisão sistemática da literatura

Assunção Dores Laranjeira de Almeida*

Introdução: “O cancro na infância, como qualquer outra doença crónica, tem um ciclo de vida mais ou menos previsível ao longo do qual a criança e família vão ter de enfrentar vários problemas, mobilizar recursos e desenvolver respostas adaptativas” (Silva, 2009, p.24). Com a progressão da doença oncológica, o controlo sintomático, assume grande importância, visto que promove o bem-estar e qualidade de vida da criança e família, contribuindo para a diminuição do sofrimento físico e psíquico inerente a este (Machado, 2014).

Objetivos: O estudo tem como objetivos identificar e avaliar, através da análise de artigos de investigação, o estado atual do conhecimento sobre terapias complementares no alívio da dor na criança com cancro. Pretende-se abordar a problemática, a importância do recurso destas terapias e a análise dos resultados com base na evidência científica.

Metodologia: Formulada a questão de investigação “Quais as terapias complementares no alívio da dor na criança com cancro?”, foi realizada uma pesquisa relativamente aos estudos publicados entre 1 de Janeiro de 2004 e 1 de Setembro de 2014, optando-se pela metodologia sugerida por Cochrane. Esta pesquisa foi efetuada com recurso às bases de dados eletrónicas: Pubmed (Medline), Web of Science, Scopus, Google Académico e Scielo com os descritores DeCs: “cancer”, “pain”, “child” e “complementary therapies”. A qualidade dos estudos incluídos na RSL foi avaliada através da escala adaptada de Crombie (1996).

Resultados: Os quatro estudos selecionados analisam a eficácia de quatro terapias complementares distintas: massagem terapêutica, musicoterapia clássica, toque terapêutico, e o brincar, que na sua generalidade apresentam resultados estatisticamente significativos na diminuição da intensidade da dor após cada sessão da terapia em questão. Para além disso, também revelam eficácia no controlo de outra sintomatologia associada.

Conclusões: Os resultados obtidos em cada estudo evidenciam a potencialidade do uso de terapias complementares como estratégia viável e promissora no alívio da dor na criança com cancro. No entanto, são necessários mais estudos com intuito de aumentar a evidência científica da sua eficácia, bem como para estabelecer parâmetros ideais para a sua aplicação. No âmbito das ciências da saúde, em particular na área da enfermagem, o recurso a estas terapias, em detrimento das farmacológicas, representam um indicador de boa prática.

Palavras-chave: child; cancer; pain; complementary therapies

Referências bibliográficas: Batalha, L. M., & Mota, A. A. (2013). Massage in children with cancer: Effectiveness of a protocol. *Jornal de Pediatria*, 89(6), 595–600. doi: 10.1016/j.jpmed.2013.03.022

Bittencourt, W.S., Salício, M. A., Pinheiro, S. F., & Lell, D. (2010). O efeito da música clássica no alívio da dor de crianças com câncer. *Revista Uniciências*, 14(1), 95-111. doi: 10.17921/1415-5141.2010v14n1p%25p

Motta, A. B., & Enumo, S. R. (2004). Brincar no hospital: Estratégia de enfrentamento da hospitalização infantil. *Revista Psicologia em Estudo*, 9(1), 19-28. doi: 10.1590/S1413-73722004000100004

Silva, C. M. (2009). *A pessoa que cuida da criança com cancro* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10216/19400>

* Universidade de Aveiro, Escola superior de Saúde, Docência

PÓSTERES

POSTERS

PÓSTERES

**PROMOÇÃO DO CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO DA
CRIANÇA E DO ADOLESCENTE.
FATORES CHAVE**

**PROMOTION OF CHILD AND
ADOLESCENT DEVELOPMENT.
KEY FACTORS**

**PROMOCIÓN DEL
CRECIMIENTO Y DESARROLLO
DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE.
FACTORES CLAVE**

A criança, os pais e o brincar

Daniela dos Reis Diniz*

Rita Sofia Lopes Pereira da Silva**

Introdução: Os desafios da parentalidade são uma realidade para pais e filhos. As crianças transitam da fantasia para o concreto, com conhecimento de regras e limites, necessitando de segurança e carinho, bem como da liberdade para serem independentes e explorar o mundo. O brincar permite aos pais aceder ao mundo de fantasia da criança por ela controlado, introduzindo elogios que modelem o seu comportamento, tornando-os socialmente apetecíveis, mas acima de tudo, oferecer aos filhos aquilo que realmente necessitam: atenção.

Objetivos: Permitir aos enfermeiros aprofundar os seus conhecimentos e, desta forma, ajudar os pais a promover uma parentalidade responsiva e sensível, através da atenção dada à criança, de uma disciplina sem violência e aceitando as individualidades de cada criança, para que os pais possam sentir o prazer de ser pais. Aprofundar conhecimentos na área da parentalidade positiva. Promover uma parentalidade responsiva e sensível, através da atenção dada à criança, de uma disciplina sem violência e aceitando as individualidades de cada criança. Explicitar os conceitos-chave do brincar.

Metodologia: Os dados presentes no póster derivam de uma revisão da literatura, com pesquisa em bases de dados on-line utilizando as seguintes palavras-chave: brincar, parentalidade positiva, atenção, elogio; bem como em bibliotecas, de onde surgiram alguns artigos, sendo que a atenção recaiu sobre os estudos que deram origem ao programa internacional Os Anos Incríveis de Carolyn C.W. O poster será estruturado em enquadramento da temática, conceitos-chave no brincar, resultados positivos do brincar e síntese final.

Resultados: O brincar encontra-se na base da pirâmide parental apresentada por Webster-Stratton (2016), permitindo aumentar as competências e estratégias parentais. A importância e o valor efetivo dos pais brincarem com os seus filhos revelou-se fundamental no aumento da auto-estima e no estímulo do desenvolvimento social, emocional e cognitivo. Brincar concedendo à criança autonomia proporciona-lhe um ambiente para imaginar, explorar, experimentar, cometer erros, expressar sentimentos, fazer amigos, resolver problemas e obter confiança nos seus pensamentos e ideias, tornando-se um adulto único, criativo e autoconfiante. Apoiar a criança dá-lhes a possibilidade de expressar sentimentos, elogiar a mesma, permite orientá-las nos pequenos passos necessários para dominar novas competências, auxiliá-las na construção de uma auto-imagem positiva e motivá-las para não desistirem de uma tarefa difícil. Trinta minutos de brincadeira entre pais e filhos são os necessários para que a criança se sinta segura e feliz. O brinquedo não é o foco principal, mas sim o acto de brincar, o tempo (Silva e Santos, 2009).

Conclusões: O extraordinário processo de desenvolvimento social, emocional e académico das crianças associado ao crescimento e desenvolvimento dos pais é um conjunto de desafios que enriquecem ambas as partes. Os pais devem conceder a si próprios o privilégio de usufruir dessa parentalidade e é neste sentido que os enfermeiros deverão intervir, explicando aos pais esse processo tão desafiante no qual os pais devem seguir o seu instinto, aprender com os seus erros, lidar com os seus enganos e imperfeições, procurar o apoio de outras pessoas, reservar algum tempo apenas para si e divertir-se na companhia dos seus filhos (Webster-Stratton, 2016).

Palavras-chave: brincar; parentalidade positiva; atenção; elogio; criança; pais

Referências bibliográficas: Silva, A., & Santos, E. (2009). *A importância do brincar na educação infantil* (Tese especialização). Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Brasil.

Webster-Stratton, C. (2016). *Os anos incríveis: Guia de resolução de problemas para pais de crianças dos 2 aos 8 anos de idade*. Braga, Portugal: Psiquilíbrios.

* CHUC, Maternidade Daniel de Matos - Neonatologia A - UCI, Enfermeira

** CHUC, Maternidade Daniel de Matos - Neonatologia A - UCI, Enfermeiro

Discomfort and pain in neonatology: assessment and non-pharmacological treatment

Inês Martins Esteves*

Maria Isabel Bica Carvalho**

Maria da Graça Ferreira Aparício Costa***

Introduction: Pain is a complex and unpleasant phenomenon. As the fifth vital sign, it must be evaluated systematically and recorded. The expression of pain and discomfort by an adult and a newborn (NB) is antagonistic. While an adult easily verbalizes his perception of pain, in an NB, that does not happen. This particularity requires a thorough knowledge of this subject by health professionals, as well as the application of validated instruments to quantify pain.

Objectives: Describing the different reactions to pain in neonates; describing the main scales of pains evaluation and non-pharmacological methods of pain relief, as well as reflecting the contribution of health professionals and parents to the pain relief in neonatology.

Methodology: Searching in articles, book chapters and other content available in libraries and online databases such as B-On, Scientific Repository of Open Access in Portugal, SciELO, and in organizations such as Portuguese Society of Pediatrics, Portuguese Society of Neonatology, Portuguese Order of Nurses and The Directorate-General of Health (DGS).

Results: The NB, when exposed to painful stimulus, presents a body response of stiffness and agitation, crying and facial expression of pain (notorious through arched eyebrows, tightly closed eyes and open mouth). The use of pain measurement instruments allows the identification and recognition of pain in a NB. There are several instruments to assess pain in NB: EDIN (Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né); N-PASS (Neonatal Pain, Agitation & Sedation Scale); NIPS (Neonatal Infant Pain Scale) and PIPP (Premature Infant Pain Profile). The literature highlights the main non-pharmacological measures for pain relief: administration of sucrose solution two minutes before the painful procedure; breastfeeding before, during and a few minutes after the procedure; non-nutritive sucking pacifiers use reduces the duration of crying and attenuates facial expression of pain; swaddling; palmar touch; Kangaroo method and skin-to-skin contact.

Conclusions: Attending to the newborns age is fundamental for the adoption of non-pharmacological measures in the relief of pain and discomfort of NB. Invasive procedures should be avoided. However, in their inevitability, they should be grouped to minimize the number of manipulations of the neonate. Observing the baby, respecting his behavioral state, reducing stimuli and facilitating containment during and after performing an invasive procedure, facilitates his behavioral reorganization.

Keywords: pain; newborn; assessment; scales; discomfort

References: Cordeiro, R. A., & Costa, R. (2014). Métodos não farmacológicos para alívio do desconforto e dor no recém-nascido: Uma construção coletiva da enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 23(1), 185-192.

Crista, B. (2015). *Conhecimentos e práticas adotadas pelos enfermeiros sobre a avaliação e alívio da dor no recém-nascido* (Projeto de graduação). Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.

Direção-Geral da Saúde. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em Procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Lisboa, Portugal: Autor.

Pereira, S. A. (2016). *O cuidado de enfermagem ao recém-nascido: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor* (Relatório de estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal.

* Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde & CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Universidade do Porto, Estudante de Enfermagem

** Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor Adjunto [isabelbica@gmail.com]

*** Escola Superior de Saúde de Viseu, Enfermagem da criança e do adolescente, Docente [gaparicio5@hotmail.com]

Doenças infecciosas em idade escolar e pré-escolar: recomendações sobre período de afastamento temporário

Sara Margarida Barreto Paixão*

Luís Ricardo Ribeiro Maia**, Ernestina Maria V. Batoca Silva***

Daniel Marques da Silva****

Introdução: A evicção escolar é uma das estratégias possíveis para reduzir a transmissão de doenças infecto-contagiosas (DIC). O Decreto n.º 3/95, de 27 de janeiro regulamenta a evicção escolar de docentes e discentes dos estabelecimentos de educação por DIC. Contudo estas normas têm sido consideradas obsoletas (Salgado & Salgado, 2012) e têm surgido regulamentos internos nas escolas, que refletem a arbitrariedade na adoção de diferentes critérios de afastamento temporário (Grilo, Abreu, & Moleiro, 2016; Salgado, 2012).

Objetivos: Apresentar as DIC em idade escolar e pré-escolar sujeitas a afastamento e enunciar algumas recomendações de afastamento temporária consensuais. A nossa finalidade é alertar os enfermeiros de saúde infantil e pediatria no sentido de estes contribuírem para a formação dos profissionais da educação e dos pais e minimizar-se os efeitos sociais e familiares do afastamento desnecessário.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura a partir de publicações científicas indexadas na base de dados Medical Literature and Retrieval System on Line (MEDLINE) entre 2011 e 2016, com artigos completos e em português. Definimos a questão norteadora, estabelecemos os critérios de inclusão e exclusão dos estudos, realizamos a análise e interpretação dos resultados e elaboramos a síntese dos estudos.

Resultados: As DIC e períodos de afastamento temporário padronizados são: amigdalite estreptocócica e escarlatina: até completar 24 horas de antibiótico; escabiose: até terminar tratamento; gastroenterite aguda: até 24 horas após o último episódio de diarreia, exceto se rotavírus – Nenhum; hepatites A: > 5 anos - 5 dias, ≥ 5 anos - Nenhum, se icterícia 1 semana após o seu início; impétigo: até completar 24 horas de antibiótico; meningite meningocócica: até completar 24 horas de antibiótico; molusco contagioso: nenhum, mas evitar piscinas e partilhar toalhas até resolução da infeção; parotidite: até 9 dias após início tumefação das parótidas; pediculose: até ao primeiro tratamento; rubéola e sarampo: até 7 dias após o início do exantema; tosse convulsa – Tratados – após 5 dias de tratamento adequado, não tratados - até 3 semanas; tuberculose pulmonar: 2 a 4 semanas nos bacilíferos; varicela: até todas as lesões em crosta (Paul, Faro, Cordinhã, & Salgado, 2011).

Conclusões: Decreto n.º 3/95 regula a evicção escolar das crianças, contudo, dado o conhecimento atual, recomenda-se a existência de Normas regulamentares nas creches e jardins-de-infância, criadas por peritos e atualizadas, cujo conteúdo não viole outras normas de hierarquia superior. É importante que os profissionais de saúde desenvolvam formação junto dos educadores/professores relativamente aos sinais e sintomas de alerta das doenças contagiosas, criando proximidade e cooperação entre os diferentes profissionais que zelam pela educação e saúde das crianças no sentido de evitar riscos de contágio e reduzir os prejuízos para os pais/famílias resultantes do afastamento desnecessário (Grilo, Abreu, & Moleiro, 2016).

Palavras-chave: doenças infecto-contagiosas; afastamento; transmissão; normas

Referências bibliográficas: Grilo, E., Abreu N., & Moleiro, P. (2016). Práticas de saúde infantil nos infantários: O retrato de um distrito português. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 47(2), 119-129. Recuperado de <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/7252/6787>

Paul, A., Faro, A., Cordinhã, & Salgado, M. (2011). Doenças infecciosas em idade escolar e pré-escolar e respetivos períodos de incubação, contágio, excreção e exclusão. *Saúde Infantil*, 33(1), 17-22.

Salgado, M. (2012). Critérios de exclusão de crianças das creches, dos jardins-de-infância e das escolas por virtude de doenças infecciosas. *Saúde Infantil*, 34(2), 21-28.

Salgado, N., & Salgado, M. (2012). Parecer jurídico sobre evicção das creches, jardins-de-infância, escolas e piscinas colectivas por virtude de doenças infecto-contagiosas. *Saúde Infantil*, 34(2), 8-20.

* Centro Hospitalar Baixo Vouga, Pediatria, Enfermeira [sarapaixao@yahoo.com.br]

** Centro Hospitalar Baixo Vouga, Enfermeiro

*** Escola Superior de Saúde de Viseu, Ciências de Enfermagem, Docente

**** Escola Superior de Saúde de Viseu, Ciências de Enfermagem, Diretor

Estratégias de comunicação na capacitação de pais de crianças com risco ou excesso de peso e obesidade

Ana Priscila Varino Gonçalves*

Introdução: A obesidade infantil é a nova epidemia do século XXI, um alarmante problema de saúde pública (Organização Mundial de Saúde, 2016). Desenvolve-se precocemente tornando mais difícil a sua abordagem à medida que a criança adquire hábitos alimentares. Contudo, as percepções parentais nem sempre são as reais (Macedo, Festas, & Vieira, 2012), podendo tornar pouco efetivo o papel parental na prevenção e controlo deste fenómeno. Alterar esta situação exige intervenções e programas de (re)educação parental, motivação, e capacitação para uma acção transformadora.

Objetivos: O principal objetivo da investigação foi: identificar estratégias de comunicação e/ou programas específicos, desenvolvidas por enfermeiros, no sentido de aumentar a eficácia das intervenções de capacitação dos pais de crianças com risco e excesso de peso/obesidade, nomeadamente para opções alimentares saudáveis desde o primeiro ano de vida.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura, com pesquisa nas bases de dados online: Medline, CINAHL e NAHC: Comprehensive, Academic Search e Medielatina. A expressão de pesquisa elaborada foi (nurs* program* or nurs* educa* or nurs* intervent*) AND (parent* behavior* or parent* perception*) AND (obesity or overweight) AND (child* or adolesc* or teen* or young*). Efetuada a pesquisa por título e resumo obtiveram-se 28 artigos dos quais foram selecionados para análise final quatro artigos que respondiam ao objetivo central e cumpriam os critérios de inclusão definidos.

Resultados: As principais estratégias de capacitação e/ou programas identificadas foram: entrevista motivacional para o empowerment parental (Tyler & Horner, 2016). Identificação prévia de barreiras e facilitadores na interação pais-enfermeiros para a promoção do controlo de peso e prevenção de obesidade, como: respostas às intervenções e estilo de vida parentais (Regber, Mårild, & Hanse, 2013). A conjugação destes interfere no (in)sucesso das intervenções de enfermagem. A utilização dos gráficos de índice de massa corporal revelou-se uma estratégia eficaz na percepção parental do risco de excesso de peso ou obesidade. Avaliação do grau de autoeficácia, competência, locus de controlo, e satisfação parental. Grossklau e Marvicsin (2014) procuraram compreender como esta avaliação poderia ser utilizada na melhoria da eficácia parental na prevenção da obesidade. O programa INSIGHT (*Intervention Nurses Start Infants Growing on Healthy Trajectories*) *Responsive Parenting* demonstrou ser uma ferramenta efetiva na consciencialização e responsabilização parentais, contribuindo para evitar aumentos abruptos de peso no lactente (Savage, Birch, Marini, Anzman-Frasca, & Paul, 2016).

Conclusões: Estas intervenções e abordagens materializadas ou não em programas sistemáticos como o INSIGHT e a entrevista motivacional parecem bastante úteis, mas é imperativo que os enfermeiros estejam despertos e preparados para os mesmos, capacitando os pais na tomada de decisões racionais e geradoras de opções alimentares saudáveis. Parece ainda importante que as intervenções sejam precedidas de uma avaliação detalhada de estilos parentais, crenças, motivação, satisfação, autoeficácia, locus de controlo, percepções ajustadas, responsabilização, de modo a que as intervenções sejam de facto efectivas. Deste modo, poderemos contribuir com os pais para reduzir a prevalência do excesso de peso e obesidade infantil.

Palavras-chave: obesidade; criança; enfermeiro; pais

Referências bibliográficas: Grossklau, H., & Marvicsin, D. (2014). Parenting efficacy and its relationship to the prevention of childhood obesity. *Pediatric Nursing*, 40(2), 69-86. Recuperado de <http://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?sid=752476e0-d1cf-47a3-b10d-75e9553e8c7a%40sessionmgr4006&vid=0&hid=4103>

Regber, S., Mårild, S., & Hanse, J. J. (2013). Barriers to and facilitators of nurse-parent interaction intended to promote healthy weight gain and prevent childhood obesity at Swedish child health centers. *BMC Nursing*, 12, 1-24. doi:10.1186/1472-6955-12-27

Savage, J. S., Birch, L. L., Marini, M., Anzman-Frasca, S., & Paul, I. M. (2016). Effect of the INSIGHT responsive parenting intervention on rapid infant weight gain and overweight status at age 1 year: A randomized clinical trial. *JAMA Pediatrics*, 170(8), 742-749. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.0445

Tyler, D. O., & Horner, S. D. (2016). A primary care intervention to improve weight in obese children: A feasibility study. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 28(2), 98-106. doi:10.1002/2327-6924.12246

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Literacia para a saúde mental de adolescentes em contexto escolar: validação de uma intervenção educativa através do método de Delphi

Tânia Manuel Moço Morgado*

Luís Manuel de Jesus Loureiro**

Maria Antónia Botelho

Introdução: A literacia para a saúde mental (LSM) foi definida como o conhecimento e as crenças sobre as perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão ou prevenção (Jorm, 2012). Num estudo realizado, verificou-se o predomínio da ansiedade em 66,3% dos adolescentes com idades entre os 13 e os 17 anos que recorreram à urgência de um hospital pediátrico de 2011 a 2014 (Trinco & Santos, 2015).

Objetivos: Porque o Programa Nacional de Saúde Escolar 2015 (PNSE, 2015) apresenta a promoção da literacia para a saúde como um objetivo geral e a ansiedade como uma área de intervenção na adolescência, torna-se pertinente desenvolver o presente estudo com o objetivo: validar o conteúdo de uma intervenção educativa de promoção da LSM sobre a ansiedade de adolescentes em contexto escolar, no 9º ano de escolaridade, através do método de Delphi.

Metodologia: Recorreu-se às intervenções complexas (Craig et al., 2011). Estudo descritivo de natureza qualitativa com recurso ao método de Delphi. Foram definidos os critérios de seleção dos peritos e os critérios de consenso. Foram formuladas 14 questões sobre: a) quem: destinatários; formadores); b) o quê: conteúdos; sequência; número/duração sessões; plano das sessões; c) quando: tempo; d) onde: contexto; e) como: modo de implementação; equipamentos e materiais. Foi solicitada aos peritos que respondessem numa escala de Likert de 4 níveis, de *discordo totalmente a concordo totalmente*. Recorreu-se à *Webpage Delphi Decision Aid*.

Resultados: Participaram 25 peritos (69,4%): 16 (64%) do sexo feminino e 9 (36%) do sexo masculino; 14 (56%) enfermeiros: especialistas em enfermagem de saúde mental (64,3%), enfermagem de saúde infantil (7,1%) e enfermagem de saúde comunitária (28,6%); 85,7% docentes de enfermagem (64,3% doutorados); 4 (16%) Psicólogos (3 (15%) doutorados); 1 (4%) Pedopsiquiatra; 1 (4%) Médico/Investigador (Sénior *Researcher*, PhD); 2 (8%) Sociólogos (100% doutorados); 1 (4%) Licenciado em Economia, PhP; 1 (4%) Licenciado em Direito, Mestre; 1 (4%) Professora do Ensino Básico, Mestre. Obtivemos os critérios de consenso na 1ª ronda. Foi registada a concordância nas respostas para a totalidade das questões (100%) e concordância elevada nas respostas a 8 questões (57,1%). Foram também recebidos 127 comentários à totalidade das questões com reflexões, contributos e sugestões. Este processo permitiu desenhar uma intervenção educativa denominada ProLiSMental, constituída por 4 sessões de 90 minutos sobre as componentes do conceito de LSM e com recurso a diferentes métodos e técnicas pedagógicas.

Conclusões: A validação de conteúdo da intervenção educativa ProLiSMental através do método de Delphi permitiu incluir peritos de diferentes áreas geográficas, garantiu o anonimato e a representação estatística da distribuição dos resultados e, neste estudo, obteve-se consenso logo na primeira ronda. Seguiu-se o pré-teste e um estudo quasi-experimental com grupo controlo, desenho antes-após e *follow-up* após 1 mês. Esperamos que esta intervenção educativa contribua para a capacitação e aumento da LSM dos adolescentes que lhes permita aceder, compreender e usar a informação sobre a saúde mental e os ajude na prevenção, no reconhecimento e/ou na gestão da ansiedade.

Palavras-chave: literacia para a saúde; saúde mental; ansiedade; adolescentes; saúde escolar; intervenções complexas

Referências bibliográficas: Craig, P., Dieppe, P., Macintyre, S., Michie, S., Nazareth, I., & Petticrew, M. (2011). *Developing and evaluating complex interventions: New guidance*. Recuperado de <https://www.mrc.ac.uk/documents/pdf/complex-interventions-guidance/>

Jorm, A. (2012). Mental health literacy: Empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231-243. doi:10.1037/a0025957

Programa Nacional de Saúde Escolar. (2015). *Norma nº 15/2015*. Recuperado de <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%Bade-Escolar-2015.pdf>

Trinco, E., & Santos, J. (2015). O adolescente com alteração do comportamento no serviço de urgência: Estudo de um quadrinário. *Revista Investigação em Enfermagem*, 2(13), 18-25. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/286777555_O_adolescente_com_alteracao_do_comportamento_no_Servico_de_Urgencia_Estudo_de_um_quadriennio_-_Revista_de_Investigacao_em_Enfermagem_Numero_13_1_Edicao_Formasau_Coimbra_p18_-_25_ISSN_2182-9764_Deposito

* Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE - Hospital Pediátrico, Pedopsiquiatra, Enfermeira [tmorgado@gmail.com]

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Saúde Mental e Psiquiatria, Professor

Projeto Dent&São: promoção da saúde oral

Sara Margarida Barreto Paixão*

Cláudia Maria Costa Gonçalves Pereira**

Ernestina Maria V. Batoca Silva***, Anabela Belém Ferreira****

Maria do Céu Santos*****, Luís Ricardo Ribeiro Maia*****

Introdução: A cárie dentária apresenta na população infantojuvenil um índice de gravidade moderada, com implicações qualidade de vida. A estratégia do Programa Nacional de Promoção da Saúde Oral (PNPSO) assenta na promoção da saúde e na prevenção primária/secundária da cárie dentária, devendo ser desenvolvido e enquadrado nos Serviços de Saúde (Direção Geral de Saúde, 2005). O Projeto Dent&São pretende contribuir para a redução da incidência e prevalência das doenças orais das crianças (6-12 anos), internadas no Serviço de Pediatria do CHBV.

Objetivos: Avaliar a saúde oral e os hábitos de higiene oral das crianças dos 6-12 anos de idade; promover a saúde oral nas crianças através da realização de educação para saúde envolvendo os pais como parceiros. Capacitar crianças e pais para a aquisição de hábitos de saúde oral saudáveis. Melhorar os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem à criança, no âmbito da saúde oral.

Metodologia: O projeto Dent&São inclui a avaliação da saúde oral e hábitos de higiene oral das crianças e a educação para a saúde. Para a avaliação realizamos um estudo descritivo, numa amostra não probabilística, por conveniência, constituída por 158 crianças dos 6-12 anos de idade, com internamento superior a 24h. As crianças com múltiplos internamentos foram excluídas. Construiu-se o questionário "Avaliação de hábitos de higiene oral" e aplicou-se entre 1/01/2016 e 30/09/2016, pela equipa de enfermagem, às crianças e pais. Realizamos a observação da cavidade oral e técnica de escovagem dos dentes.

Resultados: A idade média é de 8,4 anos e a moda de 6 anos. O género masculino é o mais representativo (65%). Em 1,9% o motivo de internamento foi por celulite da face associada a abscesso dentário. A cárie dentária apresenta-se em 34% da amostra, mais prevalente no sexo masculino (63%) e aos 9 anos de idade (22%). Verificou-se que 71% conheciam a técnica correta de escovagem dos dentes, mas apenas 58% realizavam uma técnica correta. Verificou-se que 91% das crianças já tinham ido ao dentista pelo menos uma vez. Tendo em conta os fatores de risco em saúde oral do PNPSO foi considerado que 13% apresentavam baixo risco e 2% elevado risco, assim por exclusão 85% apresentam um risco moderado de cárie dentária, indo de encontro aos resultados da população portuguesa (Direção Geral de Saúde, 2011). Foi fornecido kit de higiene oral a 4,4% das crianças e cerca de 8% tinham critérios de referenciação.

Conclusões: O projeto Dent&São pretende responder a uma necessidade em saúde identificada no Serviço de Pediatria, do CHBV. Os indicadores de resultados foram avaliados, segundo o resumo mínimo de dados e indicadores (Ordem dos Enfermeiros, 2007). O indicador Ganhos em Saúde Oral na criança foi obtido em 97%, relativamente à aprendizagem de habilidades sobre a técnica de higiene oral na criança foi de 100%. Em relação ao papel parental, quer o conhecimento, quer a capacidade técnica foram atingidos em 98%. Estes indicadores revelam o contributo dos enfermeiros para a aquisição de comportamentos eficientes, traduzindo-se em ganhos em saúde da população infanto-juvenil.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; promoção da saúde oral; criança; educação parental

Referências bibliográficas: Direção Geral de Saúde. (2005). *Programa nacional de promoção de saúde oral*. Recuperado de https://www.saudeoral.min-saude.pt/siso/npsorepo/Despacho_Ministerial_153_2005_de_5_Janeiro.pdf

Direção Geral de Saúde. (2011). *Orientação, 7: Programa nacional de promoção de saúde oral: Plano B*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/?mid=5005&cr=19748>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Resumo mínimo de dados e core de indicadores de enfermagem para o repositório central de dados da saúde*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmdc_indicadores-vfout2007.pdf

* Centro Hospitalar Baixo Vouga, Pediatria, Enfermeira [sarapaixao@yahoo.com.br]

** Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Pediatria, Enfermeira

*** Escola Superior de Saúde de Viseu, Ciências de Enfermagem, Docente

**** Centro Hospitalar Baixo Vouga, Pediatria, Enfermeira

***** Centro Hospitalar Baixo Vouga, Pediatria, Enfermeira Chefe

***** Centro Hospitalar Baixo Vouga, Enfermeiro

**GESTÃO DE CUIDADOS À
CRIANÇA E ADOLESCENTE,
COM VULNERABILIDADES
E PROBLEMAS DE
COMPORTAMENTO**

**CARE MANAGEMENT IN
CHILDREN AND ADOLESCENTS
WITH VULNERABILITIES AND
BEHAVIORAL PROBLEMS**

**GESTIÓN DE CUIDADOS AL
NIÑO Y AL ADOLESCENTE
CON VULNERABILIDADES
Y PROBLEMAS DE
COMPORTAMIENTO**

A vivência da sexualidade e das relações de intimidade em adolescentes com paralisia cerebral

Inês Mota Matreno*

Catarina Alexandra Pereira Rodrigues, Mariana Vieira Lavos

Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba**

Introdução: A paralisia cerebral constitui-se um grupo de desordens no desenvolvimento do controlo motor e da postura resultantes de uma lesão cerebral, sendo a causa mais frequente de deficiência em idade pediátrica. As repercussões que esta provoca no dia-a-dia dos adolescentes são muitas, afetando grande parte das suas necessidades humanas fundamentais. A construção de uma relação de intimidade e a vivência da sexualidade, sendo condicionadas pela deficiência, potenciam a dificuldade destes adolescentes em desenvolver uma vida social e relacional satisfatória.

Objetivos: O objetivo deste estudo é descrever as necessidades de um adolescente com paralisia cerebral no âmbito da sexualidade, tendo em conta fatores como as características demográficas, as relações sociais, o desenvolvimento de relacionamentos, a atividade sexual, os obstáculos físicos, emocionais e a etapa do ciclo de vida, esperando assim, compreender as influências na formação de relações íntimas/sexuais nesta faixa etária e procurar melhorar o atendimento multidisciplinar.

Metodologia: Revisão integrativa da literatura cuja pesquisa bibliográfica foi realizada através do motor de busca EBSCO, com recurso a diversas bases de dados. Os artigos foram selecionados recorrendo ao uso das seguintes palavras-chave e respetivas truncaturas: *Cerebral Palsy*, *Child*, *Adolescente*, *Teen* e *Sexuality*. Obtiveram-se 16 artigos com base nos critérios de inclusão e exclusão considerados, e posteriores a 2000. Como critérios de inclusão definiu-se adolescentes entre os 10 e os 19 anos e com paralisia cerebral. Excluíram-se estudos centrados no abuso sexual.

Resultados: Os resultados apontam para diversos problemas relacionados com a sexualidade destes adolescentes. Os adolescentes não mencionam a intimidade e a sexualidade como relevante na sua vida, enquanto os seus pais apontam ser este um aspeto que os preocupa, considerando importante que estes mantenham uma relação com o sexo oposto e se sintam confortáveis com a sua sexualidade. O estabelecimento de redes significativas é essencial para a evolução dos adolescentes, sendo que os pais valorizam a disponibilidade dos amigos e o apoio de outros adolescentes com ou sem deficiência. A frequência com que existe uma relação amorosa na população alvo é baixa e mais tardia, quando comparados com adolescentes da mesma idade não portadores da doença. Isto deve-se aos baixos níveis de conhecimento sexual e dificuldades em desenvolver uma relação de intimidade, que advém da baixa autoestima, da preocupação de não serem física e sexualmente atraentes, da estigmatização imposta pela sociedade, além dos menores contatos sociais que esta população tem.

Conclusões: Os resultados sugerem diferentes fatores que influenciam o desenvolvimento das relações amorosas e da sexualidade em adolescentes com paralisia cerebral. Em suma, verifica-se que estes adolescentes têm as mesmas necessidades sexuais do que os que não são portadores da doença, embora não refram que seja um assunto importante na sua vida. Refira-se a dificuldade na abordagem deste tema, pois escasseiam estudos científicos nesta temática, sendo importante investir em estratégias que respondam às necessidades que estes adolescentes requerem, de modo a melhorar a sua autoestima e a sua qualidade de vida.

Palavras-chave: paralisia cerebral; adolescente; sexualidade

Referências bibliográficas: Davis, E., Shelly, A., Waters, E., Mackinnon, A., Reddihough, D., Boyd, R., & Graham, H. K. (2009). Quality of life of adolescents with cerebral palsy: Perspectives of adolescents and parents. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 51(3), 193-199. doi:10.1111/j.1469-8749.2008.03194.x

Shikako-Thomas, K., Bogossian, A., Lach, L. M., Shevell, M., & Majnemer, A. (2013). Parents' perspectives on the quality of life of adolescents with cerebral palsy: Trajectory, choices and hope. *Disability And Rehabilitation*, 35(25), 2113-2122. doi:10.3109/09638288.2013.770083

Wiegerink, D., Roebroek, M., Bender, J., Stam, H., & Cohen-Kettenis, P. (2011). Sexuality of young adults with cerebral palsy: Experienced limitations and needs. *Sexuality & Disability*, 29(2), 119-128. doi:10.1007/s11195-010-9180-6

Wiegerink, D. G., Roebroek, M. E., Donkervoort, M., Stam, H. J., & Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Social and sexual relationships of adolescents and young adults with cerebral palsy: A review. *Clinical Rehabilitation*, 20(12), 1023-1031. doi:10.1177/0269215506071275

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enf. Saúde Criança e Adolescente, Professor Adjunto [mlomba@esenfc.pt]

Bullying: uma realidade

Ana Catarina Miranda Santos*

Introdução: Beckan e Svensson (2015, p. 128) definem *bullying* como um comportamento repetido e intencional contra uma vítima que não se consegue defender. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2012) o fenómeno do *bullying* é uma realidade com que somos confrontados diariamente e que representa um ataque aos direitos da criança e do jovem tendo consequências negativas no seu desenvolvimento e na sua autoestima. Necessitando assim de uma maior vigilância por parte dos profissionais de saúde e educadores.

Objetivos: Tendo como foco o tema do *bullying* e o efeito que este tem nas crianças/jovens vítimas do mesmo definiram-se como objetivos: conhecer o impacto que este fenómeno tem na realidade portuguesa e identificar quais as estratégias que podem ser utilizadas pelos enfermeiros e outros profissionais no combate a este fenómeno.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa, onde foram utilizadas todas as palavras-chave e termos de indexação identificados como pertinentes nas bases de dados selecionadas, sendo elas a MEDLINE e CINAHL. Foram considerados os seguintes tipos de estudos: quantitativos, qualitativos ou revisões sistemáticas. Nos estudos quantitativos serão incluídos desenhos de estudos experimentais, quasi-experimentais e observacionais. Os estudos qualitativos incluídos serão, não só, mas também, os estudos fenomenológicos, *grounded theory* e etnográficos. Serão incluídas todas as revisões sistemáticas da literatura. Na ausência de estudos de investigação, serão considerados artigos de opinião.

Resultados: O relatório do estudo Health Behaviour in School - Aged Children (HBSC) - A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão, promovido pela Organização Mundial de Saúde e liderado em Portugal pela equipa do projeto Aventura Social realizado em 2014 num conjunto de 36 agrupamentos escolares de Portugal que incluíam alunos do 6º, 8º e 10º ano demonstra que numa amostra de 5278 alunos 34% foi provocado até uma vez/semana e 4,7% refere ter sido provocado várias vezes/semana. Em relação ao ano de 2010 houve um aumento de 4,6% para 4,7% de serem provocados várias vezes por semana.

Conclusões: Apesar dos números estatísticos serem baixos comparativamente com outros comportamentos de saúde descritos no relatório, muitas vezes estes fenómenos de violência não são denunciados. Isto pode estar relacionado com a própria desvalorização dos fenómenos, com o medo que as vítimas têm das repercussões ou mesmo a difícil identificação destes fenómenos como um fenómeno de violência diferente da violência pontual. Enquanto profissionais de saúde existem um conjunto de atuações que podem ser realizadas tanto a nível da prevenção primária como secundária no âmbito destes fenómenos.

Palavras-chave: bullying; crianças; adolescentes; Portugal; intervenções de enfermagem

Referências bibliográficas: Beckman, L., & Svensson, M. (2015). The cost-effectiveness of the olweus bullying prevention program: Results from a modelling study. *Journal of Adolescence*, 45, 127-137. doi:10.1016/j.adolescence.2015.07.020
Direcção Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa, Portugal: Autor.

Matos, M. G., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2015). *A saúde dos adolescentes portugueses em tempos de recessão: Dados nacionais do estudo HBS 2014*. Recuperado de http://aventurasocial.com/arquivo/1437158618_RELATORIO%20HBSC%202014e.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012). *MCEESIP alerta enfermeiros e população para o fenómeno do "bullying"*. Recuperado de http://www.ordemenfermeiros.pt/comunicacao/Paginas/MCEESIP_bullying.aspx

* Centro Hospitalar Lisboa Central, EPE- Hospital Santa Marta, Cardiologia Pediátrica, Enfermeira [anolas@gmail.com]

Preparing for transition to motherhood in adolescence

Inês Martins Esteves*

Maria Isabel Bica Carvalho**

Sara Filipa Viegas da Cruz***

Introduction: Being a teenager mother is a demanding challenge as it causes a collision of tasks of different stages of development. At a time when the adolescent seeks to form an identity and explore her life project, she is inevitably confronted with the task of accepting and assimilating an occurrence of pregnancy, often unplanned. The inexperience and unpreparedness to deal with this situation can generate crisis not only in the young woman who becomes pregnant, but also in her family.

Objectives: Applying the dynamic model of family assessment and intervention (MDAIF), by Figueiredo (2013), and evaluating the impact of nursing care in a family that had experienced teenage pregnancy.

Methodology: Qualitative study, based on MDAIF in clinical and community context in Primary Health Care. This study focused on the process of family intervention developed with a family of a sixteen-year-old teenager who got pregnant, after a fleeting relationship with a boy nine years older, that had met through social networks. Instruments: genogram, ecomap, Family APGAR (Smilkstein, 1978), Graffar scale (1956), maternal postnatal bonding scale (Camarneiro & Justo, 2010), family adaptability and cohesion assessment (FACES-III; Olson, Portner, & Laevce, 1985) and dynamic model of family assessment and intervention (Figueiredo, 2013).

Results: Extended family, with conjugal, parental and fraternal subsystems and strict limits. Family with teenage children, according to Duvall (1977). Middle-class family. Although the unplanned and the conflicting relationship with her parents, these have become essential to the adolescents support in pregnancy, motherhood and the newborns development.

Conclusions: The MDAIF's use allowed the development of nurses abilities for a personalized approach to the family, seen as a unit of care, in the process of transition to motherhood. Thus, it contributed to meet the family's needs: the teenager continued her academic education, supported by family, school and social support.

Keywords: pregnancy; adolescent; behaviour; risk; family; health

References: Dennis, A. D., & Mollborn, S. (2013). Young maternal age and low birth weight risk: An exploration of racial/ethnic disparities in the birth outcomes of mothers in the United States. *The Social Science Journal*, 50, 625-634. doi:10.1016/j.soscij.2013.09.008

Figueiredo, M. H. (2013). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar: Uma abordagem colaborativa em enfermagem de família*. Loures, Portugal: Lusociência.

Santos, A., Teston, E., Cecílio, H., Serafim, D., & Marcon, S. (2015). Participação de avós no cuidado aos filhos de mães adolescentes. *Revista Mineira de Enfermagem*, 19(1). doi:10.5935/1415-2762.20150005

World Health Organization. (2016). *Action plan for sexual and reproductive health: Towards achieving the 2030 agenda for sustainable development in Europe: leaving no one behind*. Geneva, Switzerland: Author. Retrieved from <https://goo.gl/07xaBH>

* Instituto Politécnico de Viseu - Escola Superior de Saúde e CINTESIS, Center for Health Technology and Services Research, Universidade do Porto, Estudante de Enfermagem

** Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Professor Adjunto [isabelbica@gmail.com]

*** Escola Superior Saúde de Viseu, Enfermagem, Estudante

**GESTÃO DE CUIDADOS À
CRIANÇA COM DOENÇA
COMPLEXA E SUA FAMÍLIA**

**CARE MANAGEMENT IN
CHILDREN WITH COMPLEX
DISEASE AND THEIR FAMILIES**

**GESTIÓN DE CUIDADOS AL
NIÑO CON ENFERMEDAD
COMPLEJA Y A SU FAMILIA**

Caso clínico parte 1: cuidados de enfermagem à criança com tumor de Wilms

Gabriela Felício Tavares, Rita Alexandra Fernandes Pires*
Márcia Noélia Pestana Santos**, Ana Cristina Machado Macedo,
Joana Filipa Borges da Cunha Ferreira Claro***
Margarida Reis Santos Ferreira****

Introdução: Criança do sexo feminino, com 7 anos de idade e diagnóstico tumor de Wilms com metastização pulmonar. Iniciou protocolo de quimioterapia pré-operatória, após o qual foi submetida a adrenalectomia e ureteronefrectomia à esquerda. Recorreu ao serviço de urgência, no 29º dia de pós-operatório e 8º dia pós primeiro ciclo de quimioterapia pós-operatória e radioterapia, apresentando quadro febril, mucosite e apetite diminuído. Foi diagnosticada neutropenia febril. Ficou internada em regime de isolamento de proteção.

Objetivos: Elaborar um plano de cuidados para a criança em estudo, utilizando taxonomia CIPE® Versão 2. Fundamentar, teoricamente, todas as intervenções de enfermagem implementadas.

Metodologia: A apreciação da criança foi feita segundo o Modelo de Nancy Roper (Roper, Logan, & Tierney, 1995) analisando as suas atividades de vida aquando deste episódio de internamento. A criança é comunicativa, bem-disposta, apresenta períodos de tristeza, irritabilidade e ansiedade, relacionados com o internamento em isolamento e os procedimentos invasivos. Preocupa-se com a imagem corporal e manifesta dor abdominal e na mucosa oral. No momento da admissão apresentava temperatura axilar = 38,5°C.

Resultados: Alguns dos focos identificados para cuidar da criança foram: ingestão nutricional, dor oncológica, febre, suscetibilidade à infeção e bem-estar. A partir destes, foram elaborados os seguintes diagnósticos de enfermagem: dor oncológica, febre, ingestão nutricional comprometida, suscetibilidade à infeção e bem-estar comprometido. Os objetivos definidos em cada diagnóstico visam promover o bem-estar físico e emocional da criança, bem como a sua autonomia. Para tal, foram elaboradas e fundamentadas intervenções de enfermagem específicas para cada diagnóstico. Pela observação da atitude da criança face ao internamento, identificou-se a necessidade de promover segurança e confiança nos prestadores de cuidados. As intervenções de enfermagem implementadas contribuíram para diminuir a ansiedade e receio, permitindo que esta colaborasse e adotasse uma atitude positiva na presença dos enfermeiros. Além disso, estas intervenções contribuíram para o equilíbrio hemodinâmico da criança.

Conclusões: Elaborar um plano de cuidados para a criança apresenta-se como um processo dinâmico onde os resultados obtidos influenciam o seu planeamento, estruturação, negociação, implementação e avaliação. A utilização de uma taxonomia na identificação de focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem, fundamentadas empiricamente, permite a análise e reflexão sobre os cuidados de enfermagem prestados à criança. Aliado à discussão em grupo revela-se um exercício fundamental no desenvolvimento de competências para a planificação e execução do trabalho do enfermeiro à criança hospitalizada por doença oncológica, contribuindo para a excelência dos cuidados à criança/família com cancro.

Palavras-chave: criança; tumor de Wilms; enfermagem; CIPE® Versão 2; atividades de vida; doença oncológica

Referências bibliográficas: Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. (1995). *Modelo de enfermagem* (3ª ed). Amadora, Portugal: McGraw-Hill.

* Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Hospital Pediátrico Integrado, Enfermeira

** CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra

*** ARS Norte/ACES Grande Porto II/Gondomar, USF S. Bento, Enfermeira

**** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador

Caso clínico parte 2: cuidados centrados na família da criança com tumor de Wilms

Rita Alexandra Fernandes Pires*, Márcia Noélia Pestana Santos**

Gabriela Felício Tavares, Ana Cristina Machado Macedo

Joana Filipa Borges da Cunha Ferreira Claro***, Margarida Reis Santos Ferreira****

Introdução: Criança do sexo feminino, com 7 anos de idade e diagnóstico tumor de Wilms com metastização pulmonar. Iniciou protocolo de quimioterapia pré-operatória, após o qual foi submetida a adrenalectomia e ureteronefrectomia à esquerda. Recorreu ao serviço de urgência, no 29º dia de pós-operatório e 8º dia pós primeiro ciclo de quimioterapia pós-operatória e radioterapia, apresentando quadro febril, mucosite e apetite diminuído. Foi diagnosticada neutropenia febril. Ficou internada em regime de isolamento de proteção.

Objetivos: Elaborar um plano de cuidados centrados na família, fundamentando todas as intervenções de enfermagem e utilizando taxonomia CIPE® Versão 2. Reconhecer a importância da família na prestação dos cuidados à criança com o tumor de Wilms.

Metodologia: A criança é filha de pai empresário e mãe professora. Têm uma irmã de 15 anos. Há boa relação entre os vários elementos da família. Os pais são receptivos aos ensinamentos e proativos na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. A mãe manifesta ansiedade e fragilidade emocional a cada novo internamento. O objetivo dos cuidados de enfermagem à criança/família centra-se na satisfação das necessidades, através da potencialização das competências da criança, e dos conhecimentos e habilidades dos pais para o fazerem, quando o filho não é capaz.

Resultados: Os cuidados centrados na família são um caminho para a excelência dos cuidados em pediatria. Têm como essência o reconhecimento do papel fundamental da família na vida do filho, visando fornecer apoio profissional através do envolvimento, participação e parceria, alicerçados pela capacitação da mesma e pela negociação (Apolinário, 2012). O papel parental foi abordado segundo 2 dimensões: a Adesão e a Atitude face ao cuidado, tendo sido definidos 2 diagnósticos. Potencialidade de adesão ao regime terapêutico e atitude comprometida face ao cuidado. Para responder ao objetivo definido para cada diagnóstico, foram identificadas e fundamentadas as intervenções de enfermagem. Pela observação da atitude dos pais face à situação de saúde da criança, identificou-se a necessidade de validar o seu sentimento de competência para cuidar da criança. As intervenções de enfermagem implementadas contribuíram para que os pais demonstrassem maior tranquilidade e confiança nos cuidados que prestavam à filha.

Conclusões: A elaboração de um plano de cuidados para o binómio criança/família, deve ser planeada, estruturada, negociada, implementada e avaliada tendo em conta os problemas identificados e os resultados obtidos. O recurso a uma taxonomia para a identificação de focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem, propostas depois de fundamentadas, permite a discussão, análise e reflexão em grupo, sobre a necessidade de englobar o cuidado à família nos cuidados em enfermagem pediátrica.

Palavras-chave: cuidados centrados na família; papel parental; criança; doença oncológica; enfermagem

Referências bibliográficas: Apolinário, M. I. (2012). Cuidados centrados na família: Impacto da formação de um manual de boas práticas em pediatria. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(7) 83-92. doi:10.12707/RH111145

* Centro Hospitalar de São João, E.P.E., Hospital Pediátrico Integrado, Enfermeira

** CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra

*** ARS Norte/ACES Grande Porto II/Gondomar, USF S. Bento, Enfermeira

**** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Professor Coordenador

Cuidados à criança com queimadura

Elisabete Sofia de Almeida Cioga*

Maria Manuela Mendes Carlos**

Luísa Paula Santos Costa***

Introdução: Dois terços das queimaduras ocorrem em crianças. Com repercussões no crescimento e no desenvolvimento infantil. A assistência de enfermagem às crianças/famílias queimadas tem uma visão sistêmica e multidisciplinar. O melhor conhecimento da queimadura, o desenvolvimento de antimicrobianos tópicos, as plásticas, a utilização de substitutos cutâneos, associados a uma enfermagem de referência baseada na parceria de cuidados promove uma recuperação mais rápida com possibilidade de diminuição do tempo de internamento.

Objetivos: Dar a conhecer as práticas por nós utilizadas no tratamento das queimaduras. Uniformizar métodos de tratamento da queimadura.

Metodologia: De acordo com a evidência científica existente, observámos 16 crianças com preenchimento de formulário construído para o efeito e registo fotográfico, dos tratamentos/pensos e da evolução da queimadura. Realizado tratamento estatístico descritivo. Da amostra estudada 71% apresentavam queimaduras do 2.º grau e restantes de 2.º e 3.º grau. As regiões corporais mais afetadas foram os membros superiores em 63% dos casos e a face em 44%. Aproximadamente 30% das crianças necessitaram, de forma isolada ou conjugada com outros tratamentos, de autoenxerto de pele.

Resultados: Diminuição do tempo de internamento da criança queimada. Diminuição do número de tratamentos efetuados por criança. Elaboração dos seguintes algoritmos de atuação: algoritmo da queimadura; algoritmo de atuação da queimadura da face; algoritmo de atuação do penso após plástica, que permitiram a apropriação e utilização, por parte dos enfermeiros, das técnicas mais adequadas nos tratamentos das crianças queimadas.

Conclusões: Além das consequências imediatas associadas à queimadura, as sequelas físicas e emocionais podem manter-se ao longo da vida da criança. Os cuidados de enfermagem à criança e adolescente com queimadura orientam-se para a independência no autocuidado, para a adesão e gestão do regime terapêutico, para o apoio à adaptação da parentalidade e na prevenção e/ou diminuição de sequelas que limitem a função e/ou causem perturbações na autoimagem.

Palavras-chave: queimadura; diagnóstico de enfermagem; algoritmo; parentalidade

Referências bibliográficas: Ferreira, E., Lucas, R., Rossi, R. A., & Andrade, D. (2003). Curativo do paciente queimado: Uma revisão de literatura. *Revista de Enfermagem USP*, 37(1), 44-51. Recuperado de <http://www.ee.usp.br/reecusp/upload/pdf/123.pdf>

Oliveira, F., Ferreira, E. C., & Shirley S. (2009). Crianças e adolescentes vítimas de queimaduras: Caracterização de situações de risco ao desenvolvimento. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 19(1), 19-34. Recuperado de <http://www.revistas.usp.br/jhgd/article/view/19899/21975>

Yoda, C. N., Leonardi, D. F., & Feijó, R. (2013). Queimadura pediátrica: Fatores associados a sequelas físicas em crianças queimadas atendidas no hospital infantil Joana de Gusmão. *Revista Brasileira de Queimaduras*, 12(2), 112-117. Recuperado de <http://rbqueimaduras.org.br/details/155/pt-BR/queimadura-pediatria-fatores-associados-a-sequelas-fisicas-em-criancas-queimadas-atendidas-no-hospital-infantil-joana-de-gusmao>

* CHUC, Cirurgia/Queimados e Unidade Transplantes Pediátrico, Enfermeiro

** CHUC, Departamento Pediátrico, Enfermeira

*** CHUC, Departamento Pediátrico, Enfermeira especialista

Cuidados de enfermagem para realização de ressonância magnética sob anestesia à criança com retinoblastoma

Helena Jesus Marques Tavares*

Márcia Noélia Pestana Santos**

Stéfanie da Fonseca Francisco

Introdução: O objetivo é apresentar e discutir sob o ponto de vista dos cuidados de enfermagem o um caso clínico de criança com diagnóstico de retinoblastoma que vem ao serviço de imagiologia realizar uma ressonância magnética (RM), sob anestesia geral, para observação do status pós-cirúrgico.

Objetivos: Mostrar a importância do rigor da colheita de dados, para o planeamento de cuidados na diminuição das complicações. Analisar, descrever e fundamentar processos de cuidados à criança submetida a realização de RM sob anestesia. Detetar necessidades da criança/família e instituir intervenções adequadas no sentido de antecipar e implementar soluções para responder aos problemas identificados. Refletir de forma crítica sobre o processo de cuidados no sentido da melhoria contínua dos cuidados.

Metodologia: Criança de 18 meses de idade, sexo feminino, raça caucasiana, acompanhada pelos pais. Observação inicial com recurso a entrevista aos pais, exame físico da criança e apreciação, da criança e família, segundo Modelo de Nancy Roper. Consta-se, foi enucleada (olho direito), apresenta prótese ocular, feita avaliação estatoponderal. Normotensa, eupneica sem ruídos adventícios, fossas nasais permeáveis e sem muco visível, normotérmica e normocárdica. Sem história de doença na semana precedente. Cumpriu jejum de 6h necessário à realização de procedimento anestésico. Pais demonstram apropriação de conhecimentos sobre o explanado e mostram-se disponíveis para colaborar.

Resultados: Com base no Modelo de Nancy Roper, foram avaliadas as necessidades desta criança e construído o plano de cuidados que integra diagnósticos de enfermagem identificados (com recurso a linguagem classificada CIPE®). O plano de cuidados foi estruturado segundo foco, objetivo, diagnóstico de enfermagem, intervenções de enfermagem, frequência e avaliação, inclui 3 focos de atenção: aspiração, queda e papel parental. Identifica como diagnósticos de enfermagem: risco de aspiração, risco de queda, e as intervenções de enfermagem delineadas para dar resposta aos focos e aos diagnósticos. Incluem-se ainda as atitudes terapêuticas e a delimitação das intervenções de enfermagem adequadas a dar-lhe resposta, bem como a respetiva avaliação relativa a cada atitude terapêutica/intervenção de enfermagem. Para esta planificação e intervenção. Foi necessário o contributo de base teórica diversificada: Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary, teoria de desenvolvimento de Piaget, Escala de Mary Sheridan modificada, Escala de Humpty Dumpty e a Escala FLAC. No momento da alta do recobro a criança estava acordada, consciente, com tolerância alimentar e tendo recuperado o estado anterior ao procedimento anestésico, reunindo por isso critérios de alta.

Conclusões: Os cuidados de enfermagem centrados na família enformam as práticas de enfermagem no Hospital Pediátrico de Coimbra (HPC). Para dar resposta aos padrões de qualidade definidos para o HPC, nomeadamente satisfação da criança e família, prevenção de complicações, promoção da saúde e bem-estar e organização de cuidados, os enfermeiros desta instituição concebem, desenvolvem e implementam estratégias de cuidados adequadas a cada situação específica e reavaliam de uma forma dinâmica e continua estes processos de cuidar para atingirem os mais elevados níveis de prestação de cuidados, de acordo com o estado da arte. Com este estudo demos visibilidade a parte desses cuidados.

Palavras-chave: retinoblastoma; cuidados de enfermagem; modelo conceptual de enfermagem; criança; anestesia

Referências bibliográficas: Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-actuacao-em-saude-infantil-e-juvenil.aspx>
Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE versão 2. Classificação internacional para a prática de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Autor. doi:322898/11

Pedro, J. (2009). *Parceiros no cuidar: A perspectiva do enfermeiro no cuidar com a família, a criança com doença crónica* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/20171/2/Dissertao%20de%20Mestrado%20de%20Joo%20Pedro.pdf>

Pinto, M., Garabal, A., M., Sá, J., Silva, S., Van der Hout, A., & Saraiva, J. (2013). *Retinoblastoma do diagnóstico ao aconselhamento genético, experiência de 16 anos*. Recuperado de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29193/1/Artigo%20cient%20C3%ADfco.pdf>

* Hospital Pediátrico, Enfermeira Especialista Saúde Infantil e Pediátrica [helenajtavares@gmail.com]

** CHUC, Hospital Pediátrico de Coimbra

Cuidados paliativos pediátricos

Andreia Catarina Sampaio Almeida*

Bárbara Catarina Viegas Santos, Cindy Faria**

Daniela Vicente Saltão***, Inês Sofia Mendes Gonçalves****

Maria Almeida Sousa

Introdução: Os cuidados paliativos pediátricos (CPP) são definidos como uma abordagem ativa e total de cuidados que se destina a crianças e jovens com doença prolongada sem possibilidade de cura. Através de uma abordagem holística dos cuidados, abrangem a componente física, emocional, social e psicológica, focando-se na melhoria da qualidade de vida da criança/jovem e suporte à sua família (Williams et al., 2015).

Objetivos: Compreender o desenvolvimento da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), especificamente ao nível dos cuidados paliativos pediátricos (CPP); identificar os grupos de crianças com necessidade de cuidados paliativos; identificar quais as unidades pediátricas prestadoras de cuidados paliativos em Portugal; comparar a realidade portuguesa com a de outros países europeus e identificar medidas que devem ser implementadas para a melhoria dos cuidados paliativos a crianças e jovens.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa bibliográfica nas bases de dados científicas CINAHL, Scielo e MEDLINE. Dos artigos encontrados foram selecionados 3, de acordo com os critérios de inclusão: publicados nos últimos 5 anos, idioma português ou inglês, disponíveis em texto integral e presença dos descritores no abstract. Foi ainda realizada uma pesquisa de documentos em organismos relevantes para a temática.

Resultados: A Sociedade Portuguesa de Pediatria (2014) refere 4 grandes grupos de situações em que os CPP estão indicados. Existe em Portugal 4 hospitais com equipas intra-hospitalares que prestam cuidados paliativos a adultos e crianças. Em Portugal, existe apenas uma unidade de cuidados continuados e paliativos exclusivamente pediátricos, a unidade *O Kastelo* que iniciou o seu funcionamento em junho de 2016 na cidade de Matosinhos. Comparando a realidade portuguesa com outros países europeus, podemos constatar que Portugal está um pouco mais desenvolvido que Espanha ao nível dos CPP, mas fica bastante aquém da realidade do Reino Unido, país mais avançado na prestação de cuidados paliativos a crianças e adultos. É fundamental que se criem unidades especializadas na prestação de CPP e se priorize a criação de equipas domiciliárias para prestação de cuidados a crianças e jovens que vivem durante vários anos com doenças crónicas graves e incapacitantes, que causam sofrimento físico e psicológico à criança/jovem e família.

Conclusões: É notável o investimento e desenvolvimento que tem existido ao nível dos CPP, no entanto, a resposta da RNCCI para a população pediátrica é ainda muito escassa e deficitária. A promoção do conforto e qualidade de vida a crianças e jovens com doenças graves e incapacitantes é uma tarefa difícil. Importa salientar a importância dos enfermeiros nas equipas multiprofissionais de cuidados paliativos, que pelas competências humanas, relacionais, científicas e técnicas que possuem, são os profissionais mais capacitados na arte do cuidar.

Palavras-chave: cuidados continuados; cuidados paliativos pediátricos; enfermagem

Referências bibliográficas: Conte, T., Mitton, C., Trenaman, L., Chavoshi, N., & Siden, H. (2015). Effect of pediatric palliative care programs on health care resource utilization and costs among with life-threatening conditions: A systematic review. *CMAJOpen*, 3(1), E66-75. doi:10.9778/cmajo.20140044

Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2014). *Relatório do grupo de trabalho do gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde: Cuidados paliativos pediátricos*. Recuperado de <http://www.apcp.com.pt/uploads/Relato-rio-do-GdT-de-CPP.pdf>

Williams, R., Lamson, A., Knight, S., White, M., Ballard, S., & Desai, P. (2015). Paediatric palliative care: A review of needs, obstacles and the future. *Journal of Nursing Management*, 23(1), 4-14. Recuperado de <http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=0&sid=9996b407-0ffd-45e1-a7d4-650c2e0f30e9%40sessionmgr102&bdata=JnNpdGU9ZWhvc3QtbnG12ZQ%3d%3d#AN=103870777&db=rzh>

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Licenciatura em Enfermagem, Estudante

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Estratégias utilizadas para promover a continuidade de cuidados em Pediatria

Diana Isabel Nunes Pinto

Laura Ferreira de Barros Duarte

Lúcia Daniela Almeida Marinha

Mylena da Cruz Araújo*, Susana Filomena Cardoso Duarte**

Introdução: Relacionado com o avanço tecnológico (Astolpho, Okido, & Lima, 2014) e a maior sobrevivência de crianças com patologias severas e potencialmente fatais (Huijer et al., 2009) assiste-se ao aumento de crianças com necessidades especiais de saúde. Os cuidados continuados permitem acompanhar a criança, o diagnóstico e tratamento precoces, acompanhar a adaptação após a alta hospitalar, incentivar o vínculo família-criança e fornecer suporte adequado. Contudo, esta assistência exige um suporte da rede de cuidados, nem sempre disponível (Braga & Sena, 2012).

Objetivos: Identificar as estratégias para promover a continuidade de cuidados em pediatria.

Metodologia: Revisão da literatura com recurso às bases de dados e plataformas MEDLINE, EBSCO e Google Académico. Os critérios de inclusão dos artigos para análise foram: artigos em língua portuguesa e inglesa e publicados nos últimos 10 anos. Assim, através desta pesquisa, seleccionámos 4 artigos e 2 relatórios em língua portuguesa e inglesa dos últimos 8 anos e procedemos à sua análise.

Resultados: As patologias pediátricas que necessitam de cuidados continuados são as oncológicas, neurodegenerativas, respiratórias e malformações cardíacas graves (Lacerda, 2012) e as doenças renais, as anomalias cromossómicas e patologias hematológicas (Huijer et al., 2009). Para assegurar a continuidade de cuidados, podem ser adotadas as seguintes estratégias (Braga & Sena, 2012; Melo, Ferreira, Lima, & Mello, 2014): equipa multiprofissional, feedback entre equipas, avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, contacto telefónico para identificar dúvidas, parceria entre serviços e famílias, construção de vínculos, educação dos pais, manutenção do contacto até que seja iniciada a primeira abordagem na comunidade, melhorar a comunicação entre os profissionais, enfermeiro de referência, visitas domiciliárias, comunicação entre os profissionais de saúde e os pais, capacitação dos pais para a prestação de cuidados, ambiente e recursos humanos adequados, oportunidade de participação ativa dos pais nos cuidados, integração dos pais na tomada de decisão.

Conclusões: Ainda que identificadas, as estratégias para a continuidade dos cuidados podem não ser implementadas devido a limitações económicas, humanas e organizacionais pelo que é necessário providenciar suporte organizacional e orientação específica (Melo et al., 2014). Igualmente, o foco nos aspetos biológicos reflete um cuidado fragmentado, negligenciando a interação com a família, estratégia essencial à continuidade dos cuidados (Braga & Sena, 2012). Quando a comunicação, a orientação e a capacitação é eficaz, há maior propensão para o envolvimento da família, favorecendo a adesão aos tratamentos e autonomia dos pais (Melo et al., 2014).

Palavras-chave: continuidade de cuidados; criança; pediatic; oncology; home care nursing; post-hospital care

Referências bibliográficas: Astolpho, M., Okido, A., & Lima, R. (2014). *Rede de cuidados a crianças com necessidades especiais de saúde*. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n2/0034-7167-reben-67-02-0213.pdf>

Braga, P., & Sena, R. (2012). Estratégias para efetivar a continuidade do cuidado pós-alta ao prematuro: Revisão integrativa. Recuperado http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000600023

Huijer, H., Benini, F., Ferraris, P., Craig, F., Kuttner, L., Wood, C., & Zernikow, B. (2009). Cuidados paliativos para recém-nascidos, crianças e jovens. Recuperado de http://www.spp.pt/UserFiles/file/Comissoes_SPP/Cuidados_Paliativos_RN_Crianças_Jovens.pdf

Lacerda, A. (2012). A importância de cuidados paliativos em pediatria. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(5), 90-95. Recuperado de <http://actapediatrica.spp.pt/article/viewFile/2644/2235>

Melo, E., Ferreira, P., Lima, R., & Mello, D. (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/pt_0104-1169-rlae-22-03-00432.pdf.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** ESENF, UCP Enfermagem do Idoso, Professor Adjunto

Estudo de caso de uma criança com convulsões febris após quadro de gastroenterite aguda: intervenções de enfermagem

Ana Rita Cruz Teixeira, Joana Raquel Brito da Costa
Suzana Abreu Freitas*, Jorge Manuel Amado Apóstolo**
Marta Sofia Meireles Ribeiro Gomes***

Introdução: AD, criança do género masculino, raça caucasiana, 21 meses, deu entrada no serviço de Urgência a 10/05/2017 às 15h30, por convulsões febris, segundo episódio, após gastroenterite aguda com febre, vômitos e diarreia, e tratamento em internamento com rehidratação oral. Respondeu bem à terapêutica e reinício de dieta, mas desencadeou convulsões febris simples. Estas cederam com administração de diazepam retal. Ficou na unidade de internamento de curta duração (UICD) para observação e vigilância. Realizada punção lombar com resultados negativos para as hipóteses de meningite e encefalite.

Objetivos: A realização deste trabalho tem como objetivos: apresentar um caso clínico de enfermagem, identificando principais focos de enfermagem, determinando as principais áreas de atenção e/ou diagnósticos de enfermagem, as respetivas intervenções e avaliação da efetividade das mesmas.

Metodologia: Para caracterização da criança e sua família, tivemos como referência o modelo conceptual de enfermagem de Roper, Logan, e Tierney (2001), utilizando como instrumentos de colheita de dados a entrevista aos pais, o exame físico e a história clínica anterior e atual, obtida do processo e validada com os pais. A partir da apreciação inicial foram analisados os dados e identificados os focos e/ou diagnósticos, tendo em conta os elementos definidores. De seguida prescreveram-se as intervenções de enfermagem e avaliaram-se os resultados obtidos.

Resultados: As áreas de atenção identificadas foram: alimentação, pois a criança encontrava-se em reinício de dieta pós gastroenterite; eliminação, por apresentar dejeções diarreicas; estado de consciência, por recidiva de convulsões febris. Através das respostas e elementos ligados a estas áreas de atenção formulámos os seguintes diagnósticos de enfermagem: risco de convulsões febris e risco de défice de ingestão nutricional em grau reduzido. As intervenções de enfermagem prescritas foram: implementar regime de gestão de convulsões (segurança e administração de antipiréticos, se temperatura maior que 38°C) início às 16h30; reforçar ensino aos pais sobre regime dietético uma vez/turno; incentivar e vigiar a ingestão hídrica e dieta entre e durante as refeições; vigilância dos parâmetros vitais (monitorização da temperatura corporal, tensão arterial, frequência cardíaca, saturação periférica de oxigénio, dor e avaliação da respiração) uma vez/turno. Face à ausência de novas convulsões, febre e tolerância à dieta a criança teve alta, tendo sido eficazes as intervenções medidas implementadas.

Conclusões: Foi analisado um caso de uma criança internada em UICD devido a convulsões febris e após quadro de gastroenterite aguda. Evidenciamos que a colheita de dados teve como referencial conceptual o modelo de atividades de vida, sendo que da informação colhida vieram a resultar diagnósticos e prescrições de enfermagem. Destacaram-se ainda outras atividades de caráter colaborativo, essenciais para os resultados obtidos. Este caso clínico em UICD demonstrou ainda como é possível implementar, de uma forma ordenada e sistemática, intervenções capazes de produzir resultados em saúde, mesmo em contextos tão específicos quanto o desta situação.

Palavras-chave: criança; convulsão; vômitos; diarreia

Referências bibliográficas: Roper, N., Logan, W., & Tierney, A. J. (2001). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney: Baseado nas atividades de vida diária*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermagem de Saúde da Criança e do Adolescente, Professor Coordenador [japostolo@esenfc.pt]

*** CHUC- Hospital Pediátrico, Pediátrico, enfermeira

Monitorização da dor em cuidados intensivos neonatais e pediátricos: uma experiência institucional

Manuela Amaral-Bastos*

Beatriz Vilela**, Cármen Cardoso***

Juvenália Sanches Tavares****

Introdução: A dor, ao ser considerada 5º sinal vital em 2003, obriga à sua mensuração, registo e implementação de medidas adequadas para a minimizar e controlar, constituindo um desafio para os profissionais de saúde que cuidam de utentes em idade pediátrica. Segundo Amaral-Bastos e Sousa (2014), uma exigência profissional que reconhece a criança como pessoa a quem se disponibiliza um cuidado personalizado, de forma a que os cuidados prestados se encontrem cada vez mais no caminho da excelência.

Objetivos: Apresentar o percurso para elaboração e implementação do protocolo de orientação clínica (POC) sobre avaliação e controlo da dor aguda no doente pediátrico desenvolvido no Centro Hospitalar do Porto (CHP); divulgar alguns conteúdos do POC e apresentar resultados da última monitorização efetuada aos registos do serviço de cuidados intensivos pediátricos (SCIP) e do serviço de cuidados intensivos neonatais (SCIN).

Metodologia: Em 2011 foi criado um grupo de trabalho constituído por médicos e enfermeiros (anestesiologia, cirurgia, cuidados intensivos e pediatria) que elaborou o POC. Previamente à implementação houve um período de discussão e formação a médicos e enfermeiros prestadores de cuidados a crianças. O POC entrou em vigor a 1/06/2013, foi revisto em 2016 e foram efetuadas monitorizações pontuais aos registos. No final de 2016 efetuamos um levantamento retrospectivo dos registos da dor dos dias 4, 12, 20 e 28/01/2016 no SCIP (29 crianças) e no SCIN (79 recém-nascidos).

Resultados: O POC apresenta as escalas de avaliação da dor (EDDIN, N-PASS, NIPS, FLACC, FLACC-R, Faces, EVA e Numérica) define critérios de seleção, metodologia de avaliação, registo de intensidade, intervenções farmacológicas e não farmacológicas e define estratégias de atuação em procedimentos dolorosos. Definimos 3 indicadores: (i) intervenção avaliar dor - no SCIP 93,3% das crianças tinham intervenção programada e no SCIN 96,2%; (ii) avaliação da dor em 3 turnos nas 24h - no SCIP foi avaliada a dor a 66,8% das crianças e no SCIN a 90%; (iii) intensidade da dor - no SCIP 29,6% das crianças tiveram dor ligeira, 22,2% moderada e 11,1% intensa, no SCIN 78,9% tiveram dor ligeira e 12,7% moderada. Relativamente às escalas utilizadas verificamos que no SCIP a FLACC-R foi aplicada a 38,4% das crianças, a EDIN a 30,8%, a FLACC a 15,4% e escalas de autoavaliação a 15,4%. No SCIN, a 95,9% das crianças foi aplicada a escala de EDIN e a 4,1% a N-PASS.

Conclusões: A avaliação e controlo da dor é uma mais-valia para a instituição e para as crianças/família a quem se disponibilizam cuidados de saúde. Os resultados obtidos evidenciam maior percentagem de crianças com avaliação de dor, crianças sem dor intensa, mais crianças com dor ligeira ou moderada que o encontrado em literatura nacional (Batalha, 2013; Batalha et al., 2014), talvez pelas características das unidades de cuidados intensivos. Os resultados encontrados, embora aquém das expectativas, resultam do percurso institucional efetuado e indicam aspetos a melhorarem. Aguardamos também que a atualização dos sistemas de informação possibilite registos e resultados mais adequados.

Palavras-chave: cuidados de enfermagem; dor; informática em enfermagem; medição da dor; manejo da dor; cuidados intensivos

Referências bibliográficas: Amaral-Bastos, M., & Sousa, C. (2014). Valorizar a dor da criança: Uma reflexão voltada para a prática.

Nascer e Crescer, 23(4), 190-194. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/nas/v23n4/v23n4a03.pdf>

Batalha, L. (2013). Avaliação e controlo da dor em pediatria: uma década. *Saúde & Tecnologia, Sup.*, e16-e21. Recuperado de <https://web.estesl.ipl.pt/ojs/index.php/ST/article/view/844/834>

Batalha, L., Costa, P., Reis, G., Jacinto, F., Machado, R., & Santos, P. (2014). Dor pediátrica em Portugal: Resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45(2), 99-106. Recuperado de <http://actapediatrica.spp.pt/article/view/2723>

* UCP/ Instituto Ciências da Saúde; Centro Interdisciplinar de Investigação em Saúde; Centro Hospitalar do Porto/Centro Materno Infantil do Norte, Departamento da Infância e Adolescência, Enfº Especialista em Saúde Infantil e Pediatria [marianuellaamaral@gmail.com]

** CMIN, Neonatologia, Enfermeira

*** CHP/CMIN, Departamento da Infância e Adolescência; Grupo Dor Aguda Pediátrica, Enfermeira Especialista

**** CHP/CMIN, Departamento da Infância e Adolescência; Grupo Dor Aguda Pediátrica, Enfermeira Especialista

O Medo da criança e sua família em pediatria oncológica

Juliana Cristina Vieira Azevedo*

Diana Cristina Almeida Ribeiro**

Cláudia Isabel Moreira da Silva***

Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba****

Introdução: O conceito de medo em pediatria engloba aspetos psicoafetivos que evidenciam questões relacionadas, não só com a relação pais-filhos, mas, do mesmo modo, com a ocorrência de um internamento. Em situação de doença oncológica na criança, é fundamental perceber as causas e manifestações associadas a esta emoção negativa, compreendendo de que forma os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros podem intervir, potenciando que a reação ao medo tenha o menor impacto possível na criança e sua família.

Objetivos: Compreender a dimensão do medo nas diferentes fases de desenvolvimento da criança; perceber qual a influência do medo infantil na relação pais-filhos; identificar qual a percepção dos pais relativamente à possibilidade de recidiva oncológica dos filhos e identificar o medo da morte, nos pais de crianças com patologia oncológica associada.

Metodologia: Revisão da literatura através da pesquisa recorrendo ao motor de busca b-on e consulta de publicações de revistas científicas existentes na biblioteca física da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. A pesquisa foi limitada a um período temporal de 10 anos (2007-2017), tendo sido ampliada para a inclusão de conceitos científicos de documentos anteriores. Foram selecionados artigos que se apresentavam em conformidade com os objetivos predefinidos.

Resultados: O medo constitui um foco de diagnóstico essencial da condição emocional da pessoa, associado a conceitos como a fobia, ansiedade, angústia, pânico, pavor noturno, entre outros. Está, frequentemente, associado à hospitalização da criança e família, desencadeando uma crise emocional, decorrente da separação do seu ambiente, das rotinas habituais, da perda da autonomia, assim como, induz o contacto com pessoas desconhecidas. Em crianças, a manifestação do medo está dependente do seu desenvolvimento cognitivo e emocional, sendo resultado de um processo de aprendizagem e/ou de uma interação entre predisposição inata e fatores do meio. Nesta perspetiva, o relacionamento com os pais, que engloba aspetos como a função de apoio, a proteção e a responsabilidade, é fundamental, pois, estes possuem a ligação e a confiança passíveis de potenciar a diminuição dos receios na criança. Aquando da patologia oncológica na criança e, após a sua cura, os pais adotam um comportamento de hipervigilância, de modo a conseguirem, previamente, detetar possíveis manifestações de recidiva da doença.

Conclusões: O medo é uma emoção negativa que requer adaptação ao longo do desenvolvimento vital e, por isso, é necessário reunir competências, no sentido de auxiliar a criança e a sua família a ultrapassar situações onde o medo se encontra presente, sem que este se efetive negativamente. Neste sentido, o papel do enfermeiro é fundamental, uma vez que, detém estratégias para ajudar a ultrapassar a existência desta emoção negativa como, do mesmo modo, possui competências para instruir os pais, atenuando o seu sofrimento e esclarecendo dúvidas e questões existentes relativas à patologia e aos cuidados aquando do internamento.

Palavras-chave: child; medical oncology; fear; recurrence

Referências bibliográficas: Gullone, E. (1998). Medos normais em crianças e adolescentes. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 32(2), 35-58.

Machado, C., & Sousa, P. (2007). O medo da criança/família perante o internamento numa UCI pediátrica: Que intervenção em enfermagem?. *Servir*, 5(4-5), 157-165.

Machado, M. J. (2014). *Vivência familiar da recidiva oncológica: A perspetiva dos profissionais de pediatria* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Instituto de Educação, Portugal.

Silva, J. E. (2011). *Intervenções do enfermeiro para reduzir o medo das crianças na enfermagem de cuidados de saúde primários* (Trabalho de licenciatura). Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, Porto, Portugal. Recuperado de http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2670/3/T_18503.pdf

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enf. Saúde Criança e Adolescente, Professor Adjunto [mlomba@esenfc.pt]

Prevenção de úlceras de pressão em cuidados intensivos pediátricos

Maria Eduarda Fortes Correia*

Sandra Ilda Morais Lopes**

Margarida Lourenço***

Graça Paula Gil Trindade

Introdução: As úlceras de pressão são um importante problema de saúde pública, sendo consideradas um indicador de maus cuidados de saúde. Na população pediátrica esta realidade nem sempre é valorizada pelos profissionais de saúde, constituindo um fator de risco a que as crianças e adolescentes estão sujeitos. Apesar de pouco frequentes na população pediátrica hospitalizada a ocorrência de úlceras de pressão é maior em crianças que estão criticamente doentes.

Objetivos: Identificar quais as medidas preventivas mais eficazes a adotar em crianças e adolescentes internados em cuidados intensivos com risco de adquirir úlceras de pressão.

Metodologia: Realizou-se uma pesquisa bibliográfica e uma revisão da literatura, tendo sido efetuadas pesquisas bibliográficas *online* através dos motores de busca e em diferentes bases de dados.

Resultados: Na prevenção de úlceras de pressão otimizamos a tolerância dos tecidos, minimizando as forças de fricção e deslizamento, aliviando a pressão, gerindo a humidade e mantendo uma nutrição adequada. Estas medidas contribuem para a diminuição da prevalência e incidência das úlceras de pressão em idade pediátrica. Na nossa unidade, para a avaliação do risco, utilizamos a escala de Braden Q, para a avaliação da pele utilizamos o instrumento de avaliação da pele e relativamente às intervenções preventivas (posicionamentos, utilização de equipamentos/dispositivos de prevenção e nutrição) procuramos ir ao encontro das necessidades de cada criança, estabelecendo um plano de cuidados individualizado.

Conclusões: Segundo as *guidelines* internacionais existem 5 aspetos nos quais, os enfermeiros, podem intervir: avaliação do risco, avaliação da pele, posicionamentos, utilização de equipamentos/dispositivos de prevenção e nutrição. A utilização de abordagens que promovam medidas preventivas de úlceras de pressão requer o desenvolvimento contínuo de competências dos enfermeiros, mas, essencialmente o reconhecimento da importância da prevenção para uma melhor qualidade de vida das crianças e adolescentes.

Palavras-chave: úlcera de pressão; pediatria

Referências bibliográficas: European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Ulcer Advisory Panel. (2009).

Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide. Washington, USA: Author.

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014).

Prevention and treatment of pressure ulcers: Quick reference guide. Osborne Park, Western Australia: Cambridge Media.

Rocha, M. J., Proença, E., Cunha, A., & Coelho, C. (2006). *Feridas uma arte secular: Avanços tecnológicos no tratamento de feridas* (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Minerva.

* CHUC, Pediátrico, Prestação de cuidados

** Hospital Pediátrico de Coimbra, Pediátrico, Enfermeira

*** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Pediatrico - Unidade de Cuidados Intensivos, Enfermeira

Processo diagnóstico focado no desempenho parental: crianças com necessidades especiais permanentes

Joana Raquel Fernandes Regufe*

Paula Cristina Moreira Mesquita de Sousa**

Ana Luísa Ramos Antunes***

Introdução: O foco papel parental apresenta enorme relevância na atuação autónoma de enfermagem no contexto das transições vivenciadas na parentalidade. Aquando da inauguração de necessidades especiais permanentes na criança, o enfermeiro é preponderante na facilitação da adaptação parental à nova condição. A investigação no âmbito dos sistemas de informação em enfermagem deixa evidente a necessidade de desenvolver modelos clínicos de dados que descrevam os dados, diagnósticos, intervenções e resultados de enfermagem, apoiando a decisão clínica e influenciando melhores padrões de qualidade.

Objetivos: Este estudo pretende confluir para o desenvolvimento de parte de um modelo clínico de dados centrado no domínio das intencionalidades terapêuticas envolvidas na parceria de cuidados entre enfermeiros e pais de crianças com necessidades especiais permanentes. Assim, procuramos definir o conjunto de dados e de diagnósticos de enfermagem relativos ao exercício do papel parental neste contexto.

Metodologia: Trata-se de um estudo assente no paradigma qualitativo, de natureza descritiva e exploratória, cuja estratégia se centrou na análise de conteúdo, com categorias definidas à priori com base em referencial teórico. O corpus de análise constitui-se por diagnósticos e intervenções de enfermagem provenientes das customizações nacionais do sistema de apoio à prática de enfermagem e associados ao foco papel parental, referentes a janeiro e fevereiro de 2013.

Resultados: A análise possibilitou-nos evoluir para a definição do conjunto major de dados que permitem a avaliação e caracterização do papel parental em condição especial permanente, bem como identificar os diagnósticos que emergem desses dados. Conclui-se que a atividade diagnóstica deve contemplar um conjunto de dados relativos (1) ao estado e padrão das necessidades da criança (alimentação, higiene, conforto, sono, exercício, segurança, afetividade, desenvolvimento infantil, processos corporais, regime medicamentoso e dispositivos); (2) ao conhecimento e capacidade parental para satisfazer essas necessidades; (3) à consciencialização e significados atribuídos pelos pais quanto à reformulação da forma como satisfazem as necessidades do filho; e (4) aos aspetos relativos à transição parental, como os recursos pessoais, a disponibilidade para aprender, a consciencialização das mudanças no papel e os significados atribuídos às mesmas.

Conclusões: A valorização de dados desta natureza viabiliza a formulação de diagnósticos direcionados para as oportunidades de desenvolvimento de competências que permitam atingir mestria parental. Este estudo permitiu-nos propor o conjunto major de dados e os diagnósticos de enfermagem que poderão incorporar um modelo clínico de dados, promotor da parentalidade em condição especial permanente e potenciador de uma conceção de cuidados mais integradora do conhecimento próprio da disciplina de enfermagem.

Palavras-chave: papel parental; transições na parentalidade; necessidades especiais permanentes; sistemas de informação enfermagem; modelo clínico de dados

Referências bibliográficas: Meleis, A., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hillinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28.

Paiva, A., Cardoso, A., Sequeira, C., Morais, E. J., Bastos, F., Pereira, F., ... Marques, P. (2014). *Análise da parametrização nacional do sistema de apoio à prática de enfermagem*. SAPE. Porto, Portugal: ESEP.

Sousa, P. (2012). *O exercício parental durante a hospitalização do filho: Intencionalidades terapêuticas de enfermagem face à parceria de cuidados* (Tese de doutoramento). Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal.

Sousa, P. (2012). Sistemas de informação em enfermagem: Novos desafios, novas oportunidades. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(5). doi:10.1590/S0080-62342012000500001

* Centro Hospitalar de São João, Hospital Pediátrico Integrado - Unidade de Cuidados Intensivos Pediatria, Enfermeira

** Escola Superior de Enfermagem do Porto, Área científica de saúde infantil e pediatria, Professora Adjunta

*** Unidade Local de Saúde de Matosinhos, Departamento da Mulher, da Criança e do Jovem, Serviço de Pediatria

Processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com cancro durante o tratamento: importância dos cuidados de suporte

Manuel Gonçalves Henriques Gameiro*

Introdução: O cancro na adolescência é uma experiência especialmente difícil. Os adolescentes podem ter já competências cognitivas para perceber a dimensão da ameaça, mas ainda não adquiriram maturidade e experiência de vida que lhes sirvam de referência de autoeficácia. Todavia, é reconhecido que, de um modo geral, demonstram resiliência e capacidade para continuar a investir positivamente, ao longo do demorado e penoso tempo de tratamento.

Objetivos: Apresentar um modelo sinopse de uma teoria fundamentada nos dados, compreensiva dos processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com cancro durante o tratamento.

Metodologia: A teoria que suporta o modelo que apresentamos baseia-se numa investigação qualitativa (Grounded Theory). A amostra foi constituída por 27 testemunhos acerca das experiências de 23 adolescentes com leucemia ou linfoma, por amostragem propositada e teórica.

Resultados: Os resultados permitiram compor um arquétipo compreensivo das experiências e processos adaptativos dos adolescentes em tratamento de doença oncológica, em que se destacam 3 movimentos adaptativos fundamentais, complementares e interativos: a) esforços de autorregulação e ajustamento à situação de doença; b) esforços adaptativos para promover e manter um estado disposicional positivo; e c) esforços adaptativos em condição de sofrimento referencial. Estes movimentos são determinados principalmente por experiências subjetivas de mal-estar, stresse intenso e de sofrimento e, também, pela necessidade de viver experiências de satisfação (hedónicas e eudaimónicas). No quadro dos movimentos identificados, os adolescentes geram e mobilizam estratégias diversas que operacionalizam os esforços adaptativos: estratégias gerais para enfrentar e superar a situação de doença e tratamento, estratégias específicas para promover e manter um estado disposicional positivo” e estratégias específicas para lidar com situações de sofrimento referencial; e são ativados os recursos de suporte afetivo, relacional e técnico-profissional.

Conclusões: As estratégias e os recursos adaptativos dos adolescentes com cancro são operacionalizados através de múltiplas ações e interações significativas face à situação, que são explicitadas e exemplificadas no desenvolvimento da teoria. O conhecimento pelos profissionais (nomeadamente os enfermeiros) dos movimentos, estratégias e recursos de transição adaptativa que fazem parte do repertório dos adolescentes com doença oncológica durante o tratamento é importante para a sua identificação em ação, facilitação e reforço. A teoria desenvolvida corresponde a uma representação situada das necessidades e recursos de suporte (paliativos) destes adolescentes.

Palavras-chave: adolescentes; cancro; adaptação; cuidados de suporte; cuidados paliativos; enfermagem

Referências bibliográficas: Gameiro, M. G. (2012). Adaptação dos adolescentes com cancro na fase de tratamento: Uma revisão da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(8), 135-146. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/revserIn8/serIn8a14.pdf>

Gameiro, M. G. (2016). *Processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com doença onco-hematológica durante o tratamento* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.

Gameiro, M. G., & Lopes, M. J. (2015). Promover um estado disposicional positivo: Um movimento adaptativo essencial em adolescentes com doença onco-hematológica. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(7), 101-111. Recuperado de http://www.redalyc.org/pdf/3882/388243209014_2.pdf

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, UCP - ESCA, Professor

Sedação em contexto pediátrico: papel do enfermeiro

Carolina Santana Gonçalves*

Rita Vilalobos Nascimento Tavares Pinto**

José Tiago de Abreu Duarte***

Maria de Lurdes Lopes de Freitas Lomba****

Introdução: Segundo Deeter et al. (2011), a sedação é uma das intervenções mais comuns e importantes nos cuidados prestados a crianças/adolescentes em estado crítico para o alívio de sintomas como a agitação, ansiedade, stress e dor e também para a realização de procedimentos traumáticos e cirúrgicos.

Objetivos: Compreender quais as particularidades da sedação em contexto pediátrico, bem como conhecer o papel do enfermeiro perante uma criança/adolescente sedada e quais os seus principais focos de intervenção.

Metodologia: Este estudo trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, realizada a 25 de março de 2017 nas bases de dados científicas eletrónicas (PubMed, ScienceDirect, MEDLINE e SciELO), através dos motores de busca b-on, EBSCOhost e Google Académico. Como critérios de inclusão foram definidos: artigos no idioma português, inglês ou espanhol; artigos cuja população tenha idade entre os 0 e os 18 anos de idade, inclusive, e artigos relacionados com a temática e que abordem a sedação pediátrica. Os artigos anteriores a 2011 foram excluídos.

Resultados: Com o objetivo de obter uma sedação adequada e segura, é necessário que exista a priori uma avaliação realizada pelo enfermeiro que deve incluir a história de saúde atual, antecedentes de saúde, identificação de potenciais riscos, valores base dos sinais vitais, bem como um exame físico completo com foco em elementos que possam representar potenciais complicações durante a sedação. Durante a sedação, o enfermeiro deve focar-se na monitorização da criança que, dependendo do nível de sedação, pode ser realizada através da utilização de dispositivos e escalas. Devem ser identificados focos de intervenção com o objetivo de definir diagnósticos e intervenções de enfermagem relacionados com a criança sedada como por exemplo, o risco de úlcera de pressão, queda, obstipação e relação criança-família comprometida; dor ou agitação.

Conclusões: Esta revisão possibilita a compreensão da importância da prestação de cuidados especializados à criança sedada e auxilia na identificação de focos e intervenções de enfermagem perante a mesma. É fundamental para o enfermeiro conhecer métodos que assegurem uma sedação segura e com uma boa recuperação, pelo que a criação de diretrizes para este procedimento poderá melhorar os cuidados de saúde.

Palavras-chave: sedação; pediatria; cuidados de enfermagem; unidade de cuidados intensivos

Referências bibliográficas: Daud, Y. N., & Carlson, D. W. (2014). Pediatric sedation. *Pediatric Clinics of North America*, 61(4), 703-717.

Deeter, K. H., King, M. A., Ridling, D., Irby, G. L., Lynn, A. M., & Zimmerman, J. J. (2011). Successful implementation of a pediatric sedation protocol for mechanically ventilated patients. *Critical Care Medicine*, 39(4), 683-688. doi:10.1097/CCM.0b013e318206cebf

Vet, N. J., Ista, E., de Wildt, S. N., van Dijk, M., Tibboel, D., & de Hoog, M. (2013). Optimal sedation in pediatric intensive care patients: A systematic review. *Intensive Care Medicine*, 39(9), 1524-1534. doi:10.1007/s00134-013-2971-3

* Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

*** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

**** Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enf. Saúde Criança e Adolescente, Professor Adjunto [mlomba@esenfc.pt]

Tenho Diabetes: e agora?

Carolina Ventura Valério Nobre*

Joana Isabel Simões Mariano**

Introdução: Das doenças crónicas da infância, a diabetes *mellitus* tipo 1 é uma das mais comuns, trazendo repercussões nos hábitos de vida das crianças e seus pais. Neste sentido, a equipa de enfermagem tem como objetivo capacitar estas crianças e famílias através de uma gestão eficaz do regime terapêutico. O presente trabalho resultou do acompanhamento de um adolescente de 13 anos com um episódio inaugural de diabetes *mellitus* tipo 1.

Objetivos: Apresentar um estudo de caso evidenciando um plano de cuidados dirigido ao adolescente e família, com os seguintes objetivos: capacitar os pais e adolescente para a gestão do regime terapêutico, ensinar, instruir e treinar procedimentos e capacidades relacionados com diabetes *mellitus* tipo 1; Promover a autonomia do adolescente e da sua família, evitar o reinternamento por complicações da doença ou por incumprimento do regime terapêutico.

Metodologia: Avaliação segundo o Modelo Conceptual de Nancy Roper e identificação diagnósticos de enfermagem, através da utilização de linguagem classificada, perante o seguinte caso clínico: adolescente de 13 anos, internado no serviço de pediatria médica no dia 24 de janeiro de 2017, com o diagnóstico de diabetes *mellitus* tipo 1, episódio inaugural. Adolescente e família não têm conhecimento e capacidade na gestão do regime terapêutico.

Resultados: Após a avaliação deste adolescente e sua família, verificou-se que estes não possuem conhecimento sobre a diabetes nem sobre os procedimentos inerentes a esta. Deste modo, a atividade de vida manter um ambiente seguro estava dependente. No que diz respeito ao adolescente, os diagnósticos de enfermagem identificados foram: conhecimento do adolescente sobre a Diabetes, o regime dietético, monitorização de glicémia, e administração de insulina não demonstrado; aprendizagem de capacidades do adolescente sobre o regime dietético, monitorização de glicémia, e administração de insulina não demonstrado. Relativamente aos pais, forma identificados: conhecimento dos pais adolescente sobre o regime dietético, monitorização de glicémia, e administração de insulina não-demonstrado; aprendizagem de capacidades dos pais sobre o regime dietético, monitorização de glicémia, e administração de insulina não-demonstrado. Após a prescrição de intervenções autónomas de enfermagem dirigidas ao adolescente e família, no âmbito do ensino, instrução e treino, alcançou-se assim uma evolução positiva dos diagnósticos supracitados, no espaço temporal de 6 dias.

Conclusões: Após a implementação deste plano de cuidados conseguiu-se atingir os objetivos inicialmente propostos sendo que, ao fim de 6 dias, o adolescente e os seus pais apresentaram Conhecimento e Capacidades para uma gestão do regime terapêutico eficaz. Deste modo, tiveram alta clínica com segurança, sendo autónomos nos procedimentos inerentes à patologia. O adolescente regressou à sua comunidade escolar e não teve nenhum reinternamento até à data.

Palavras-chave: papel parental; adolescente; diabetes mellitus

Referências bibliográficas: International Council of Nurses (2017). Browser CIPE. [em linha] *International Council of Nurses (ICN)*. Acedido Maio 8, 2017, em <http://www.icn.ch/ICNPBrowser-NEW.html>

Roper, N., Thierney, A. J., & Longan, W. (2004). *O modelo de enfermagem Roper-Logan-Tierney*. Lisboa, Portugal: Climepsi.

* Hospital Pediátrico de Coimbra, Serviço de Pediatria Médica, Enfermeira [carolinavnobre@gmail.com]

** Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, EPE, Pediatria Médica, Enfermeira [joana.i.s.mariano@gmail.com]



Referência
REVISTA DE ENFERMAGEM | JOURNAL OF NURSING

CONFERÊNCIAS

CONFERENCES

CONFERENCIAS

PAINEL: “MODELOS E ESTRATÉGIAS EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E DESENVOLVIMENTO EM AMBIENTE COMUNITÁRIO”

A entrevista motivacional

Maria de Lurdes Lomba*

O tema desta comunicação refere-se à entrevista motivacional (EM), sendo, no entanto, esta abordagem centrada na sua aplicação ao grupo de adolescentes.

Cada vez mais os problemas de saúde da população em geral resultam de estilos de vida pouco saudáveis, ligados à adoção de comportamentos de risco para a saúde. Centralizando a análise na idade pediátrica, nomeadamente na adolescência, tem-se que esta é a faixa etária mais saudável, sendo que os problemas de saúde nesta idade, advêm em grande parte da adoção de comportamentos de risco. Deste fato decorre a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem técnicas e estilos de intervenções especificamente dirigidos para a promoção de comportamentos saudáveis e para a prevenção de comportamentos de risco, sendo a EM uma estratégia que permite a consecução deste objetivo.

A EM também conhecida como intervenção motivacional (IM) ou *motivational enhancement therapy* (MET) é uma técnica desenvolvida e descrita pela primeira vez em 1983 por Miller e Rollnick citados por Lomba, Kroll, Apóstolo, Gameiro, e Apóstolo (2016) e trata-se de uma intervenção terapêutica que visa estimular a mudança de comportamentos. É uma técnica relativamente simples, de baixo custo por não exigir muitas sessões (é considerada por muitos autores como sendo uma intervenção breve), e de fácil acesso e treino dos terapeutas. A EM é, tal como descrito em vários estudos, particularmente eficaz na intervenção em adolescentes, nomeadamente no consumo de substâncias psicoativas, na adesão terapêutica em situação de doenças crónicas, na prevenção de comportamentos sexuais de risco, comportamentos suicidários, obesidade e outros comportamentos de risco para a saúde, por criar oportunidades no adolescente de aumentar o seu sentido de autonomia (Burke, O'Sullivan, & Vaughan, 2005; Chung, Burke, & Goodman, 2010).

De fato, a adolescência é uma época marcada por inúmeras transformações, descobertas, ruturas e aprendizagens e representa a transição da dependência infantil para a autonomia adulta. Esta etapa do desenvolvimento caracteriza-se pela busca de si mesmo e da identidade própria, pela separação progressiva dos pais e vinculação com o grupo, pelo desenvolvimento do pensamento abstrato e pela evolução da sexualidade, mas é também uma vivência temporal singular, por vezes marcada por uma forte atitude social reivindicatória, constantes flutuações de humor, indecisões e contradições sucessivas. Por outro lado, as alterações na autonomia, a evolução da sexualidade e outros fatores desenvolvimentais levam a que alguns adolescentes tenham sentimentos de insatisfação, não só com o seu corpo, mas também com o ambiente e com as relações que estabelecem. Estes processos paradoxais de transformações sociocognitivas, relacionais, afetivas, sexuais e identitárias, em conjunto com mudanças físicas e hormonais não ocorrem sem angústia ou conflitos e fazem com que a adolescência seja em particular um período de riscos, vulnerabilidades e instabilidades.

No que toca à relação com a sua saúde, os adolescentes tendem frequentemente a minimizar ou a negar os problemas, raramente procuram ajuda por iniciativa própria e acham que tudo vai passar e que nada de mal lhes vai acontecer ou se perpetuar. Por estes motivos, é comum os adolescentes terem uma baixa motivação para a procura dos serviços de saúde ou até mesmo para o tratamento psicoterapêutico. Neste contexto, os adolescentes são considerados em ambiente terapêutico os pacientes mais difíceis de trabalhar: são os que oferecem mais hostilidade, maior desconfiança e outras formas de resistências, além de baixa motivação para tratamento. Em parte estes comportamentos ocorrem por estarem ainda a iniciar o processo de desenvolvimento das suas habilidades sociais e cognitivas, os seus modelos de relacionamento e a adquirir habilidade para demonstrar seus sentimentos (Claro et al., 2013).

No entanto, sendo a adolescência um período crucial para o desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro, a Ordem dos Enfermeiros, Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2010) sublinha, no documento *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, que a presença do adolescente no serviço de saúde é uma boa oportunidade para a promoção de comportamentos

* Prof.^a Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

saudáveis, prevenção de comportamentos de risco e potenciação de aprendizagens. Neste contexto, considera que a entrevista deve constituir uma parte essencial no atendimento de enfermagem ao adolescente, recomendando a EM como uma estratégia a ser usada durante essa mesma entrevista. A Ordem dos Enfermeiros vai ainda mais longe, ao definir a EM como o tipo de entrevista clínica que pretende influenciar a conduta do adolescente, respeitando os seus pontos de vista e liberdade de escolha, e assim sendo, afirma ser o tipo de entrevista que responde ao objetivo de promoção da saúde do adolescente numa perspetiva integral.

De fato, a EM é uma técnica terapêutica promissora nos adolescentes e a razão pela qual a EM tem oferecido boas perspetivas para o tratamento desse público está relacionada com os seus princípios, a saber:

- Expressar empatia. Implica compreender as motivações, os valores e a perspetiva do adolescente. Faz-se aceitando o estado atual do adolescente e usando uma linguagem de não julgamento para discutir os comportamentos negativos de saúde e a mudança. Envolve ver o mundo através dos olhos do adolescente.
- Desenvolver discrepâncias. Implica evocar e explorar a perceção do adolescente acerca da sua situação (comportamento atual e consequências), soluções e motivação para a mudança. Ou seja, desenvolver a discrepância entre as metas desejadas e os comportamentos a serem modificados.
- Lidar com a resistência. No sentido de trabalhar com a resistência do adolescente à mudança. Se se discute com o adolescente as mudanças e este resiste e argumenta no sentido contrário, este é um bom indicador de que se está a ir mal. O ser humano tende a acreditar naquilo que ele próprio diz: quanto mais o adolescente verbaliza as desvantagens da mudança mais se engaja no *status quo*. Assim, na EM evita-se a confrontação para não aumentar a resistência ao tratamento. Argumentar leva a que o adolescente se torne defensivo e que perca a confiança no terapeuta.
- Estimular a autoeficácia. Consiste em ajudar o adolescente a explorar como ele pode fazer as mudanças a partir das suas próprias ideias e recursos. Implica fortalecer a crença positiva que o adolescente possui quanto às suas competências, condições e estratégias para fazer mudanças.

A EM tem também boas perspetivas na população adolescente pelas suas características técnicas, baseadas nas atitudes do terapeuta, nomeadamente o uso de:

- Questões abertas. Provoca um sentimento de aceitação incondicional e permite a livre expressão do adolescente. Facilita a exploração do problema, o clarificar/analisar incongruências e explorar a ambivalência.
- Escuta reflexiva. Permite descodificar o universo de significados do adolescente. Difer de ouvir: implica um interesse genuíno no que o adolescente diz.
- Apoiar. Reforça o sentimento de aceitação e diminui a ansiedade e o medo.
- Sumariar. Assegura que foi captada a perspetiva do adolescente e permite reforçar a discrepância entre situação atual / situação alternativa.
- Descadear autoafirmações motivacionais. É a estratégia mais direta e específica da EM, já que o terapeuta mantém um propósito e uma direção (que é auxiliar o adolescente a lidar com a sua ambivalência e consequentemente possibilitar mudança; Rollnick, Miller, & Butler, 2008).

A EM parte do pressuposto de que a aderência do indivíduo ao tratamento depende de sua motivação, sendo esta passível de ser mudada ao longo do tratamento. Por isso se diz que a motivação é o principal objeto de intervenção da EM e se parte do princípio de que nenhuma pessoa é completamente desmotivada. De fato, a motivação para a mudança é maleável e forma-se num contexto relacional. É um processo dinâmico, composto por estágios de mudança comportamental. Estes estágios - tais como os descreveram Prochaska e DiClemente (1992) no seu modelo transteórico que descreve a prontidão para a mudança, e no qual a EM assenta - são flexíveis. A mudança comportamental é assim um processo em que as pessoas têm diversos níveis de motivação, de prontidão para mudar e nos quais transitam (Prochaska & DiClemente, 1992).

Outro princípio fulcral na EM, e dos primeiros a ser trabalhado no processo de mudanças é a ambivalência. A ambivalência para a mudança, tida como um conflito entre duas posições, é natural e em vez de ser vista como um obstáculo à mudança, na verdade, é usada na EM para substanciar a motivação. Assim, os adolescentes são encorajados a expressar a sua ambivalência, enquanto os terapeutas facilitam a exploração dos potenciais benefícios da mudança. Deste modo, a ambivalência não é considerada um traço de personalidade, mas uma interação dinâmica entre o paciente e a situação aguda imediata com dimensões interpessoais e intrapessoais.

Apesar do uso da EM com adolescentes ser recomendada, os terapeutas deverão ter cuidados com as diferentes idades e com as preferências dos adolescentes. É importante conhecer o seu universo e ter afinidade com eles para poder haver uma comunicação eficaz.

Uma das características mais importantes do tratamento para o adolescente é o foco no presente, no aqui-agora: O futuro não é uma variável muito presente na vida do adolescente; portanto, estratégias de propor argumentos sobre os prejuízos futuros não têm grande impacto nesta população. Também é necessária uma comunicação concreta, pois há uma menor habilidade de abstração nessa faixa etária.

Outra questão a atender será a importância do grupo de pares, muito valorizado na adolescência. Muitas vezes, nos processos de mudança, são necessárias estratégias de reforço para modificação das relações interpessoais com vistas a diminuir a força de influência do grupo de iguais. Também o envolvimento parental pode variar de acordo com o contexto. Assim, há a necessidade de a EM se focar na mudança do comportamento do adolescente, mas poderá ser necessário envolver também os adultos. Os cuidados centrados na família implicam trabalhar também com os pais, que contribuem com as suas atitudes e sentimentos acerca do comportamento do adolescente e do seu estado de saúde. Por fim, ressalve-se que a estratégia da EM de dar ênfase à autonomia do utente e à tomada de decisão pode ser potencialmente problemática em adolescentes que não apresentam um nível de desenvolvimento, vontade ou capacidade para tomar decisões responsáveis no âmbito da sua saúde, pelo que estes pontos deverão ser avaliados, para decidir a indicação do uso da EM nestes adolescentes.

Sendo a EM uma abordagem com evidências positivas na mudança de comportamentos em saúde, esta pode e deve ser usada pelos enfermeiros pois é teórica e filosoficamente congruente com as competências básicas da sua prática, nomeadamente a comunicação, educação, aconselhamento e orientação. Assim, sendo uma intervenção que se mostra efetiva, deve substituir o aconselhamento simples. No entanto, é necessário que as equipas, serviços de saúde e agências reguladoras (secretarias da saúde, organizações sociais, etc.) invistam no treino e supervisão destes profissionais (Sypniewski, 2016).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Burke, P. J., O'Sullivan, J., & Vaughan, B. L. (2005). Adolescent substance use brief interventions by emergency care providers. *Pediatric Emergency Care, 21*(11), 770-776.
- Chung, R. J., Burke, P. J., & Goodman, E. (2010). Firm foundations: Strength-based approaches to adolescent chronic disease. *Current Opinion In Pediatrics, 22*(4), 389-397. doi:10.1097/MOP.0b013e32833a468e
- Claro, H. G., Oliveira, M. A., Paglione, H. B., Soares, R. H., Okazakis, C., & Vargas, D. (2013). Estratégias e possibilidades da entrevista motivacional na adolescência: Revisão integrativa. *Texto & Contexto Enfermagem, 22*(2), 543-551.
- Lomba, L., Kroll, T., Apóstolo, J., Gameiro, M., & Apóstolo, J. (2016). The use of motivational interviews by nurses to promote health behaviors in adolescents: A scoping review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 14*(5), 27-37. doi :10.11124/JBISRIR-2016-002564
- Ordem dos Enfermeiros, Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica* (vol. 1). Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York, USA: Basic Books.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Applications of motivational interviewing*. New York, USA: The Guilford Press.
- Sypniewski, R. (2016). Motivational interviewing: A practical intervention for School Nurses to engage in trauma informed care. *NASN School Nurse, 31*(1), 40-44. doi:10.1177/1942602X15576777

PAINEL: “TEMAS CHAVE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO SÉCULO XXI”

A importância do Jogo e Atividade Física na Vida Quotidiana de Crianças e Jovens

Carlos Neto*

INTRODUÇÃO

O jogo, o desporto e os tempos livres constituem nas sociedades modernas uma parte importante da vida das crianças e dos jovens. Este fenómeno deve ser analisado com a atenção devida, pelas famílias e instituições públicas ou privadas envolvidas. A multiplicidade de escolha de atividades artísticas, desportivas e religiosas na ocupação dos tempos livres durante a semana, fim-de-semana ou em férias é enorme, tendo a família necessidade de procurar as soluções adequadas para a ocupação dos tempos livres dos filhos, recorrendo na maior parte dos casos a diversas instituições e agências especializadas neste domínio. Estas escolhas variam em função do posicionamento dos pais, da influência dos restantes agentes de socialização e do temperamento da criança, dos seus gostos e aptidões. Da escassa quantidade de trabalhos de investigação existentes sobre a qualidade de vida das crianças e jovens, poucos são os que têm nos seus pressupostos metodológicos ouvi-las sobre os seus quotidianos e perceber as expectativas e as motivações que as acompanham. As mudanças sociais fazem-se acompanhar também de mudanças nas culturas de infância e, mais particularmente, no consumo cultural do lazer. Principalmente com o aparecimento de novas tecnologias de ecrã, através dos jogos de vídeo, computadores e mais recentemente a *internet*, assiste-se a alterações significativas nos estilos de vida das crianças e jovens. Se o fascínio por estas tecnologias é um desafio a um novo mundo a conquistar, são por outro lado intrigantes as soluções a implementar sobre o aumento do sedentarismo corporal devido ao decréscimo da atividade física (1); a diminuição de competências sociais e autoestima relacionadas com o aparecimento de novas patologias do foro psicológico (2); o desaparecimento progressivo de hábitos de literacia (3); e o aparecimento de fenómenos relacionados com comportamentos antissociais (*bullying*), eventualmente associados a um envolvimento violento (4).

A adaptação das crianças e dos jovens a estas novas mudanças requerem uma reflexão apurada de políticas municipais para a infância e um novo olhar sobre a vida na cidade.

Vida Ativa na Cidade e a Saúde Física e Mental na Infância

O aumento alarmante da obesidade em todos os países do mundo é uma realidade nos dias de hoje, sendo já considerada como uma das mais recentes epidemias à escala mundial. A obesidade é considerada como o maior problema reversível de saúde no mundo, com mais de 1 bilião de pessoas com excesso de peso e 300 milhões obesas: uma combinação explosiva de dietas hipercalóricas e comportamento sedentário. No relatório da Organização Mundial de Saúde (WHO, 1998), é indicado que a prevalência da obesidade em países industrializados varia em função do género, da idade ou do estatuto socioeconómico, mas no entanto, cerca de 50% da população adulta nos EUA, Canadá e outros países da Europa apresenta valores de Índice de Massa Corporal (IMC) acima de 25 Kg/m², considerando-se este como o critério para a determinação de peso em excesso. No último Inquérito Nacional de Saúde realizado em Portugal (1998/99), foram verificados valores semelhantes, com 49,6% da população adulta com excesso de peso e 12,8% com valores de IMC indicativos de obesidade. Neste inquérito, é ainda revelado que a obesidade tem uma prevalência centrada nas mulheres (14%) e nas raparigas (23%). Segundo Bouchard, Malina, e Péruse (1997), este grande fenómeno da sociedade obesogénica, está associado a índices inadequados de atividade física e aliado a dietas incorretas, ainda que se reconheça o papel atribuído a fatores metabólicos e genéticos.

Os dados referentes a este fenómeno em crianças não estão ainda totalmente bem determinado, devido à existência de múltiplos fatores influentes (biológicos e ambientais), mas supõe-se que esteja a assumir níveis preocupantes nas sociedades economicamente mais desenvolvidas. No entanto, é um facto inquestionável que as oportunidades de jogo e atividade física

* Professor Catedrático da Faculdade de Motricidade Humana (Universidade de Lisboa)

têm vindo a degradar-se de forma considerável nas últimas décadas, aumentando substancialmente o sedentarismo na infância. O nosso objetivo centra-se na identificação de um conjunto de indicadores que suportam, por um lado, o facto do aumento de inatividade lúdica e física na criança da sociedade moderna, e por outro lado, a necessidade de criar estratégias que visem aumentar o nível da sua independência de mobilidade, mais jogo de atividade física e criação de políticas públicas que permitam dar voz e participação às crianças e adultos no planeamento do seu contexto e quotidiano de vida.

O uso do tempo quotidiano e o sedentarismo infantil

É suposto admitir que várias restrições existentes no mundo moderno têm vindo a criar situações de maior risco no desenvolvimento motor e social das crianças. A redução de oportunidades e tempo de jogo na infância e adolescência têm consequências inevitáveis no aumento do sedentarismo e das patologias associadas, como o aumento de obesidade, stresse e doenças cardiovasculares. Um empobrecimento do repertório motor e dificuldades de adaptação a novas situações são provavelmente o resultado de uma diminuição de estimulação ocasional (experiências informais em atividade física e relacionamento social). Salvo raras exceções, as crianças são por natureza saudáveis. Nas crianças, não é clara a relação entre atividade física e saúde. O conceito de atividade física deve ser alargado a benefícios no âmbito do desenvolvimento motor, cognitivo e social. No entanto, é sabido que a estabilidade do padrão de atividade física habitual (*tracking*) diminui da infância para a idade adulta cerca de 7% por ano (Garvey & Falgairette, 2004). A associação entre má qualidade alimentar (comer mais) + brincando menos (sedentarismo) = obesidade, está a criar uma epidemia generalizada com grandes consequências a médio e longo prazo para a saúde pública. Admite-se que, de uma forma geral, 40 a 45% de crianças e adolescentes sejam sedentários ou insuficientemente ativos nas sociedades mais desenvolvidas. O relativo baixo custo energético despendido pelas crianças nas atividades de vida quotidiana (casa, escola e rua) implicam um olhar mais atento no desenvolvimento de estratégias de investigação e de políticas públicas, de modo a ultrapassar este problema complexo da vida moderna. A relação entre vida ativa e desenvolvimento urbano exige uma conceção arrojada e corajosa de cruzamento de conhecimentos e formas de ação.

É necessária uma visão de desenvolvimento sustentável no âmbito das “culturas de infância”, no sentido de assegurar um combate ao progressivo “analfabetismo motor” e promover experiências de jogo e movimento a fim de assegurar “estilos de vida saudáveis ao longo da vida”. Este fenómeno é o resultado da interação de múltiplos fatores (biológicos e culturais), originado por profundas transformações sociais ocorridas nas últimas décadas. Está em causa uma diminuição trágica de estimulação lúdica e motora em situações informais nas culturas de infância nos nossos dias. A inatividade física e a falta de contacto com amigos e relação com a natureza aumentaram significativamente, colocando em perigo a estruturação do jogo e da motricidade infantil (coordenação motora, capacidade perceptiva/decisória e de resistência ao esforço) exigíveis num mundo moderno cheio de novos desafios e incerteza. Hoje, a vida na cidade é desesperadamente adulta e racional. Esta violência simbólica marca definitivamente os percursos de vida na infância em termos de construção de imaginários, fantasia e aprendizagem social. É absolutamente importante que as crianças tenham uma infância feliz. Não uma infância inventada pelos adultos. Importa criar contextos de participação das crianças de acordo com as suas motivações e necessidades próprias desta etapa da evolução humana. A adaptação ao espaço físico, espaço eletrónico, espaço de aventura e espaço de amigos são elementos fundamentais no desenvolvimento ao longo da vida (*life span*).

É comum a ideia de grande oferta de oportunidades de prática de atividade física, lúdica e motora na promoção do desenvolvimento da criança. Não cremos que as crianças tenham atualmente uma motricidade mais estruturada ou um desenvolvimento motor mais equilibrado. Apesar de mais ofertas de prática desportiva ou tempos livres organizados por agências públicas e privadas, apenas uma pequena maioria de crianças e jovens desfrutam essa realidade (principalmente das classes sociais médias ou altas).

É necessário compreender o conceito de adaptação motora e identificar os constrangimentos que as crianças estão sujeitas na sua vida quotidiana (Neto & Marques, 2004):

- 1) Aumento do envolvimento eletrónico, em que o efeito das novas tecnologias (culturas de ecrã) evoluiu significativamente nas últimas décadas. O tempo passado a ver televisão e vídeo, utilizar telemóveis, jogar jogos eletrónicos, utilizar o computador, etc., envolvem uma grande parte da vida diária de crianças e jovens. A exposição diária das crianças a uma frequência elevada de publicidade televisiva sobre alimentação e a existência de televisão no quarto tem levado alguns investigadores a admitirem uma associação forte de risco no aumento de obesidade infantil (Ginsburg, 2007);
- 2) Desaparecimento progressivo da cultura de jogo de rua, colocando as experiências espontâneas de vida das “culturas de Infância” em vias de extinção. As ruas desapareceram como local de jogo livre. O brincar no exterior tem sido rapidamente

substituído por comportamentos sedentários dentro de casa. Este fenómeno de deterioração da saúde física da criança resulta destas mudanças dos estilos de vida nas experiências vividas no contacto com o envolvimento natural. Os estudos demonstram que o tempo passado no exterior é uma variável do envolvimento altamente correlacionada com a mudança verificada na atividade física em crianças (Moore et al., 2003; Sallis et al., 2003);

3) Aumento da densidade de tráfego automóvel, provocando limitações de espaço disponível junto às habitações e na cidade em geral. Segundo o estudo de Sandels (1975), uma grande percentagem de crianças em idades escolares não sabia interpretar o significado de atravessar a rua (97%), zona pedestre (10%) e entroncamento (30%). O autor conclui que as crianças com idade inferior a 10 anos não possuem capacidade biológica para terem um comportamento sistematicamente seguro nas ruas, visto não serem capazes de adotar comportamentos que ultrapassem as limitações impostas pelo seu nível maturacional. Não existe um modelo consistente de funcionamento pensando a vida das crianças e jovens em áreas residenciais;

4) Diminuição do espaço livre, em que o fenómeno de urbanização e a reduzida e institucionalizada política de equipamentos de espaços de jogo para a infância não favorecem o desenvolvimento de experiências de jogo e aventura. Há umas décadas atrás, as crianças passavam uma grande parte do seu tempo livre em atividades de jogo livre nas ruas, espaços verdes, espaços de jogo, parques ou em espaços selvagens ou em vias de urbanização. Este envolvimento mudou drasticamente, diminuindo as possibilidades de atividades físicas, lúdicas e sociais (Neto, 1999, 1997);

5) Aumento de insegurança e proteção, com a família a alterar os padrões de liberdade na educação dos filhos sobre a frequência de espaços exteriores, diminuindo as margens de risco atribuídas nas atividades de jogo e atividade física. Na maior parte dos casos aumentou o “medo” dos pais em deixarem as crianças saírem à rua para brincar com os amigos sem supervisão, assim como o controlo nos percursos de casa para a escola e vice-versa (Arez & Neto, 1999; Kytä, 2004);

6) Aumento da formalidade da vida escolar, com mais atividades curriculares organizadas na escola a par de um menor tempo de atividade livre. O tempo semanal em atividades de educação física orientada, sistemática e intencional é ainda muito reduzido ou insuficiente em termos de intensidade de esforço. Os recreios escolares não são considerados, na maior parte dos casos, como locais de desenvolvimento e aprendizagem motora e social e apresentam muitas deficiências em termos de equipamentos, materiais, qualidade ambiental e supervisão (Marques, Neto, & Pereira, 2001);

7) Aumento de atividades e jogos institucionalizados em que o uso do tempo, espaço e atividades organizadas (desportivas, artísticas e religiosas) se colocam como “escolas paralelas” e como consequência faz desaparecer o tempo verdadeiramente livre (jogo espontâneo e exploratório), configurando-se progressivamente a ideia de “crianças de agenda”. Nos grandes centros urbanos constata-se que existem crianças com mais de duas ou três atividades organizadas para além do tempo escolar (Neto, 1994);

8) Diminuição do nível de independência de mobilidade*, isto é, a autonomia de circulação das crianças no espaço urbano diminuiu de forma significativa nos últimos anos (percursos, perceção do espaço físico e possibilidades de ação). Ainda que possam ser constatadas diferenças geográficas e culturais em diferentes continentes, admite-se que a mobilidade e perceção do meio urbano de crianças e jovens tenha vindo a decrescer de forma dramática. Entende-se que a associação entre atividade física habitual e nível de independência de mobilidade permitida na vida quotidiana das crianças e jovens na cidade, explicam uma parte do progressivo fenómeno de sedentarismo e obesidade infantil. Paralelamente a outros fatores, a importância do envolvimento físico e social no desenvolvimento da criança constitui-se como um novo paradigma de análise no desenvolvimento da criança (Kytä, 2003; Neto, 2001; Arez & Neto, 1999).

Cultura Lúdica e Vida Ativa na Cidade

Os estudos de investigação demonstram os efeitos positivos da brincadeira ou jogo livre na infância no desenvolvimento motor, cognitivo e social (Pellegrini & Smith, 1998; Rubin, Fein, & Vandenberg, 1983). A vida na infância deve ser vivida no que a ela diz respeito. Em todas as espécies animais se brinca na infância. Esta é uma estratégia fundamental da espécie humana na vivência de um longo período de imaturidade (motora, cognitiva e social) para que a sua capacidade adaptativa possa atingir um elevado nível de eficiência nas ações com o ambiente físico e social (Bjorklund & Pellegrini, 2002). É uma fase decisiva de dependência em alimentação, segurança e afeto. É também uma estratégia fundamental para se ganhar segurança e autonomia.

* Entendido numa perspetiva evolutiva como o desenvolvimento ao longo do tempo de uma representação consistente do espaço físico (memória, perceção e identificação) e de liberdade progressiva de possibilidades de ação no espaço quotidiano de vida (Neto, 1999).

Estas experiências de jogo e aventura são também fundamentais para as aprendizagens consideradas socialmente úteis, como aprender a ler, escrever, contar, etc. As relações entre jogo e literacia são evidentes (Christie, 1997). O jogo é uma linguagem universal que todas as crianças compreendem independentemente do espaço geográfico ou cultural.

O nosso ponto de vista tem sido a defesa do direito da criança ao jogo, conforme o estabelecido no art.º 31 da Declaração Internacional dos Direitos da Criança. De facto, é preocupante a redução de oportunidades de jogo livre (espontâneo ou exploratório) e a forma como se têm institucionalizado as culturas escolares e os tempos livres na infância. É um problema não só do sistema educativo, mas também dos estilos educativos fomentados pelas famílias e dos constrangimentos existentes na vida urbana. A experiência informal de jogo e aventura na infância tem efeitos comprovados no desenvolvimento do sistema morfológico, orgânico e nervoso. Defendemos que uma criança saudável é aquela que tem os joelhos esfolados (correr, perseguir, saltar, cair, lançar, agarrar, pontapear, lutar (a brincar), trepar, nadar, dançar, equilibrar-se, jogar futebol, etc.). Uma criança ativa e saudável espregueja constantemente o lado imprevisível do jogo, colocando uma margem de risco muito acima dos critérios dos adultos.

Independência de Mobilidade e Desenvolvimento Motor

A identidade da infância não é compatível com uma ideia de um intelecto ativo num corpo passivo. Uma maior margem de risco concedida às crianças e jovens em exploração e descoberta (jogo e aventura corporal) é o melhor caminho para mais segurança e resistência (resiliência?) do organismo a situações que impliquem adaptação a situações novas, imprevisíveis em envolvimentos naturais ou artificiais. Uma excessiva proteção e segurança da criança e dos jovens na sua vida quotidiana, pode significar menos adaptação e mobilidade em situações de perigo na exploração de ambientes físicos e sociais. O confronto do corpo com dinâmicas do espaço imprevisível e selvagem foram substituídos por confrontos em espaços estandardizados, formatados e previsíveis. O risco do corpo na utilização do espaço da natureza, está hoje configurado a “culturas rígidas de ecrã” e a um “corpo normativo e regulamentado” na escola, no clube e na academia. Esta situação nova das vivências da corporalidade na infância e adolescência leva-nos a considerar a existência de mudanças significativas na vida da humanidade, com particular destaque para as sociedades economicamente mais desenvolvidas.

A educação formal deve ser acompanhada da educação artística e ambiental (um percurso pela natureza vale mais que dez bibliotecas). Neste sentido, o corpo assume o eixo central de organização e ação em que o conhecimento se estrutura e dá sentido ao espaço em que atua pelos desafios que este coloca (*affordances*)*. As condições de vida atuais das crianças e jovens no meio urbano implicam o desenvolvimento de pesquisas mais específicas sobre as oportunidades de independência de mobilidade e da lista de constrangimentos arquitetónicos e sociais a que estão sujeitas no dia-a-dia.

Este conceito de independência de mobilidade em diferentes envolvimentos tem sido motivo de diferentes definições e operacionalizações (Kytä, 2004): a distância geográfica entre a habitação e os locais onde a criança pode brincar livremente e socializar-se (1); a autorização para se mover de forma independente no envolvimento próximo através das regras impostas pelos pais, como a permissão de atravessar ruas ou andar de bicicleta de forma livre. Complementarmente, esta forma de pesquisa pode ainda referir-se a autorizações ou proibições de deslocação a certos locais como a casa dos amigos ou supermercados (2); estudar o nível atual de mobilidade num certo período de tempo, usando para o efeito a descrição de diários de mobilidade urbana (3).

De facto as possibilidades de a criança se mover de forma independente no seu envolvimento físico tem vindo a decrescer de forma significativa em muitas cidades do mundo inteiro. Os resultados destes estudos demonstram a existência de grandes assimetrias de independência de mobilidade em diferentes países. Por exemplo, a capacidade de mobilidade das crianças escandinavas é mais elevada do que em outros países (Kytä, 2004) e muito baixa em muitos outros, como a Austrália (Tranter, 1993), a Itália (Giuliniani, Alparone, & Mayer, 1997) e Portugal (Arez & Neto, 1999).

A densidade populacional associada à densidade de tráfego automóvel tem vindo a transformar os estilos de vida das crianças nas grandes cidades. Esta capacidade de autonomia de mobilidade face ao envolvimento físico, permitirá o desenvolvimento das representações cognitivas do espaço físico, o desenvolvimento da liberdade e autonomia em jogo, a descoberta do envolvimento e o seu funcionamento, a descoberta das relações com o mundo adulto, o sentido de descoberta e a resolução de problemas, o

* Referência conceptual central da Psicologia Ecológica na dimensão perceptiva. É definida como as oportunidades positivas e negativas enquanto o organismo percebe e age num envolvimento específico; aquilo que o envolvimento oferece ao animal (Gibson, 1979/1986; Wohlwill & Heft, 1987). O conceito oferece condições de ser estendido a oportunidades de natureza emocional, social e cultural, que o indivíduo percebe no envolvimento.

desenvolvimento de hábitos saudáveis na vida ativa e a prática do jogo e atividade física, essenciais para o equilíbrio emocional e psicológico. Esta percepção das possibilidades de ação não se confinam apenas ao facto de a criança poder ir para a escola sozinha, mas também a um nível de independência mais vasto: poder brincar fora de casa, visitar amigos, ir a clubes ou associações, ir às compras, etc. Os percursos entre a habitação e a escola e vice-versa e o conjunto de experiências individuais ou de grupos de amigos, em função do espaço físico disponível, seguem uma orientação adaptável a essas mudanças no tecido urbano. Para além de diversos problemas (características do tráfego, limitações fisiológicas e perceptivas), os problemas das instruções relacionadas com as estradas são as mais graves. A importância e a maneira como a criança aprende o funcionamento do próprio envolvimento, considerando os lugares por onde passa, joga ou convive com os amigos, tem permitido a alguns investigadores compreenderem melhor como se desenvolve esta capacidade de autonomia progressiva em relação ao espaço físico.

Alguns estudos similares quanto a objetivos, métodos e instrumentos de estudo têm procurado compreender como a independência de mobilidade é um fator crucial no desenvolvimento da criança (Arez & Neto, 1999; Heurlin-Norinder, 1996; Hillman & Adams, 1992; Kytä, 1995; Kytä, 2002; Kytä, 2004; Kytä, 2003; Malho & Neto, 2004; O'Brien., Jones & Rustin, 2000; Serrano, 2004; Spek & Noyon, 1995; Vercesi, 1999). As oportunidades para uma movimentação livre e a variedade de contextos de atividades podem ser indicadores da qualidade de envolvimento (Chawla, 2002).

No nosso trabalho sobre independência de mobilidade e percepção do espaço físico (Arez & Neto, 1999), foram estudadas cerca de 60 crianças (8 e 9 anos) de áreas urbanas e rurais, utilizando questionários dirigidos a crianças e pais e diários de atividade sobre o tempo e gestão de atividades realizadas em vários períodos do dia (Hillman & Adams, 1992). Algumas conclusões deste estudo são surpreendentes e intrigantes quando são comparados os resultados sobre independência de mobilidade entre alguns países europeus. Quando são analisadas as ações diárias, verifica-se uma clara superioridade de autonomia de mobilidade por parte das crianças do sexo masculino, com particular relevo para a atividade de andar de bicicleta na rua. As percentagens encontradas entre o meio rural e urbano são significativamente diferentes para o primeiro grupo, principalmente em atividades de ir para a escola, atravessar ruas e jogar no exterior. Se se comparar os resultados com outros estudos, encontram-se níveis mais elevados de autonomia de mobilidade para as crianças finlandesas (Kytä, 1995) e valores mais próximos das crianças inglesas (Hillman & Adams, 1992).

Os dados referentes aos percursos realizados de forma individual, acompanhados por amigos ou adultos, são demonstrativos do sentido de proteção e segurança seguido pelos pais, principalmente no meio urbano. Apenas uma pequena percentagem de crianças faz esses trajetos (escola, rua, etc.) com autonomia pessoal, com ligeira superioridade para as crianças do sexo masculino e do meio rural. Estes dados são alarmantes de como a cidade moderna provoca constrangimentos na vida diária das crianças. Menos de 30% das crianças portuguesas fazem o trajeto de casa para a escola sozinhas ou acompanhadas por amigos e menos de 15% pode brincar no exterior da habitação sem a supervisão dos adultos. Nos países nórdicos, cerca de 99% das crianças têm liberdade de efetuarem esses trajetos para a escola e brincarem no exterior com autonomia (Horelli, 2001). No estudo de Serrano (2004) sobre as rotinas de vida, independência de mobilidade e dispêndio energético em atividades depois do período escolar, verificou-se que, na maior parte dos casos, as crianças apresentavam valores baixos de intensidade de esforço na atividade física habitual. Estes valores revelam as grandes mudanças ocorridas nas áreas urbanas quanto aos padrões de vida familiar e os constrangimentos existentes nos quotidianos de vida diária das crianças de acordo com diferenças geográficas, demográficas e culturais.

Baseados no conceito de *affordance* pretendeu-se saber ainda (Arez & Neto, 1999) quais as atividades, que as crianças percebem, são possíveis de realizar no local onde vivem e de acordo com as vivências que possuem. As entrevistas eram compostas por onze categorias, contendo cada uma delas a identificação de atividades específicas, no sentido de se verificar como percebem o seu envolvimento físico mais próximo*. Foram encontrados valores superiores quanto ao número de possibilidades de ação motora por parte das crianças do meio rural e com ligeira superioridade para as crianças do sexo masculino. Estas percentagens são mais uma vez superiores para as crianças finlandesas, confirmando que a independência de mobilidade e a percepção do envolvimento físico variam de país para país. Malho & Neto (2004), estudaram também a percepção e as representações do espaço urbano em crianças de escolaridade primária, tendo concluído a inconsistência na organização de “mapas mentais” da cidade, do espaço da casa e da escola, bem como a “ideia de lugar e mobilidade” no espaço urbano. Esta redução gradual da liberdade de movimento nos percursos de casa - escola - casa e a forma de acompanhamento pelo adulto, a pé ou por transporte de carro, tem merecido também investigação sobre as representações que as crianças desenvolvem ao

* Entrevistas guiadas sobre as possibilidades de ação no envolvimento físico (ações em superfícies planas relativamente suaves, ações em declives relativamente suaves, ações com manipulação de objetos/materiais, ações com objetos fixos, ações com objetos fixos não rígidos, ações em superfícies escaláveis, abrigos, ações com materiais moldáveis, ações com água, ações na natureza e ações de jogo social), a partir de uma adaptação da taxonomia funcional de envolvimento ao ar livre (Kytä, 1995).

longo da idade e em função do conhecimento do envolvimento físico (Rissoto & Tonucci, 2002).

Espaço Habitacional e Atitudes Parentais

O que acontece nas vidas atuais das nossas crianças, para além do tempo escolar, é o prolongamento de outras “escolas” intituladas de “tempos livres” (Neto, 1997, 1999). É uma forma desesperadamente adulta de ultrapassar dificuldades de gerir o tempo de trabalho e a segurança das crianças. Em certos casos, a vida das famílias nos centros urbanos tornou-se um verdadeiro inferno na gestão da vida dos filhos. Em outros casos, todas têm que ser obrigatoriamente atletas ou artistas de altíssimo nível, não se distinguindo essas “agendas” dos adultos e as relações entre tempo livre e trabalho.

Os pais e a sociedade em geral planeiam um projeto de vida para as crianças sem primeiro lhes perguntar se esse é o sentido de vida que querem ou projetam para o futuro. Quem decide? O tempo verdadeiramente livre na infância tem de andar a par com o tempo escolar e a mediação inteligente dos pais sobre as decisões relacionadas com o tempo eletrónico e a programação da organização de atividades estruturadas. O que deve imperar é o bom senso de acordo com as características individuais de cada criança ou jovem. A gestão do tempo, do espaço e das atividades na vida da criança deve ser plural e não padronizada por qualquer frustração adulta ou pressão social.

Admite-se pelos estudos já realizados, que esta liberdade de ação seja inferior nas crianças que vivem no sul da Europa, devido provavelmente a questões relacionadas com a política habitacional, modelo de planeamento urbano, perigo da densidade de tráfego, nível de segurança em relação a receios de assaltos ou agressões e situação da qualidade de vida ambiental (fatores habitualmente referenciados pelos pais como os causadores da diminuição de possibilidades de mobilidade dos seus filhos). Por outro lado, deve acrescentar-se que o facto de as crianças de hoje brincarem menos na rua deve-se também ao aumento significativo de atividades dentro de casa (televisão, computador, vídeo, brinquedos padronizados, etc.) e fora dela (tempo livre institucionalizado). Os efeitos do urbanismo, sobre a liberdade que as crianças têm em relação às atividades de rotina diária e experiências motoras, lúdicas e desportivas, são acompanhados, em larga medida, pela natureza das decisões da família (atitudes parentais). Acrescente-se ainda, a necessidade de mais informação junto aos pais sobre formas de interação lúdica e desportiva com os filhos, bem como de locais e experiências existentes na promoção da cultura lúdica nas primeiras idades. Os pais devem também ser alertados a tomarem consciência da forma como frequentemente têm tendência para controlarem e manipularem as energias dos filhos para níveis inadequados de expressividade lúdica e motora.

É também conhecido o facto que pais com excesso de peso ou obesos não são bons modelos quanto aos hábitos alimentares e propostas de atividade física para os filhos. O ciclo de obesidade pode, nestas circunstâncias, perpetuar-se por futuras gerações. Algumas organizações internacionais têm vindo a criar propostas para ajudar os pais a encontrarem soluções para tornar os filhos mais ativos de forma agradável. Estas propostas centram-se em tarefas simples de incentivar o jogo de atividade física em espaços interiores e exteriores através de atividades simples como correr, subir escadas, passear na rua e no parque e na praia, andar de bicicleta, *skate*, e patins, etc., ou ter animais para perseguir em espaços livres, organizar jogos e brincadeiras, colocando o foco no prazer de estar ativo e na relação social. Outras soluções residem na adesão aos clubes para crianças (*Kids Clubs*), através de experiências de atividade física entre pais e filhos. No entanto, estas experiências são praticamente centradas em famílias que podem suportar estes custos de adesão.

Espaços Públicos e Equipamentos de Jogo ao Ar Livre

É sempre preocupante não existirem respostas adequadas de uma política de espaços e equipamentos de jogo, lazer e desporto face às necessidades de prática de crianças e jovens. Pensamos mesmo que não existe em Portugal uma política integrada suficientemente robusta sobre esta matéria. Um plano estratégico de desenvolvimento do sistema desportivo passa por uma ideia consistente a médio e longo prazo de condições de formação lúdica e desportiva nas primeiras idades. A atividade lúdica, física e desportiva começa mais cedo. Está em causa a prevenção da saúde pública e o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis ao longo da vida. É através de políticas públicas dirigidas às famílias e às crianças que se consegue elaborar um projeto realista sobre a qualidade de vida dos cidadãos do futuro. A primeira etapa passa por saber ouvir as crianças e jovens na participação da conceção e operacionalização de projetos de promoção de espaços de jogo ao ar livre e de instalações desportivas comunitárias e escolares. Ao mesmo tempo, estão por criar mecanismos de participação interdisciplinar de técnicos e especialistas ligados à infância para que estes projetos tenham o significado e adesão esperados. O que acontece na maior parte dos casos é a aplicação

de critérios e cenários ligados ao “negócio” empresarial e político, sem qualquer participação dos cidadãos. Um bom exemplo são os parques infantis completamente padronizados e clássicos, sem nenhum interesse para as crianças (Neto, 1992). É urgente a existência de projetos inovadores de espaços e equipamentos que valorizem as relações entre a promoção da cultura de jogo e atividade física em conjunto com uma conceção de uso sustentável do espaço urbano, em mobilidade e qualidade de vida quotidiana. A conceção arquitetónica de escolas, recreios escolares, espaços de jogo, espaços verdes e espaços desportivos, obrigam os responsáveis a renovarem, em termos de qualidade, as estratégias de conceção, construção e manutenção destes espaços. Não vemos sentido colocar este assunto de forma exclusiva nas mãos de promotores imobiliários que não têm, na maior parte dos casos, nenhuma sensibilidade sobre os direitos e as culturas de crianças e jovens. O investimento notável em estádios de futebol para a realização do Euro 2004, que tanto promoveu Portugal em termos internacionais, não terá nenhum significado para o nosso desenvolvimento desportivo, se não se fizer o mesmo esforço num projeto para o desenvolvimento da atividade física, lúdica e desportiva na vida diária de todos os cidadãos, com especial relevo para a infância.

Por exemplo, as autoridades governamentais poderiam desenvolver mais programas desportivos e recreativos com profissionais devidamente formados em atividades físicas infantis para promover a segurança e experiências agradáveis. Outra questão da maior importância situa-se em assegurar transportes adequados para a participação de todas as crianças e jovens nessas iniciativas municipais de jogo de atividade física e desporto.

É urgente pensar na saúde física e mental dos portugueses independentemente da idade, do género, da raça ou da classe social. Esse investimento está ainda por aperfeiçoar segundo critérios realistas do ponto de vista financeiro, político, pedagógico, terapêutico e social. Saúde e mobilidade corporal é um tema fundamental na estruturação de um modelo de sociedade com qualidade de vida.

Espaço Escolar e Atividade Física

Todos os estudos realizados sobre o impacto das atividades de educação física e desporto escolar demonstram os benefícios no desenvolvimento motor, cognitivo, social e emocional em crianças e jovens. A Sociedade Portuguesa de Educação Física e as Associações de Profissionais ligadas ao sector em Portugal têm vindo a lutar sobre esta tarefa gigantesca de demonstrar a necessidade de mais tempo dedicado à atividade física relacionada com a saúde no meio escolar. A *National Association for Sport and Physical Education* (NASPE) nos Estados Unidos, tem recomendado que todas as escolas do 1º ciclo deveriam ter um mínimo de 60 minutos de atividade motora por dia, no sentido de prevenir o aumento de obesidade e sedentarismo das crianças americanas.

Estamos de acordo que o recreio escolar é ainda o espaço que resta de liberdade de ação para as crianças e jovens do nosso tempo. De facto, esse contexto da escola é importante no jogo de atividade física, no desenvolvimento cognitivo e relacionamento social. Infelizmente os recreios das escolas estão na maior parte dos casos colocados ao abandono em termos de qualidade ambiental (falta de recursos financeiros e humanos), sem qualidade de estimulação (materiais e equipamentos) e sem uma conceção arquitetónica adequada às necessidades das crianças e jovens. São espaços para experiências informais (jogo, desporto, descanso, leitura, conversa, etc.) e de alternância com as aprendizagens dentro da sala de aula (que implicam mais atenção e concentração). Um e outro espaço, deveriam fazer parte integrante do projeto educativo.

A nossa investigação nos últimos anos, sobre a observação do comportamento das crianças nos recreios escolares, permite afirmar que são preocupantes as situações de insegurança de espaços e equipamentos, quando existem, e de falta de supervisão sobre comportamentos sistemáticos de agressão entre pares (*bullying*). Esses estudos (Pereira, Mendonça, Neto, Valente, & Smith, 2004; Marques et al., 2001; Pereira, Neto, Smith, & Angulo, 2002), demonstram a vantagem em implementar uma renovação dos recreios pela introdução de materiais soltos (baú do jogo), de modo a enriquecer as experiências de jogo e a atividade física, assim como a existência de supervisão adulta (professores ou auxiliares de educação).

O conceito de supervisão não significa intervenção ou organização formal de atividades, mas uma oportunidade para se aprender a observar o comportamento das crianças e garantir a sua segurança física e mental em atividade livre. Os espaços de recreio devem fazer parte das preocupações quotidianas dos professores, observando as experiências e comportamentos das crianças. Nesse espaço e tempo de informalidade, temos melhores condições para conhecermos melhor os nossos alunos. Interessa também discutir o tempo de intervalo escolar (*recess*) na perspectiva da organização do calendário escolar. Este é um aspeto que tem sido negligenciado pelos investigadores. Só recentemente começaram a existir preocupações sobre a importância deste tema, que ainda não tem uma investigação definitiva. Para finalizar, devemos dizer que as experiências vividas pelas crianças e jovens no recreio escolar marcam de forma consistente as suas vidas para sempre.

Espaço Urbano e as Políticas Públicas para a Infância

Nunca se falou e se defendeu tanto os direitos das crianças e jovens a par de uma consciência crítica dos adultos sobre as contradições das suas atitudes e comportamentos. A emergência das “culturas de infância” como um campo autónomo de estudo (Sarmiento & Pinto, 1997) tem colocado questões novas no plano da educação, da saúde, da cultura e da política. A sociedade de informação coloca novos desafios na organização da vida quotidiana do homem e em particular no uso do tempo e do espaço na educação de crianças e jovens. Uma particular atenção deve ser colocada no modo como evolui o corpo em função das circunstâncias contextuais de vida nesta fase etária em que o brincar e as experiências não formais são uma condição indispensável para um desenvolvimento sadio e harmonioso.

O progresso tecnológico é inevitável, mas os limites de adaptação biológica e social da humanidade podem estar em risco pela decadência da mobilidade e autonomia do corpo numa sociedade cada vez mais atraente para dinâmicas de sedentarismo e analfabetismo motor. Em todo o mundo estão a ser criadas ruas de jogo ou ruas residenciais. Trata-se de locais onde se pode circular convencionalmente e em condições de segurança, jogar, passear, conversar, fazer atividade física, tornando agradável a vida da cidade. Em certos países iniciaram-se outros projetos relacionadas com o encerramento de ruas ao trânsito durante os fins-de-semana ou ruas de jogo organizadas com a intervenção de animadores de jogo.

Esta nova “revolução” para repor o corpo em ação (estilo de vida ativo) implica a existência de conhecimentos inovadores, multidimensionais e de políticas de harmonização entre a família, a escola e a comunidade. As referências de identidade social do corpo na infância são construídas também pelo equilíbrio entre a ação do corpo no espaço físico e a riqueza interativa no espaço habitacional, na rua, na escola, e na cidade. A vivência do território urbano é um direito que assiste a todas as crianças independentemente da idade, do sexo ou da raça. Uma nova cultura do corpo na infância deve surgir nos meios urbanos, mobilizando para o efeito especialistas nas mais diversas áreas de conhecimento científico e profissional. Entendemos como questão prioritária a análise do desenvolvimento motor, perceptivo e cognitivo da criança a partir das características físicas do ambiente. Este propósito, sobre uma visão ecológica do desenvolvimento infantil, baseia-se na convicção de que muito está por fazer sobre as condições de existência do corpo no mundo moderno (espaço habitacional, espaço de rua, espaço escolar, espaço comunitário) e as restrições de expressão lúdica, motora e desportiva de crianças e jovens. Alguns destes paradoxos implicam medidas corajosas de alteração do funcionamento da sociedade e da organização da vida urbana e até da atitude científica e pedagógica na abordagem deste problema da vida infantil. O conceito de mobilidade corporal é vista aqui na perspectiva de uma interação efetiva e significativa entre o organismo e o seu envolvimento no alcance de uma saúde física e mental. A criança é ativa por princípio, ainda que as suas ações sensoriais, perceptivas, motoras ou lúdicas dependam seriamente da qualidade do envolvimento físico e social.

Algumas iniciativas mundiais ligadas a estas preocupações anteriormente enunciadas merecem um destaque particular: a *Conferência Mundial sobre Ecologia e Desenvolvimento Sustentável* realizada na cidade do Rio de Janeiro em 1992, tendo-se definido a qualidade do ambiente e o desenvolvimento humano como duas questões decisivas para o bem-estar da humanidade; a *Agenda 21* (conferência das Nações Unidas em Ambiente e Desenvolvimento realizada em 1992), indicando como aspetos prioritários a qualidade de vida urbana e a atenção aos mais vulneráveis; a 3ª *Conferência em Habitação* realizada na cidade de Istambul em 1996, colocando a atenção no desenvolvimento urbano sustentável e desenvolvimento de envoltórios saudáveis e preservação do ambiente; e finalmente, os *Congressos Mundiais sobre a Criança* (1990, 2002), colocando a atenção sobre os direitos da Declaração Internacional (1989), nas políticas públicas e na participação ativa das crianças e jovens.

A atenção nas “culturas de infância” enfatiza a importância de focalizar o desenvolvimento humano como uma referência fundamental no planeamento urbano:

- O reconhecimento de que as cidades devem responder a uma série de parâmetros e indicadores de sustentabilidade urbana para a criança;
- A disseminação de informações, experiências e boas práticas a ter lugar nas cidades;
- A organização de eventos, encontros, iniciativas e estratégias nacionais e internacionais das cidades e das crianças amigas.

É esperável que uma nova cultura governamental das cidades e do seu planeamento possa emergir com respostas adequadas na gestão dos ritmos de vida, na organização e planificação habitacional e transportes, organização de espaços verdes e espaços de jogo e recreio e lazer, equilíbrio de assimetrias sociais e dar oportunidades na criação de qualidade de vida das populações (facilidade de mobilidade, acesso a iniciativas culturais e institucionais, promoção de estilos de vida ativa, dar voz e permitir a

participação de crianças e jovens em projetos e iniciativas lúdicas, desportivas e artísticas, etc.). Em muitas cidades do mundo inteiro, estas preocupações centradas nas políticas públicas para a infância e vida familiar estão em grande desenvolvimento.* Novas políticas públicas devem ser implementadas e centradas prioritariamente na família e nas crianças, no sentido de permitir um nível de qualidade de vida aceitável no meio urbano (mais vida ativa e vivência do território e menos sedentarismo). Um plano de ação deve ser concebido na operacionalização destas políticas para a infância, baseado na investigação, experiências de outras cidades europeias e de Organizações Internacionais como a *International Play Association (IPA)*:

- Implementar a Convenção dos Direitos da Criança quanto ao art.º 31, empenhando as crianças e jovens em programas locais de educação não-formal centrados no jogo livre e atividade física;
- Divulgar, junto às famílias, formas e estratégias de promoção de atitudes parentais facilitadoras de mobilidade dos filhos, mais independência e acesso a experiências de jogo e atividade física no quotidiano da vida da cidade, mediando o uso do tempo das crianças na utilização das novas tecnologias (culturas de ecrã) com as oportunidades de jogo livre e ativo;
- Criar legislação adequada para prever a existência de espaços de jogo em áreas residenciais novas ou reabilitadas. Trata-se de redimensionar novos modelos de construção de áreas residenciais, procurando, dentro do possível, definir condições para as crianças e jovens brincarem em liberdade e segurança e assegurarem os dispositivos de ação que estimulem os parâmetros fundamentais do seu desenvolvimento motor, cognitivo e social;
- Definir adequadamente critérios de avaliação do planeamento (objetivo, local, equipamento, modelo de gestão, tipo de atividades, e modelos funcionais) a sua execução (construção de equipamentos, preparação das superfícies de impacte, implementação do espaço físico) de acordo com as normas nacionais e internacionais de segurança para espaços e equipamentos de jogo e recreio;
- Considerar no futuro planeamento urbano as “culturas específicas de infância e de jovens”, quanto ao acesso aos espaços de jogo perto das áreas residenciais ou de espaços públicos exclusivamente dedicados à recreação e tempos livres. Onde não existam espaços de jogo deveriam ser desenvolvidos espaços alternativos como corredores, estradas e baldios, após se assegurar a segurança da criança;
- Alterar de forma progressiva a conceção municipal de espaços de jogo (parques infantis) para “terrenos de aventura” em que as crianças sejam atoras e intervenientes no processo de construção do espaço de jogo;
- Promover a participação ativa das crianças no planeamento, projeto e direção do espaço urbano como garantia eficaz para a sua frequência, manutenção e animação quanto ao acesso e participação em grupo;
- Permitir o acesso à diversidade ambiental através de políticas de conservação de zonas naturais e áreas em processo de planeamento ambiental, servindo as necessidades de jogo livre informal das crianças e jovens;
- Promover modelos de contenção de tráfego em ruas residenciais, permitindo o aparecimento de maior flexibilidade quanto à circulação e vivência do território dos cidadãos;
- Permitir às famílias dedicar mais tempo de atividade lúdica e desportiva aos filhos através de uma articulação com a vida da escola, do trabalho e oportunidades de acesso a experiências da comunidade;
- Tornar possível o jogo na criança pela criação de zonas pedestres, ruas fechadas ao trânsito e ciclovias comunitárias para todos os residentes;
- Defender e desenvolver programas de jogo e atividades desportivas e recreativas depois do período escolar e durante as férias escolares. Devem aproveitar-se as potencialidades das escolas e edifícios públicos para o desenvolvimento lúdico da comunidade;
- Assegurar melhores modelos de organização dos percursos da criança entre a habitação – escola – habitação, de modo a facilitar mais autonomia de mobilidade a pé ou de transportes públicos, diminuindo o stress e angústia dos pais sobre o problema da segurança e proteção dos filhos;
- Desenvolver políticas realistas de apoio a professores do ensino pré-escolar e primeiro ciclo no ensino de educação física, de atividades lúdicas, expressivas e desportivas;

* Um exemplo notável tem vindo a ser desenvolvido em Itália sobre cidades sustentáveis para rapazes e raparigas e centrado em três áreas fundamentais: 1- Áreas do Envolvimento (redução da poluição do ar; redução da poluição acústica e eletromagnética; gestão ecológica de sólidos urbanos; utilidade e praticabilidade dos espaços; combate às barreiras arquitetónicas; reestruturar os espaços verdes; mudar a interação homem/envolvimento; promover a mobilidade e a vida ativa; 2 – Áreas culturais (promover eventos públicos – eventos, feiras e festivais; capitalizar os lugares históricos e culturais e 3 – Áreas Institucionais (implementar os temas da Convenção Internacional dos Direitos das Crianças; implementação da Agenda 21 e participação em iniciativas e projetos para a infância).

CONFERÊNCIA

- Implementar os tempos de recreio (*recess time*) nas escolas de forma regular, através de melhor qualidade ambiental, materiais e equipamentos e supervisão pedagógica, permitindo o desenvolvimento de atividades de jogo e atividade física;
- Repensar as barreiras arquitetônicas da acessibilidade das crianças e jovens mais vulneráveis ou com necessidades especiais em atividades de jogo e aventura ao ar livre ou em espaços interiores;
- Plano de resolução de problemas das assimetrias sociais quanto ao acesso à mobilidade e jogo livre na cidade, considerando as crianças pobres, marginalizadas socialmente, desadaptadas ou superprotegidas;
- Implementar projetos de trabalho em parcerias com instituições universitárias sobre a implementação de programas de estimulação sobre atividade lúdica, física e desportiva (Agitar Lisboa?) e de Treino de Professores no sentido de certificar programas em animação e especialistas de jogo (*playworkers*) para a cidade.

A questão do controlo das energias e das margens de risco das crianças não é um problema da exclusiva responsabilidade dos pais. Mais margem de risco no jogo e desenvolvimento lúdico e motor fora de casa, depende de uma estratégia de planeamento urbano centrado na compreensão das necessidades de mobilidade das crianças e jovens. Em muitas cidades do mundo esta é uma questão central nas políticas de intervenção sobre o planeamento dos espaços pedestres, espaços de jogo e espaços verdes junto às habitações, escolas e lugares públicos. A autonomia de mobilidade na cidade depende de um conjunto de circunstâncias de organização adequada do espaço físico com qualidade e segurança. As ruas livres de trânsito, o acesso mais fácil a espaços e equipamentos de jogo, os projetos de animação lúdica e desportiva com especialistas bem formados (*playworkers*), são apenas alguns exemplos que ainda não se encontram desenvolvidos em Portugal. As estruturas políticas locais (Municípios, Juntas de Freguesia, etc.) e nacionais, deveriam desenvolver capacidades e estruturas em termos de meios materiais e recursos humanos relacionados com o objetivo de promover o jogo e aventura na infância e juventude. Em muitos países existe a figura de vereador ou ministro do jogo, e em outros casos, a figura de parlamento de crianças em que são discutidos os problemas concretos existentes na sua vida quotidiana. Por outro lado, os pais devem também participar ativamente em projetos comunitários para a promoção de oportunidades de jogo para os seus filhos. Está ainda por criar em Portugal o conceito de “espaço de aventura”, em que seja possível as crianças serem atoras no seu próprio espaço de jogo.

CONCLUSÃO

Ao longo deste texto procurou-se especular a ideia de que as crianças e jovens dos nossos dias estão sujeitos a estilos de vida muito diferentes do passado, nomeadamente na capacidade de construção adequada de reportórios lúdicos e motores, devido a uma diminuição progressiva de independência de mobilidade corporal (sedentarismo) e um aumento progressivo de constrangimentos sociais. Esta realidade implica uma reflexão científica e política atenta e preocupante sobre o que está a acontecer e virá a acontecer no futuro sobre as capacidades de adaptação orgânica, motora, perceptiva e social no desenvolvimento humano. As questões relacionadas com a prevenção da saúde pública (física e mental) devem ser equacionadas com a implementação de políticas públicas realistas para a infância e adolescência, adotando medidas legislativas e estratégias de intervenção e participação de todos os interessados no processo, procurando o aparecimento de padrões de qualidade de vida, através de um corpo mais ativo e mais social. Três dimensões devem merecer um destaque particular: mais consciência do valor da participação das crianças e dos pais e da escola no planeamento e uso do espaço urbano; mais soluções para tornar as cidades mais ativas, com mais mobilidade e qualidade ambiental, e em último lugar, iniciar um processo de aproximação multidisciplinar de diversos especialistas (cruzamento de saberes) como a melhor forma de transformar o atual estado de degradação das condições de existência das “culturas do corpo” na vida da cidade moderna, provocando o aumento da obesidade e outras patologias associadas ao sedentarismo na infância.

O problema dos estilos sedentários de vida das crianças não pode ser resolvido apenas por modestas transformações ou adaptações das características físicas dos espaços urbanos, escolares e residenciais ou melhoramento da oferta de programas organizados de jogo e exercício físico. Estas mudanças implicam a existência de uma nova filosofia política e atitude cultural na organização e planeamento sustentável do uso do espaço e tempo entre a vida familiar, laboral, escolar e comunitária.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Arez, A., & Neto, C. (1999). The study of independent mobility and perception of the physical environment in rural and urban children. In C. Neto & F. Vieira, *The Community of Play: XIV IPA Congress*, 21-25 de junho 1999 (p.111), Lisboa, Portugal: Faculdade de Motricidade Humana.

- Bjorklund, D., & Pellegrini, A. (2002). *The origins of human nature: Evolutionary developmental psychology*. Washington, USA: American Psychology Association.
- Bouchard, C., Malina, R., & Péruse (1997). *Genetics of fitness and physical performance*. Champaign, USA: Human Kinetics.
- Chawla, L. (2002). *Growing up in an urbanising world*. London, England: Earthscan Publications.
- Christie, J. (1997). Literacia: Contextos lúdicos enriquecidos. In C. Neto (Ed.), *O jogo e o desenvolvimento da criança* (pp. 140-149). Lisboa, Portugal: FMH.
- Garvey, O., & Falgairrette, G. (2004). L'activité physique habituelle au cours du développement. *Journal Applied Physiology*, 29(2), 201-220. doi:10.1139/h04-015
- Gibson, J. J. (1979/1986). *The ecological approach to visual perception*. Hillsdale, USA: Lawrence Erlbaum Associates.
- Ginsburg, K. (2007). The Importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191. DOI: 10.1542/peds.2006-2697
- Giuliniani, V., Alparone, F., & Mayer, S. (1997). *Children's appropriation of urban spaces*. Paper presented at the Urban Childhood Conference, 9-12 de June, Trondheim, Norway.
- Heurlin-Norinder, M. (1996). *Children, environment and independent mobility*. Recuperado de <https://fiaps.architecturez.net/system/files/pdf/1202bm1036.content.pdf>
- Hillman, M., & Adams, J. (1992). Children's freedom and safety. *Children's Environments*, 9(2), 11-22. doi:10.2307/41514860
- Horelli, L. (2001). A comparation of children's autonomous mobility and environmental participation in Northern and Southern Europe: The cases of Finland and Italy. *Journal of Community and Applied Psychology*, 11(6), 451-455. doi:10.1002/casp.644
- Kyttä, M. (1995). The affordances of urban, small town suburbs and rural environments. In *The International Conference Building Identities: Gender Perspectives on Children and Urban Space*. Amsterdam, Gender Studies Department of Royal Dutch Geographical Society.
- Kyttä, M. (2002). Affordances of children's environments in the context of cities, small towns, suburbs and rural villages in Finland and Belarus. *Journal of Environmental Psychology*, 22(1-2), 109-123. doi:10.1006/jevp.2001.0249
- Kyttä, M. (2003). *Children in outdoor contexts: Affordances and independent mobility in the assessment of environmental child friendliness*. Espoo, Finland: Helsinki University of Technology. Recuperado de <http://lib.tkk.fi/Diss/2003/isbn9512268736/isbn9512268736.pdf>
- Kyttä, M. (2004). The extend of children's independent mobility and the number of actualized affordances as criteria for child-friendly environments. *Journal of Environmental Psychology*, 24(2), 179-198. doi:10.1016/S0272-4944(03)00073-2
- Malho, M., & Neto, C. (2004). Espaço urbano e independência de mobilidade na infância. *Boletim do IAC* 73(11), 1-4. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/267388665_Espaco_urbano_e_a_independencia_de_mobilidade_na_infancia
- Marques, M., Neto, C., & Pereira, B. (2001). Changes in school playground and aggressive behaviour reduction. In M. Martinez (Coord.), *Prevention and control of aggression and the impact on its victims* (pp. 137-145). New York, USA: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Moore, L., Di Gao, A., Bradlee, L., Cupples, A., Sundarajan-Ramamurti, A., Proctor, M., ... Ellison, C. (2003). Does early physical activity predict body fat change throughout childhood. *Preventive Medicine*, 37(1), 10-17. doi:10.1016/S0091-7435(03)00048-3
- Neto, C. (1992). The present and future perspectives of play and playgrounds in Portugal. *Ludens*, 12(3-4), 83-89.
- Neto, C. (1994). A família e a institucionalização dos tempos livres. *Ludens*, 14(1), 5-10.
- Neto, C. (1997). Tempo & espaço de jogo para a criança: Rotinas e mudanças sociais. In C. Neto (Ed.), *O Jogo e o desenvolvimento da criança* (pp. 10-22). Lisboa, Portugal: FMH.
- Neto, C. (1999). O jogo e os quotidianos de vida da criança. In R. Krebs, F. Copetti & T. Beltram (Eds.), *Perspectivas para o desenvolvimento infantil* (pp. 49-66). Santa Maria, Brasil: SIEC.
- Neto, C. (2001). Aprendizagem, desenvolvimento e jogo de actividade física. In M. G. Guedes (Ed.), *Aprendizagem motora: Problemas e contextos* (pp. 193-220). Lisboa, Portugal: FMH.
- Neto, C., & Marques, A. (2004). A mudança de competências motoras na criança moderna: A importância do jogo de actividade física. In J. Barreiros, M. Godinho & C. Neto (Eds.), *Caminhos cruzados* (pp. 1-27). Lisboa, Portugal: Edições FMH.
- O'Brien, M., Jones, D., & Rustin, M. (2000). Children's independent spatial mobility in the urban public realm. *Childhood*, 7(3), 257-277. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/0907568200007003002>
- Pellegrini, A., & Smith P. (1998). Physical activity play: The nature and function of a neglected aspect of play. *Child Development*, 69(3), 577-598. doi:10.2307/1132187

CONFERÊNCIA

- Pereira, B., Mendonça, D., Neto, C., Valente, L., & Smith, P. (2004). Bullying in portuguese schools. *School Psychology International*, 25(2), 211-254. doi:10.1177/0143034304043690
- Pereira, B., Neto, C., Smith, P., & Angulo, J. (2002). Reinventar los espacios de recreo para prevenir la violencia escolar. *Cultura y Educación*, 14(3), 297-311. doi:10.1174/11356400260366115
- Rissoto, A., & Tonuci, F. (2002). Freedom of movement and environmental knowledge in elementary school children. *Journal of Environmental Psychology*, 22(1-2), 65-67. doi:10.1006/jevp.2002.0243
- Rubin, K., Fein, G., & Vandenberg, B. (1983). Play. In E. M. Hetherington (Ed.), *Handbook of child psychology: Socialization, personality, and social development* (Vol. 4, pp. 693-774). New York, NY: Wiley.
- Sallis, J., McKenzie, T., Conway, T., Elder, J., Prochaska, J., Brown, M., ... Alcaraz, J. (2003). Environmental interventions for eating and physical activity: A randomized controlled trial in middle schools. *American Journal of Preventive Medicines*, 24(3), 209-217. doi:10.1016/S0749-3797(02)00646-3
- Sandels, S. (1975). *Children in traffic*. Londres, England: Elek Books.
- Sarmento, M., & Pinto, M. (1997). As crianças e a infância: Definindo conceitos, delimitando o campo. In M. Sarmento & M. Pinto (Eds.), *As crianças: Contextos e identidades* (pp. 9-30). Braga, Portugal: Universidade do Minho.
- Serrano, J. (2004). *Mudanças sociais e estilos de vida no desenvolvimento da criança: Estudo do nível de independência de mobilidade e da actividade física nas rotinas de vida quotidiana em crianças de 8, 10 e 12 anos de idade no meio urbano* (Tese de doutoramento). Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa, Portugal.
- Tranter, P. (1993). *Children's mobility in Canberra: Confinement or independence?* (Ser. 7). Canberra, Australia: Department of Geography and Oceanography/ University College, Australian Defence Force Academy.
- Spek, M., & Noyon, R. (1995). Children's freedom of movement in the streets. In *The International Conference Building Identities: Gender Perspectives on Children and Urban Space*. Amsterdam, Gender Studies Department of the Royal Dutch Geographical Society.
- Vercesi, M. (1999). Milan: A city at play? A survey of the independent mobility of children. In C. Neto & F. Vieira (Eds.), *The Community of Play: XIV IPA Congress*, 21-25 de junho (pp.118-119). Lisboa, Portugal, Faculdade de Motricidade Humana.
- WHO (1998). *The World Health Report 1998: Life in the 21st Century – A Vision for All*. WHO, Genebra. 241pp.
- Wohlwill, J. F., & Heft, H. (1987). The physical environment and the development of the child. In D. Stokols & I. Altman, (Eds.), *Handbook of environmental psychology* (pp. 281-328). New York, NY: John Wiley and Sons.

A promoção do desenvolvimento da criança e adolescente: uma conceção integral necessariamente multidisciplinar

Jorge Manuel Amado Apóstolo

INTRODUÇÃO

Os resultados em saúde e obtidos no século XX contribuíram para que nos anos 90 e início do século XXI o paradigma dos cuidados à criança se tivesse alterado profundamente.

As questões foram centradas em outro tipo de realidades que passaram a ocupar um espaço muito próprio. As preocupações tinham que ser diferentes, pois os problemas tradicionais estavam em retrocesso acelerado. O decréscimo das situações de morte infantil por doenças transmissíveis, problemas respiratórios, gastrointestinais e outros é suficiente para explicar que as taxas de mortalidade infantil e as suas componentes tenham caído para valores dificilmente imagináveis nos anos 50 ou 60. Algum do enquadramento teórico desta nova realidade foi efetuado em Portugal por Gomes-Pedro (1999) e o termo *nova pediatria* passou a fazer parte do léxico dos enfermeiros e de outros profissionais ligados à prestação de cuidados de saúde à criança. O termo tem a sua génese na pediatria social e evolui pela pediatria do desenvolvimento, responsável pela grande viragem de conceitos pediátricos do nosso século.

A mudança de paradigma na saúde infantil e na pediatria, as alterações verificadas nas circunstâncias, conceitos, e atitudes, justificavam então que se repensasse o tipo de assistência prestado às crianças e jovens, obrigando a rever, a recriar e a inovar intervenções capazes de dar sentido e substância um modelo de bem-estar da criança mais situado no familiar, comunitário e social, e menos nos esquemas tradicionais biomédicos.

As evidências de que o desenvolvimento depende fortemente da influência do ambiente – social, biofísico, psicológico e ecológico – foram-se acumulando e Gomes-Pedro, ainda em 1999, propôs um conjunto de áreas *core* nos quais se se jogaria o êxito desta nova abordagem: intervenções promotoras do desenvolvimento em fases precoces; a compreensão profunda dos sistemas intrínsecos da criança que podem explicar determinadas doenças; apoio centrado na família; diagnóstico precoce e intervenção atempada face à emergência de problemas comportamentais, determinantes de novas vulnerabilidades; a prevenção do stresse, cada vez mais invasivo da vida individual e dos comportamentos de relação, e a promoção de mais resiliência; a saúde escolar como pólo de intervenção que assegure um espaço e um tempo privilegiados de educação e de promoção da saúde, simultaneamente; o desafio da inclusão de crianças e famílias diferentes; a adaptação da criança e da família à doença crónica.

É assim que no virar do século XX estes conceitos emergiram como *transformadores* na saúde infantil e pediatria, tendo inclusivamente influenciado os programas de formação inicial e de especialização de médicos e enfermeiros. No entanto, esta perspetiva não impediu que se continuasse a olhar para as questões tradicionais da pediatria. Na verdade as doenças agudas, apesar da sua redução, não desapareceram, as problemáticas ligadas às urgências pediátricas continuam, pelo que, por exemplo, a aposta em infraestruturas têm continuado a fazer parte da agenda (Hospital Pediátrico de Coimbra; Centro Materno-Infantil do Norte). Também se mantiveram no nosso país muitas bolsas de pobreza que, habitualmente, influenciam a emergência ou reemergência de velhos problemas. Neste sentido, coexiste de facto uma nova e uma velha pediatria.

Fazendo eco destas transformações, os vários planos nacionais e respetivos programas, nas áreas da saúde da criança, têm sido portadores de mudanças importantes e elementos de continuidade, mas globalmente têm sido colocadas na agenda transformativa prioridades mais consentâneas com as questões emergentes da *nova pediatria* sem descuidar propostas de solução para os problemas restantes da *velha pediatria*.

É assim, neste contexto, que a promoção do desenvolvimento adquire uma importância decisiva. Deve ser desenvolvida por todos os profissionais do sistema *educare*, sendo que no caso dos enfermeiros foi produzido um guia de boas práticas, publicado pela Ordem dos Enfermeiros em 2010.

O objetivo central desta comunicação é identificar condições de sucesso na promoção do desenvolvimento, enfatizando: mudanças conceptuais coerentes com a promoção do desenvolvimento; modelos e ferramentas coerentes com a promoção do desenvolvimento.

O trabalho resulta, em boa medida, da reflexão sobre formação adquirida nesta área, particularmente após 2004 aquando do primeiro encontro com os professores Brazelton e Gomes-Pedro, da experiência de cerca de 30 anos no ensino enfermagem de saúde infantil e pediatria, da sua especialização nesta mesma área, e da leitura crítica que faz dos modelos de promoção do desenvolvimento da criança e do adolescente.

Condições de sucesso na promoção do desenvolvimento das crianças se adolescentes no século XXI

Reconhece-se que o desafio da promoção do desenvolvimento é enorme e, perante o gigantismo das tarefas, o sucesso tem mais probabilidades de ocorrer com equipas determinadas, privilegiando abordagens conceptualmente multidisciplinares e mesmo interdisciplinares, que acreditem no valor do trabalho em equipa e que produzam conhecimento, também para além fora das estritas fronteiras disciplinares, e implementem práticas cada vez mais baseadas na evidência.

Deste modo, vários modelos se têm desenvolvido e, embora ainda não totalmente aproveitados todas as suas potencialidades, de algum modo dão coerência e consistência à visão mais atual do desenvolvimento. As dissimilaridades com modelos clássicos traduzem-se em novos conceitos, mudanças no papel dos vários atores, em novos instrumentos e ferramentas utilizadas pelos vários profissionais.

Mudanças conceptuais coerentes com a promoção do desenvolvimento

As principais considerações teórico-conceptuais caracterizam-se por uma coerência entre o desenvolvimento da criança, os profissionais que estão envolvidos, e os pais como grandes mediadores e responsáveis pela criação de condições das crianças poderem expressar todo o seu potencial.

Alguns dos eixos estratégicos desta visão assentam nos seguintes pressupostos: O desenvolvimento não é linear nem contínuo, caracterizando-se por surtos evolutivos, e pausas e mesmo movimentos regressivos; O desenvolvimento é multidimensional, pelo que os avanços significativos numa área coexistem frequentemente com regressões ou paragens em outras áreas. O esforço da criança, necessário à melhoria de aptidões, conduz a um eventual movimento retrocedente noutras dimensões. Trata-se de um mecanismo normal utilizado pelo sistema nervoso de forma a proteger a criança de uma sobrecarga de muito difícil gestão; Regressões no comportamento das crianças levam à desorganização parental. Esta acarreta sentimentos de frustração, insegurança, redução de autoestima, incapacidade, excesso de protecção da criança, intervenções desajustadas, intrusivas, podendo gerar, de facto, vulnerabilidades na criança e na família; Os cuidados antecipatórios podem facilitar a resposta parental. Se os profissionais puderem agir de modo precoce e organizador, as intervenções parentais ajudarão a criança a ultrapassar essas fases com segurança e capacidades ampliadas. Por seu lado, o senso de competência percebido pelos pais sairá reforçado assim como o seu papel determinante; A colaboração entre os pais e os profissionais é, assim, fundamental para a efetividade/ qualidade dos cuidados antecipatórios, pelo que a sua centralidade na família, como a parceira de cuidados, mesmo em ambientes complexos, é possível e desejável; Os profissionais trabalham com as famílias e devem ter uma atitude colaborativa, de envolvimento empático, não impositivo e prescritivo, promovendo a autonomia, autodisciplina, e a tomada de decisão dos pais. Estes são os decisores e últimos responsáveis pelo *educare*. Esta aliança é trabalhada precocemente pelos profissionais a partir de crenças, valores princípios e pressupostos parentais, (Brazelton, 1992; Brazelton & Greenspan, 2002; Brazelton & Sparrow, 2005). Evidenciam-se os seguintes: Compreender e valorizar a relação com os pais - um dos pontos mais significativos dos profissionais é que têm acesso facilitado aos pais. Os contextos onde se exercem funções são ricos em relações humanas, pelo que ganhar a confiança dos pais é fundamental. Há ligações que perduram toda a vida, sendo esta vinculação mediada pelo respeito, empatia, confiança, aprendizagem mútua; Usar o comportamento da criança como fazendo parte da sua linguagem – os profissionais que trabalham com crianças sabem, pela sua prática clínica diária, que as crianças especialmente quando ainda não comunicam verbalmente o fazem por outros modos não-verbais. Assim, o comportamento da criança e a sua comunicação não-verbal são também a sua linguagem. Em determinadas fases do desenvolvimento as crianças são peritas na comunicação não-verbal, pelo que os profissionais e os pais esforçam-se por compreender essa linguagem da criança e responder de forma adequada; Reconhecer aquilo que cada profissional traz para a interação – cada um de nós pode ser portador de elementos relevantes para a criança e família. Que podemos acrescentar? Como podemos ajudar? Como informamos e esclarecemos? Como articulamos as nossas intervenções? Estas são questões fundamentais a temos de dar resposta; Estar disponível para discutir assuntos que vão para além do seu papel tradicional – como as fronteiras disciplinares são flexíveis, é expectável que

os papéis se alterem. Portanto os pais podem procurar respostas sem conhecer bem a função específica que cada um ocupa. Podem colocar questões difíceis, fora do nosso âmbito imediato de acção. Podemos sempre valorizar, encaminhar quando sabemos existirem outros profissionais em melhor posição; Aproveitar as oportunidades para promover a mestria parental – realizar intervenções oportunas que favoreçam o papel parental é muito significativo. O objectivo é tornar os pais cada vez mais peritos nos seus filhos; Concentrar-se na relação pais/criança, focalizando a paixão onde a encontrar – a paixão por uma criança é decisiva para os pais e para a criança. Valorizar algo mesmo em circunstâncias difíceis ou com crianças *diferentes*, é fundamental para aumentar o senso de competência parental. Elogiar é importante, mesmo que aparentemente o sucesso das intervenções parentais seja mínimo; Valorizar a desorganização e a vulnerabilidade como oportunidades – sempre. A cada problema uma oportunidade. O desenvolvimento é uma aventura e por melhor que seja o seu mapeamento há imponderáveis, insucessos, frustrações, alterações de expectativa, momentos de vulnerabilidade, transições difíceis. Estas, se bem ultrapassadas, tornam a família mais forte, mais capaz, mais resiliente; Os pais são peritos nos seus filhos - em princípio são os melhores cuidadores, pois estão dentro da história das crianças desde a sua génese. Podemos aprender com os pais e partilhar; Todos os pais têm forças – sim, mesmo em situações limite os pais são heróis. Não buscar forças ao seu interior, ultrapassam obstáculos extraordinários, por isso é com eles que trabalhamos; Todos os pais querem fazer bem com os seus filhos – este é o princípio genérico, mas se a realidade concreta parece, em várias situações, não se coadunar, é decisivo o desafio lançado aos profissionais na orientação parental, na criação de condições para a emergência de paixão pela criança. Somos portanto chamados a desenvolver projetos de apoio à parentalidade e que concretizem um dos reptos enunciados pela *nova pediatria* – o apoio à génese da família; Todos os pais têm algo de fundamental a partilhar em cada etapa do desenvolvimento – torna-se de fácil compreensão este princípio porque as crianças no processo de crescimento e desenvolvimento ultrapassam metas, refinam aptidões, e os pais devem ter espaço para estas partilhas. Uma meta ultrapassada pela criança aumenta o senso de competência parental, eleva as expectativas e põe em marcha um conjunto de forças internas e mobiliza competências que asseguram as condições para um melhor desenvolvimento; Todos os pais têm sentimentos ambivalentes – ser pai ou mãe exige uma disponibilidade quase total, que por vezes parece incompatível com outras tarefas da vida e do desenvolvimento dos pais. A ambivalência, como fenómeno afetivo expressa a coexistência ou simultaneidade de paradoxos emocionais ou sinais contraditórios em relação à criança e ao processo de parentalidade. Embora inerente ao ser humano, pode conduzir a uma culpabilidade extrema, pelo que há que fazer a sua acomodação o mais natural possível; A parentalidade é um processo de tentativa/erro – a realidade demonstra que ser pai ou mãe é para toda a vida. A aprendizagem por tentativa-erro faz parte do processo de aprendizagem, considerando-se que o erro pode desencadear processos de melhoria sucessivos. Esta abertura exige que os profissionais não culpabilizem, mas compreendam, motivem, elogiem, estejam disponíveis, transmitam confiança, transmitam esperança.

As fronteiras disciplinares entre os vários profissionais, ao invés de rígidas, hierárquicas, devem ser flexíveis. Esta abertura ao outro profissional, no mesmo contexto, e com os mesmos interesses, gerará novas atitudes e conhecimentos que serão partilhados de forma mais natural, pois a sua construção é conjunta. As disciplinas poderão permanecer mas serão reconfiguradas e poderão articular-se de forma a contribuir para respostas a problemas sucessivamente complexos.

O processo de desenvolvimento tem momentos-chave, etapas funcionais, que ocorrem de forma quase sempre explícita e mapeada. Esta *planta topográfica* é fundamental para uma acção integrada dos vários profissionais com os pais, promovendo cuidados antecipatórios - antes dos momentos chave ou *touchpoints*.

Modelos e ferramentas coerentes com a promoção do desenvolvimento e o contributo das neurociências

Desde os anos 90 que Brazelton desenvolve um modelo capaz de dar corpo teórico e enquadrar as intervenções dos vários profissionais que prestam cuidados aos pais e crianças, os designados *pontos de referência/touchpoints* (Brazelton & Sparrow, 2005; Singer, 2007).

Este modelo é, antes de mais, um conceito que se refere a períodos que ocorrem durante o desenvolvimento da criança em que os seus esforços podem resultar em ruturas no processo familiar. Particularmente nos primeiros anos de vida, os *touchpoints* giram à volta atividades de vida da criança que exigem dos pais uma adequada prestação de cuidados - alimentação, sono, disciplina, higiene).

A criança realiza a negociação de cada etapa, sinalizando sempre que a performance numa área pode ter repercussões em outras, podendo tornar-se aparentemente problemáticas. O ultrapassar de cada uma destas etapas promove um desenvolvimento harmonioso, pelo que tomar consciência destes *touchpoints* e das necessárias intervenções adaptativas reduz os padrões negativos de resposta, cuja consequência pode resultar em vulnerabilidades, por exemplo nas áreas atrás definidas.

Os pais sentem-se mais aptos se puderem antecipar os saltos e as regressões. Particularmente quando enfrentam as regressões comportamentais da criança, interrogam-se sobre o que está a acontecer, ora a partilha dos pontos de referência ajuda-os a sentirem mais confiança em si próprios e na criança. Deste modo, como modelo conceptual, a estrutura dos pontos de referência fundamenta intervenções profissionais que melhoram os cuidados prestados às famílias.

Este modelo potencia e é potenciado por ferramentas clínicas capazes de, muito precocemente, fazer a diferença nos cuidados. Uma das ferramentas mais trabalhada ao longo dos últimos 30 anos é a avaliação neurocomportamental, naquilo que ela tem de mais original, a partilha com a família, motivando o profissional a deslocar-se da sua zona de conforto – a avaliação meramente técnica – para terrenos mais complexos e que passam por aconselhamento face ao perfil neurocomportamental encontrado.

Brazelton e Sparrow (2005) definem a fase de recém-nascido como o segundo ponto de referência do Modelo *Touchpoints*, representando um período em que a família precisa de apoio e se encontra permeável à intervenção dos profissionais. Sendo assim, esta fase apresenta um enorme potencial para demonstrar aos pais as características, os comportamentos e as competências do bebé, valorizando-o como ser único e promovendo a vinculação.

De acordo com Gomes-Pedro (2005), assume-se que o recém-nascido é um ser social, com capacidade para responder adequadamente aos estímulos sensoriais e sociais, tornando-se progressivamente um parceiro competente, que interage com o meio. Deve ser reconhecido como ativo nas relações que estabelece com os outros seres humanos, possuindo mecanismos de ajustamento e aptidões para captar e integrar informação e realizar comportamentos.

Gomes-Pedro (2003) esclarece que a *Clinical Neonatal Behavioral Assessment Scale* (CLBAS), mais tarde designada como *Neonatal Behavioral Observations* (NBO), permite avaliar quatro sistemas de organização sináptica do recém-nascido: o autonómico, o motor, o de organização de estádios e o da resposta social e interativa.

O sistema autonómico é avaliado através das modificações de coloração cutânea ao longo da observação, dos tremores, dos sustos e do nível de atividade. Por sua vez, no sistema motor são avaliados os reflexos, o tónus e a atividade motora global. Relativamente ao sistema de organização de estádios, é avaliada a habitação, a autoconsolação, o choro e a regulação de estádios ao longo da observação. Por último, no sistema de resposta social e interativa, é avaliada a resposta do recém-nascido a sons, objetos, voz e face.

A aposta no de desenvolvimento de ferramentas para os vários *touchpoints* portanto é fundamental, considerando as necessidades irreduzíveis da criança e outros factores de desenvolvimento.

A ampliação das tarefas é enorme pelo que só uma conceção interdisciplinar e uma prática clínica multiprofissional podem articular respostas globais.

Atentemos aos desafios que vêm sendo percorridos e se vão complexificando para esta tomada de consciência: planeamento familiar efetivo, gravidez acompanhada, de forma a nascer bem; alimentação – O paradigma do aleitamento materno exclusivo, ou predominante, nos primeiros meses de vida; A sua ligação com a saúde em geral mas igualmente a sua importância na vinculação; proteção física e/ambiente seguro – o papel das relações afetivas contínuas e os processos de vinculação – o ambiente seguro desde as questões ecológicas às de carácter psicoafetivo; creches e/ou amas de qualidade nos primeiros meses, e a redefinição do papel central dos avós; experiências adaptadas às diferenças individuais – temperamento como variável fundamental; consumo de *conteúdos online*, televisão – geração digital – redes sociais; sono e repouso. De uma importância crescente em todas as idades e etapas do desenvolvimento; controlo de esfíncteres - *timing* certo; atividade lúdica, o brincar como expressão e fator de desenvolvimento; limites, de organização e de expectativas. A disciplina e as regras; as comunidades e apoio estáveis e de continuidade cultural. As vantagens de crescer em comunidades seguras, organizadas, solidárias, ao invés e outras mais fragmentadas, inseguras e guetizadas.

Em todas estas áreas, necessidades irreduzíveis, ou factores de desenvolvimento, são fundamentais as intervenções dos vários profissionais do sistema *educare*. O compromisso vai desde a investigação à prática clínica, modelada e enformada sempre que possível pela melhor evidência. Sabemos que se torna importante este compromisso porque com tamanhas tarefas terá de haver uma forte articulação e integração. Por exemplo é indubitável que dificilmente podemos discutir a amamentação bem-sucedida sem a vinculação, a alimentação sem o sono e a disciplina, o brincar e a prevenção da obesidade sem a alimentação, o temperamento sem promoção da segurança, e assim sucessivamente. É neste contexto que falamos da absoluta necessidade de todo o sistema *educare* se articular com as famílias, particularmente os pais, para que o cuidado à criança seja integral e potenciador da felicidade e desenvolvimento.

Este modelo e estas áreas, necessidades irreduzíveis, ou factores de desenvolvimento têm ainda em conta toda a investigação produzida e a relevância que algumas áreas científicas têm tido na saúde, como é o caso das neurociências. A título de exemplo podemos elencar alguns desses contributos: a análise da neurociência sobre a adaptação na infância; as experiências

CONFERÊNCIA

que modelam o desenvolvimento inicial do sistema nervoso central; a regulação de comportamentos sociais e sua influência genética; as experiências emocionais de conteúdos positivos e a sinaptogênese; o mapeamento sensorial como substrato nervoso para as diferenças individuais, tomada de consciência social da infância e escolhas rápidas e inteligentes a pistas contraditórias na infância; sistemas cerebrais para a aprendizagem e memória que possibilitam as cognições e o planejamento; mapeamento de circuitos nervosos ligados à linguagem; comportamentos de vinculação, de origem biológica, mas podendo ser aprendidos, afinando o conforto e o afeto; a excitação emocional e a formação de memórias; a experiência precoce e a modulação da vulnerabilidade ao stress;

Este foco neurobiológico não anula as condições ambientais, pelo contrário, torna-nos mais conscientes da biologia, dos genes, mas é o ambiente que modera, potencia, modela e modula a expressão biológica e genética, garantindo assim a todo o sistema *educare* uma influência determinante no desenvolvimento humano.

CONCLUSÕES

Do que se pode constatar podemos concluir que a promoção do desenvolvimento é um mundo de oportunidades que os profissionais de saúde têm, com as famílias, no sentido de descobrir a felicidade e a emergência de todo o potencial das crianças.

Após um enquadramento em que se procurou identificar o ponto da situação, demonstrámos que existem mudanças conceptuais muito consideráveis, indispensáveis para uma nova abordagem do desenvolvimento e da sua promoção, mais centrada em visões multidisciplinares e valorizando os pais como elemento central dos cuidados.

Dando coerência a esta visão, identificámos igualmente modelos e ferramentas coerentes com estas mudanças, evidenciámos ainda alguns campos de investigação de ciências emergentes, como as neurociências, cujos efeitos na compreensão do desenvolvimento vai ter implicações clínicas significativas.

Deste modo, os objetivos foram amplamente atingidos. Reconhecemos que, no sentido do desenvolvimento humano integral, há imensas intervenções por realizar, outras em execução, outras ainda que não estão claras e precisam de um rumo. Urge continuar a trabalhar. Parece ser atualmente ainda mais evidente que *a criança é o pai do homem* como referia Wordsworth no século XIX.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brazelton, T. B. (1992) *Touchpoints: Emotional and behavioral development*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Brazelton, T. B., & Greenspan S. I. (2002). *A criança e o seu mundo: Requisitos essenciais para o crescimento e aprendizagem*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Brazelton, T. B., & Sparrow, J. (2005). Touchpoints. Anticipatory guidance in the first care: Foundation for a lifetime of learning and loving. *Dimensions of Early Childhood*, 35(3), 4-11.
- Gomes-Pedro, J. C. (1999). *A criança e a nova pediatria*. Lisboa, Portugal: Serviço de Educação Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gomes-Pedro, J. C. (2003). CLNBAS: A avaliação neuro-comportamental do RN para aplicação clínica. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 34(6), 389-391.
- Gomes-Pedro, J. C. (2005) *Para um sentido de coerência na criança*. Lisboa, Portugal: Publicações Europa-América.
- Singer, J. (2007). The Brazelton Touchpoints™ Approach to Infants and Toddlers in Care: Foundation for a Lifetime of Learning and Loving. *Dimensions of Early Childhood*, 35(3), 4-11.

PAINEL: “TEMAS CHAVE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO SÉCULO XXI”

Comportamento alimentar da criança: a influência parental

Elsa Maria do Vale Leiras*

Resumo: Os pais influenciam o estilo alimentar dos filhos, pois são eles que definem a alimentação mais ou menos saudável em casa (Viana et al., 2009). Neste sentido, para promover estilos de vida saudáveis e intervir precocemente, há que conhecer/compreender a criança, a sua família e os estilos alimentares familiares.

O presente estudo pretendeu analisar a relação entre os comportamentos alimentares das mães e os comportamentos alimentares das crianças com 3 anos. Para tal, realizou-se um estudo descritivo-correlacional com uma amostra probabilística de 119 crianças com 3 anos e as suas mães. Dos resultados constata-se que, 33,6% das mães e 35,2% das crianças têm excesso de peso e obesidade. As correlações entre cada uma das dimensões do comportamento alimentar da criança e da mãe são estatisticamente significativas e positivas: Prazer em comer, Sobre-ingestão emocional, Resposta à saciedade, Ingestão lenta, Desejo de beber, Seletividade, Sub-ingestão emocional e Resposta à comida.

Os resultados corroboram os estudos que referem que os comportamentos alimentares das mães influenciam os comportamentos alimentares das crianças. Assim, as intervenções de Enfermagem devem ter na sua base a compreensão da complexidade do comportamento alimentar infantil e dos seus determinantes, na promoção e educação para a saúde da família e dos seus membros, nos seus contextos de vida.

Palavras-chave: comportamento alimentar; comportamento materno; promoção da saúde; parentalidade; pré-escolar

Abstract: Parents influence the eating habits of their children as they are the ones who define what kind of more or less healthy food will be there at home (Viana et al., 2009). Accordingly, in order to promote healthy lifestyles and intervene earlier, we must know/understand the child, the family she belongs to and their family food style.

This study intended to find out which is the relationship existing between the eating behaviour of the mother and her three-year old child. In order to do this, a descriptive - correlational study has been made, using a probabilistic sample of 119 children of three years old and their mothers. From the results obtained it is observed that, 33,6% of the mothers and 35,2% of the children are overweight and suffer from obesity. The correlations existing between each one of the dimensions of the eating behaviour of the child and of the mother are statistically significant and positive: Enjoyment of food, Emotional over-eating, Satiety responsiveness, Slowness in eating, Desire to drink, Food Fussiness, Emotional under-eating and Food responsiveness. The results corroborate those studies that refer eating behaviours of the mothers as influencing the eating behaviours of their children. Therefore, the nurse care interventions must be based on the understanding of the complexity of the child behaviour and its determinants, on the promotion and education of the family and of each one of its members for health and on their life contexts.

Keywords: feeding behavior; maternal behavior; health promotion; parenting; preschool

INTRODUÇÃO

Atualmente, a intervenção em saúde com as crianças tem na sua base a valorização do contexto familiar, como o seu primeiro ambiente de aprendizagem, enfatizando a grande influência deste no desenvolvimento físico e psicossocial da própria criança. A sociedade em geral, pais, outros membros do agregado familiar e pares, moldam os hábitos alimentares das crianças, aos quais se juntam diversos fatores externos, tais como a publicidade e os media em geral, o contexto social em que se efetua a ingestão de alimentos, para além da influência genética e das experiências alimentares precoces (Portugal, 2013).

* Enfermeira no ACES Cávado III Barcelos/Esposende, Mestre em Enfermagem de Saúde Comunitária

A investigação de hábitos alimentares emerge como um dos grandes desafios em estudos epidemiológicos. Na origem de tal facto, estará o aumento da prevalência de excesso de peso e obesidade na faixa etária pediátrica na Europa. Considerada já uma epidemia, na qual Portugal é afetado em larga escala, é evidente a gravidade atual e a que se prevê no futuro. Os estilos alimentares têm influência na idade adulta, criando assim um problema de saúde crescente na próxima geração, mas também nas atuais porque estão descritas consequências adversas para a saúde nas crianças e adolescentes. Vários estudos apresentados pela World Health Organization (WHO, 2003, 2012), pretendem identificar os determinantes do excesso de peso e obesidade, apontando para uma associação entre vários fatores intervenientes, quer os comportamentos, quer a própria dieta, o que no caso das crianças se relaciona diretamente com o ambiente familiar.

ENQUADRAMENTO

O Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2013) aponta como objetivos para os cuidados de saúde a crianças a estimulação de comportamentos saudáveis relacionados com a nutrição adequada à idade, prevenindo práticas alimentares desequilibradas. Os hábitos alimentares vão sendo adquiridos no seio da família. Para que a criança incorpore hábitos de uma alimentação equilibrada os pais e, em geral todos os adultos com quem a criança contacta, devem servir de modelos.

Partindo deste pressuposto, a influência da família na aquisição de hábitos alimentares por parte das crianças é inquestionável. Os pais constituem-se modelos de aprendizagem associados ao contexto sociocultural. Através do seu próprio comportamento, servindo de modelo, os pais influenciam o estilo alimentar dos filhos e as suas escolhas alimentares, pois são eles que de uma maneira geral definem a alimentação mais ou menos saudável dentro de suas casas (Viana et al., 2009), através das suas próprias escolhas, certas ou erradas, e constituem o primeiro ambiente de aprendizagem com o potencial para desenvolver estilos de vida saudáveis. Os primeiros seis anos de idade são os mais importantes para desenvolver bons hábitos alimentares para a vida e os hábitos alimentares no 2.º e 3.º anos de vida tendem a manter-se nos anos seguintes (Stanhope & Lancaster, 2011).

A propósito dos alimentos da família, também de um modo geral, é socialmente declarado que as crianças, a partir do primeiro ano de idade, comem “tudo” o que os pais comem, de tal forma, que os hábitos alimentares dos pais são considerados a melhor fonte de informação para as crianças. Saliente-se, ainda, que é a mãe a pessoa de referência para as crianças no que diz respeito à alimentação, sendo que as mães que selecionam os alimentos segundo os critérios de qualidade e não apenas no sabor, proporcionam refeições mais saudáveis aos seus filhos (Rossi, Moreira, & Rauen, 2008). Além disso, as práticas alimentares dos pais podem surgir como modelos adequados para as preferências alimentares das crianças ou, pelo contrário, como promotoras de hábitos desequilibrados. Segundo Andrade, Ramos, e Barros (2010), o conhecimento nutricional dos pais relaciona-se com os hábitos alimentares das crianças. No entanto, em muitas circunstâncias, as práticas alimentares baseiam-se nas preferências alimentares, na percepção parental de peso e na preocupação parental com o peso da criança, não havendo concordância com os conhecimentos nutricionais dos pais, sendo necessária uma intervenção diferenciada nestas variáveis.

Diversos estudos no âmbito da alimentação infantil abrangem as crianças na idade pré-escolar, nomeadamente a partir dos 3 anos, avaliando programas e estratégias de intervenção nessa faixa etária (Fernandes, 2011; Ferreira, 2010; Rito et al., 2011; Sousa, 2009). Nestas idades as crianças já têm um papel interventivo devido ao seu desenvolvimento psicomotor, social e à sua autonomia. Contudo, a intervenção precoce fica comprometida, pois do nascimento até à idade pré-escolar, e sensivelmente, até aos 3 anos de vida, podem instalar-se hábitos não saudáveis no que diz respeito à alimentação, difíceis de reverter, provocando alterações de crescimento e nutricionais (WHO, 2003; Viana, 2002), bem como a instauração e fixação de comportamentos e atitudes face à alimentação. A valorização dos cuidados antecipatórios como fator de promoção da saúde e de prevenção da doença, nomeadamente facultando aos pais, informação necessária ao melhor desempenho no que respeita à promoção de uma alimentação saudável, constitui um desafio constante na saúde, como é salientado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Portugal, 2013). Assim, a intervenção dos profissionais de saúde com pais de crianças, que integram a diversificação alimentar, assenta na educação para a saúde aliada à aceitação da autonomia das crianças e na compreensão das práticas educativas parentais. Contudo, o efeito deste tipo de informação na mudança dos comportamentos alimentares infantis não é claro, pelo que é necessário conhecer o tipo e as influências do comportamento alimentar dos pais no regime alimentar praticado nos seus filhos.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Reconhecendo as lacunas existentes em Portugal ao nível da vigilância alimentar e nutricional infantil e da influência dos seus determinantes que podem ser precocemente modificáveis, justificam-se contributos nesta área pela escassez de trabalhos com crianças menores de seis anos e suas famílias, o que se traduz em insuficiente pesquisa que sustente métodos efetivos para intervir precocemente. Por outro lado, o nível de conhecimentos sobre o comportamento alimentar até aos 3 anos de idade é reduzido no nosso país, pelo que se considera importante caracterizar esta população no que se refere aos comportamentos alimentares.

É esta linha de pensamento que orientou a pergunta de investigação deste trabalho: qual a relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade?

A pertinência do estudo reside na descoberta de resultados práticos na avaliação dos comportamentos alimentares das mães e da sua influência nas práticas alimentares das crianças que integram o regime alimentar familiar aos 3 anos de idade. Para dar resposta à questão de partida pretendeu-se analisar a relação entre os comportamentos alimentares das mães e os comportamentos alimentares das crianças com 3 anos, no concelho de Barcelos. No sentido de obter uma compreensão mais vasta dessa relação, definiram-se os seguintes objetivos específicos: descrever o estado nutricional da mãe; descrever os comportamentos alimentares da mãe; descrever o estado nutricional das crianças; descrever os comportamentos alimentares das crianças; avaliar a associação do índice de massa corporal (IMC) da criança com o seu comportamento alimentar; avaliar a relação entre o comportamento alimentar da mãe e o comportamento alimentar da criança; avaliar a associação do IMC da mãe com o IMC da criança.

Na tentativa de estabelecer a relação entre as variáveis do estudo, foram formuladas sequencialmente hipóteses:

- O IMC da criança relaciona-se com o seu comportamento alimentar;
- O comportamento alimentar da mãe relaciona-se com o comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade;
- O IMC da mãe relaciona-se com o IMC da criança.

METODOLOGIA

A fim de dar resposta aos objetivos foram selecionadas as crianças com 3 anos inscritas nas dez unidades funcionais de saúde do ACES Cávado III, da região norte do concelho de Barcelos, abrangendo 30 das 61 freguesias do concelho.

O estudo teve como população alvo 179 crianças que completaram 3 anos entre novembro de 2013 e janeiro de 2014, inscritas na área de influência das dez unidades de saúde, e as respetivas mães, que coabitam com as mesmas, obtendo uma amostra de disponíveis com 119 crianças e suas mães.

Foram operacionalizadas as variáveis *comportamento alimentar da mãe*, *comportamento alimentar da criança com 3 anos de idade*, *estado nutricional associado ao índice de Massa Corporal da criança e da mãe*. Os comportamentos alimentares foram medidos através do *Child Eating Behaviour Questionnaire* (CEBQ) construído e validado por Wardle, Guthrie, Sanderson e Rapoport (2001; versão para investigação traduzida e adaptada por Viana & Sinde, 2008).

Deste modo, além das variáveis comportamento alimentar da criança e comportamento alimentar da mãe, operacionalizam-se ainda as variáveis sociodemográficas e antropométricas da criança e da mãe.

O estudo decorreu de outubro de 2013 a setembro de 2014, englobando dois momentos de recolha de dados, através de dois instrumentos. Para a abordagem do comportamento alimentar das crianças foi adotado o Questionário do Comportamento Alimentar de Crianças, ou *Child Eating Behaviour Questionnaire*, construído e validado por Wardle, Guthrie, Sanderson e Rapoport (2001; versão para investigação traduzida e adaptada por Viana & Sinde, 2008) validado para a população portuguesa na faixa etária deste estudo. Este questionário permite avaliar os comportamentos alimentares ou os estilos alimentares das crianças com diferentes valores de IMC no que concerne a oito dimensões que os caracterizam, que se agrupam em duas grandes dimensões: a Resposta à saciedade (SR), Ingestão lenta (SE), Seletividade (FF) e Sub-ingestão emocional (EEU) traduzem comportamento de *evitação da comida*. A Resposta à comida (FR), o Prazer em comer (EF), a Sobre ingestão emocional (EEO) e o Desejo de beber (DD) traduzem comportamentos de *atração pela comida* (Viana & Sinde, 2008). As oito dimensões distribuem-se por 35 itens que são avaliados numa escala tipo *Likert* de 5 pontos, em que 1 corresponde a *Nunca* e 5 corresponde a *Sempre*. A investigação dos comportamentos alimentares das crianças é realizada através das respostas dos pais ou cuidadores das crianças ao CEBQ.

Para a abordagem do comportamento alimentar das mães, foi adaptado pela investigadora o CEBQ, mantendo as mesmas dimensões e itens, de modo a ser autopreenchido pelas mães, denominando-se Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe. Foi aplicado pré-teste a 11 mães que reuniam as mesmas características das mães que integraram o estudo. A análise dos dados foi efetuada com recurso a técnicas de estatística descritiva e a medidas de associação, tendo-se utilizado a *correlação de Pearson*.

Para testar a homogeneidade das variâncias recorreu-se ao teste de Levene. Na estatística inferencial foi utilizada a estatística paramétrica (teste *t de student*). Recorreu-se ainda ao teste de independência do qui-quadrado. Os coeficientes de correlação utilizados foram os propostos por Pestana e Gageiro (2005).

O nível de significância admitido foi de 5%. O *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 17.0 foi o software utilizado no tratamento de dados.

RESULTADOS

Os resultados referem-se às 119 mães que responderam ao Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe e a 119 crianças, cujos comportamentos foram avaliados pelo CEBQ.

No que se refere aos comportamentos alimentares das mães, incluindo a suas características sociodemográficas e antropométricas verificou-se que a idade das mães variou entre 19 e 48 anos, com média de $33,4 \pm 4,86$ anos. No que concerne ao nível de instrução das mães, constatou-se que 21% possui até ao 2º ciclo de escolaridade, 26,1% possui o 3º ciclo de escolaridade, 32,8% o secundário e 20,1% o ensino superior (bacharelato e licenciatura).

Em relação à situação profissional, 84,9% das mães encontram-se profissionalmente ativas. Com base na Classificação Nacional de Profissões (INE, 2011), a maioria das mães (37,8%) são *Operários, Artífices e Trabalhadores similares* (Grupo 7), seguindo-se o *Pessoal dos Serviços e Vendedores* (26,9%) e o *Pessoal Administrativo e similares e Técnicos e Profissionais de nível intermédio* com 14,3% em cada grupo. O grupo profissional menos representado (0,8%) é o dos *Quadros Superiores Dirigentes*. Em relação ao estado nutricional das mães, recorreu-se à classificação de peso para adultos da WHO (2000), através do valor de IMC, sendo que 26,9% apresentam pré-obesidade e 6,7% obesidade, perfazendo um total de 33,6% de mães que apresentam excesso de peso. A maioria das mães apresenta peso normal (64,7%) e 1,7% situa-se abaixo do peso normal.

Tal como já foi referido, o CEBQ (Viana & Sinde, 2008) avalia o comportamento alimentar ou estilo alimentar sendo que o Questionário do Comportamento Alimentar adaptado para a Mãe permite de igual forma avaliar o seu estilo alimentar. O comportamento de *atração pela comida* que inclui: *prazer em comer (EF)*, *resposta à comida (FR)*, *sobre-ingestão emocional (EEO)* e *desejo de beber (DD)*, apresentou para a mãe valor mínimo de 1,19 e máximo de 3,93, com média de $2,25 \pm 0,54$. O conjunto de escalas que traduzem *evitamento da comida* que são: *resposta à saciedade (SR)*, *ingestão lenta (SE)*, *seletividade (FF)* e *sub-ingestão emocional (EEU)*, para a mãe apresentaram valores compreendidos entre 1,56 e 3,98 e um valor médio $2,62 \pm 0,44$. Assim, os valores médios mais elevados observaram-se nas dimensões EF e EEU, enquanto os mais baixos apresentaram-se no DD e FR.

As 119 crianças participantes no estudo têm 3 anos de idade sendo que, 52,1% são do sexo feminino e 47,9% do sexo masculino. No que se refere ao apoio institucional às crianças, 56,3% não frequentaram a creche enquanto as restantes 43,7% frequentaram. Já no que se refere à situação atual, 56,3% frequentam o jardim-de-infância e as restantes 43,7% não frequentam. A referir ainda que, 43,7% das crianças não frequentaram, até à data da colheita, nenhuma das instituições formais de apoio na infância.

No que se refere à caracterização das famílias, predomina a família nuclear (71,4%). Segue-se o contexto familiar mais extenso, com as crianças a coabitar com os pais, irmãos e avós ou outros familiares (21,0%). As famílias monoparentais constituem 7,6% da amostra deste estudo, sendo estas constituídas por mães e filhos. A maioria das mães é casada ou em união de facto (88,2%) seguindo-se divorciada/separada (8,4%).

Quanto ao número de irmãos, na sua maioria, as crianças são filhos únicos (51,3%), seguidas das que têm um irmão (43,7%), e apenas 5% têm 2 irmãos. O número de filhos do agregado familiar varia entre um e três, com média de $1,54 \pm 0,59$.

A classificação nutricional das crianças foi baseada nas curvas de crescimento da WHO (2006), em função do sexo e idade. Quanto à classificação do estado nutricional, 64,7% das crianças são normoponderais, 13,4% têm obesidade e 21,8% encontram-se no percentil para a pré-obesidade.

Observou-se, no entanto, que as crianças do sexo masculino apresentam uma maior percentagem de obesidade e obesidade grave, relativamente ao sexo feminino (rapazes 7,6% de obesidade e obesidade grave; raparigas 5,7% de obesidade e obesidade grave). No entanto, a pré-obesidade afeta mais as raparigas (13,4%) do que os rapazes (8,4%). Não se obteve nenhuma criança com baixo peso (IMC percentilado inferior a 3).

CONFERÊNCIA

No que se refere aos comportamentos alimentares das crianças, foram obtidos do CEBQ (Viana & Sinde, 2008) através das respostas facultadas pelas mães cuidadoras.

O conjunto de escalas que traduzem *evitamento da comida* (SR, SE, FF e EUE), apresentaram mínimo de 1,64 e máximo de 4,36, com valor médio de $2,91 \pm 0,46$. Os valores médios mais elevados observaram-se na SE e SR, enquanto os mais baixos referiram-se ao DD e FR.

Para se estudar a relação entre o comportamento alimentar da criança e o seu IMC recorreu-se à correlação de Pearson. Da análise da associação observaram-se relações significativas positivas e baixas para o *prazer na comida* ($r = 0,239$; $\rho = 0,009$) e *resposta à comida* ($r = 0,208$; $\rho = 0,023$); verificaram-se relações significativas negativas e baixas para a *resposta à saciedade* ($r = -0,269$; $\rho = 0,003$), *desejo de beber* ($r = 0,192$; $\rho = 0,037$) e *ingestão lenta* ($r = -0,296$; $\rho = 0,001$). Agrupando as dimensões do estilo alimentar em comportamento de *atração pela comida* e *evitamento da comida*, verifica-se a existência de relação estatisticamente significativa para o comportamento de Evitamento da comida, sendo a correlação negativa e baixa ($r = 0,251$; $\rho = 0,006$).

Da análise da associação entre os comportamentos alimentares da mãe e da criança constataram-se relações estatisticamente significativas e positivas entre todas as dimensões do comportamento alimentar. As correlações assumem-se baixas para todas as dimensões. Quando utilizadas as dimensões agrupadas em comportamentos de Atração pela comida e de Evitamento da comida, obteve-se de igual forma relação estatisticamente significativa positiva e baixa para comportamentos de *atração pela comida* e moderada para o *evitamento da comida* (Tabela 1).

Tabela 1

Associação entre as dimensões dos comportamentos alimentares das mães e das crianças por sexo

Dimensões dos Comportamentos Alimentares das Mães e Crianças		Sexo da Criança		
		Total	M	F
		n=119	n=57	n=62
EF	R	0,273	0,135	0,412
Prazer em Comer	ρ	0,003	0,316	0,009
EEO	R	0,340	0,440	0,267
Sobre-ingestão emocional	ρ	<0,001	0,001	0,036
SR	R	0,209	0,092	0,294
Resposta à saciedade	ρ	0,023	0,497	0,020
SE	R	0,219	0,060	0,389
Ingestão Lenta	ρ	0,017	0,657	0,002
DD	R	0,220	0,073	0,380
Desejo de beber	ρ	0,016	0,589	0,002
FF	R	0,237	0,244	0,229
Seletividade	ρ	0,010	0,067	0,073
EEU	R	0,370	0,465	0,306
Sub-ingestão emocional	ρ	<0,001	<0,001	0,015
FR	R	0,302	0,252	0,348
Resposta à comida	ρ	0,001	0,059	0,006
Atração pela comida (EF, FR, EEO, DD)	R	0,333	0,285	0,379
	ρ	<0,001	0,032	0,002
Evitamento da comida (SR, SE, FF, EEO)	R	0,265	0,121	0,417
	ρ	0,004	0,368	0,001

Quando analisadas separadamente as relações entre o comportamento alimentar da mãe e da criança conforme o sexo, observaram-se mais dimensões associadas ao comportamento alimentar com as raparigas comparativamente com o dos rapazes.

Nas raparigas, todos os comportamentos alimentares apresentam relação estatisticamente significativa positiva, exceto para a *seletividade alimentar* ($r = 0,229$; $p = 0,073$). A associação linear verificada apresenta-se moderada para a dimensão Prazer em comer e baixa nas restantes associações.

No entanto, nos rapazes, apenas os comportamentos de reatividade emocional (*EEO* e *EEU*) à comida têm associação estatisticamente significativa positiva e moderada.

O mesmo se verifica quando agrupados os comportamentos em *atração pela comida* que, quer para os rapazes, quer para as raparigas têm relação estatisticamente significativa e baixa. Para o comportamento de *evitamento da comida* apenas se verifica relação estatisticamente significativa entre mães e crianças do sexo feminino, sendo uma relação moderada.

Para verificar a hipótese: *o IMC da mãe relaciona-se com o IMC da criança*, procedeu-se à utilização de medidas de associação. Verificou-se correlação estatisticamente significativa positiva muito baixa ($r = 0,185$; $p = 0,044$) entre o IMC das mães e o IMC das crianças.

Quando se avaliou separadamente a associação do IMC da mãe com o da criança, conforme o sexo, constatou-se que o IMC da mãe tem relação estatisticamente significativa com o IMC do filho rapaz ($r = 0,268$; $p = 0,044$), com uma associação linear baixa, não se verificando essa associação com a filha rapariga.

DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

A alimentação, como fator determinante da saúde, tem inerente os comportamentos e hábitos das pessoas, que são desenvolvidos desde a infância, os quais vão sofrendo influências intrínsecas e extrínsecas aos próprios indivíduos, ao longo do ciclo de vida. Os comportamentos alimentares constituem, portanto, um dos estilos de vida com grande influência na saúde, no crescimento e desenvolvimento das crianças e conseqüentemente no seu peso.

Analisar a influência dos comportamentos alimentares entre as crianças e as suas mães surge como enfoque útil para a compreensão do processo complexo, dinâmico e multifacetado, que é o comportamento alimentar, e das suas conseqüências a curto e a longo prazo para a saúde (Rossi, Moreira & Rauhen, 2008).

As mães em estudo apresentam uma prevalência de pré-obesidade de 26,9% e de obesidade de 6,7%, perfazendo um total de 33,6% de mães que apresentam excesso de peso, considerando os pontos de corte definidos pela WHO (2000). O peso normal representa uma prevalência de 64,7%. Estes resultados vão de encontro às conclusões do Estudo do Padrão Alimentar e do Crescimento Infantil (EPACI; Rêgo, 2013), que apontam para uma elevada prevalência de excesso de peso em mães que integraram um estudo representativo nacional (25,1% pré-obesidade e 12,8% obesidade), comparando com 57,9% de mães que revela peso normal. O mesmo se constata no estudo de Costa (2012), no qual a maioria das mães (56,7%) apresentava um peso normal, 31,1% apresentavam pré-obesidade e 10,2% obesidade.

Em relação às crianças do presente estudo, 52,1% são do sexo feminino ($n=62$) e 47,9% do sexo masculino ($n=57$), revelando uma distribuição semelhante ao estudo desenvolvido por Costa (2012).

Em relação às características antropométricas das crianças, verificou-se que, 64,7% são normoponderais, 13,4% apresentam obesidade e 21,8% encontram-se no percentil da pré-obesidade. Observa-se, no entanto, que as crianças do sexo masculino apresentam uma maior percentagem de obesidade e obesidade grave, relativamente ao sexo feminino. Por outro lado, a pré-obesidade afeta mais as raparigas (13,4%) do que os rapazes (8,4%).

Estes dados alertam para a crescente prevalência de excesso de peso, nomeadamente, em idades cada vez mais precoces (Carnell & Wardle, 2008; WHO, 2012, 2014). Embora a genética possa desempenhar um papel importante na ocorrência do excesso de peso, o seu aumento deve-se, essencialmente, a um conjunto de fatores ambientais, como a alimentação e atividade física, que envolvem o contexto onde as crianças se inserem, bem como a influência exercida pela família, pares e publicidade, responsáveis por muitas atitudes e comportamentos (Ramos & Stein, 2000).

Embora este estudo reflita apenas a realidade de um grupo de crianças do concelho de Barcelos e, como tal, não podendo ser representativo da realidade regional ou nacional, os resultados obtidos para a obesidade são particularmente alarmantes (13,4% para rapazes e raparigas). Isto revela a tendência crescente deste problema ao longo dos tempos, quando comparado com estudos realizados em anos anteriores. Acrescente-se, ainda, que o estudo EPACI Portugal 2012 (Rêgo, 2013), revela que a região norte de Portugal apresenta os valores mais elevados de sobrepeso e obesidade do país (37,2% dos 12 meses aos 36 meses de idade).

Esta preocupante prevalência da obesidade coaduna-se com o contexto mundial. O estudo do National Health and Nutrition Examination Survey (NHANES), em crianças dos 2 aos 5 anos, apresentou uma prevalência da obesidade de 12,4% (International Obesity Taskforce, 2006), que considera-se muito próxima da encontrada no presente estudo.

Considerando que a idade pré-escolar é um dos períodos da vida mais vulneráveis para o desenvolvimento da pré-obesidade e obesidade (Dietz, 2004 como citado por Duarte, 2011), pode-se admitir, que estas crianças, apresentando valores tão elevados de excesso de peso, irão aumentar a sobrecarga ponderal ao longo do seu processo de crescimento, se o seu estilo de vida não for modificado.

Aliado a este contexto, procurou-se verificar-se: *O Índice de Massa Corporal da criança relaciona-se com o seu comportamento alimentar.*

Os resultados obtidos indicam que o IMC da criança está relacionado com o seu comportamento alimentar, positivamente com: *prazer na comida (EF)* e *resposta à comida (FR)*; e negativamente com: *resposta à saciedade (SR)*, *ingestão lenta (SE)* e *desejo de beber (DD)*. Agrupando as dimensões do estilo alimentar em comportamento de *atração pela comida* e *evitamento da comida*, verificou-se a existência de relação significativa negativa do IMC da criança com o comportamento de *evitamento da comida*, ou seja, quanto maior os valores relativos ao *evitamento da comida*, menor é o valor do IMC da criança.

Os resultados vão de encontro ao verificado em estudos recentes com crianças portuguesas (Cardoso, 2013; Ferreira, 2013; Lages, 2013), concluindo-se que várias das dimensões do comportamento alimentar influenciam o IMC da criança, sobressaindo a Resposta à comida e Prazer em comer, com relação positiva com o IMC, permitindo afirmar que quanto maior a *resposta à comida* e o *prazer em comer* maior o IMC da criança. Face ao pressuposto na amostra do presente estudo, os resultados podem ser explicados pelas, características como *resposta à comida* e *prazer em comer*, ou seja, uma grande sensibilidade à comida e apetência inata da criança por um grupo específico de alimentos, reagindo fortemente ao aspeto e aroma dos mesmos, mostrando grande interesse pelas refeições. Como consequência, tal como é reconhecido nesta idade, a propensão para a ingestão de alimentos com alta densidade energética contribui para o aumento do IMC destas crianças (Viana & Sinde, 2008; Viana, Sinde, & Saxton, 2011).

Por outro lado, os mesmos estudos apontam a *resposta à saciedade* e a *ingestão lenta*, como dimensões que influenciam negativamente o IMC das crianças, ou seja, quanto maior a *resposta à saciedade* e a *ingestão lenta*, menor o IMC da criança. Esta associação é compreensível e verificada no presente estudo, dado que a *ingestão lenta* reflete desinteresse pela comida e menor envolvimento nas refeições. Por outro lado, uma boa resposta à saciedade permite regular o apetite mais eficazmente, promovendo o controlo do estado ponderal (Viana & Sinde, 2008; Viana, Sinde, & Saxton, 2011).

Conforme apontado por Viana, Sinde e Saxton (2011) e verificado neste estudo, as diversas dimensões integram-se em dois grupos distintos e mesmo opostos: o Prazer em comer, resposta à comida, Sobre-ingestão emocional e Desejo de beber que no seu conjunto avaliam o comportamento de Atração pela comida, contribuindo para o elevado IMC nas crianças. Enquanto, a *resposta à Saciedade*, *ingestão lenta*, *seletividade* e *Sub-ingestão emocional*, avaliam os comportamentos de Evitamento da comida, associando-se ao baixo peso nas crianças.

Uma vez que as taxas de prevalência da obesidade infantil e juvenil têm vindo a aumentar em populações geneticamente estáveis, torna-se cada vez mais claro que as mudanças no ambiente e estilo de vida estão a contribuir fortemente para o aumento desta epidemia. Verifica-se, portanto, que a influência da família é inquestionável, pelos resultados que têm sido obtidos por inúmeros estudos. Desde logo, realça-se o princípio de que, a compreensão do comportamento alimentar das crianças depende da compreensão do comportamento alimentar das mães, pois, para a promoção de hábitos alimentares adequados nas crianças, esta terá de ser antecedida pela intervenção no ambiente familiar (Viana, Franco, & Morais, 2011). Foi analisada a associação entre os comportamentos alimentares criança e da mãe, avaliados através do CEBQ e do Questionário do Comportamento Alimentar da Mãe. Deste modo, obtiveram-se relações estatisticamente significativas e positivas entre todas as dimensões do comportamento alimentar entre mãe e criança. O mesmo se verificou quando agrupados os comportamentos em Atração pela comida que, quer para os rapazes, quer para as raparigas, têm relação estatisticamente significativa com comportamento na mãe. Para o comportamento de *evitamento da comida* apenas se verificou relação estatisticamente significativa entre mães e crianças do sexo feminino.

Quando se avaliou a associação entre os comportamentos das mães e os das crianças, conforme o sexo, verificaram-se algumas diferenças. Nas raparigas, todos os comportamentos apresentam relação positiva, exceto para a Seletividade alimentar. Este resultado poderá dever-se ao facto da Seletividade estar associada a crianças que selecionam um número muito reduzido de alimentos, podendo este tipo de atitudes não se verificar nos adultos, nomeadamente nas mães participantes.

Nos rapazes, apenas os comportamentos de reatividade emocional à comida (Sobre-ingestão emocional e Sub-ingestão emocional) têm associação positiva com os comportamentos das mães. Este resultado dever-se-á, essencialmente, às especificidades e dimensão da amostra das crianças do sexo masculino e das mães no presente estudo. Estes resultados remetem claramente para o que alguns estudos comprovam, ou seja, que o comportamento alimentar das mães é significativo na influência sobre o comportamento alimentar dos filhos, sendo este vínculo mais evidente entre mães e filhas (Johannsen, Johannsen, & Specker, 2006; Ramos & Stein, 2000; Viana et al., 2009).

Através do seu comportamento, as mães modelam e influenciam o estilo alimentar dos filhos e as suas escolhas alimentares. É plausível afirmar que, pela observação do comportamento alimentar dos seus pais, as crianças adotem comportamentos semelhantes (Silva, Pais-Ribeiro, & Cardoso, 2008).

Os resultados obtidos permitem atestar acerca das atitudes parentais em relação aos alimentos e às suas escolhas alimentares, que claramente influenciam o processo de aprendizagem social das crianças, e que, sob diversas formas, têm implicações no seu peso. Vários autores (Ramos & Stein, 2000; Rossi, Moreira, & Rauen, 2008; Viana et al., 2009) atribuem à família, nomeadamente às mães, o papel fulcral no ambiente alimentar da criança e nas experiências precoces que esta terá com os alimentos. São elas que servem como modelos para as crianças dado que estabelecem regras e estratégias como práticas de alimentação. Influenciam, deste modo, o desenvolvimento dos padrões de aceitação dos alimentos, o controlo do consumo dos mesmos e as suas preferências alimentares, através dos alimentos que compram. As crianças não possuem uma capacidade inata para escolher os alimentos em função da sua qualidade e valor nutricional, pelo contrário, esta é aprendida através da experiência, da observação e da educação.

Verifica-se, assim, neste estudo, uma associação entre os comportamentos alimentares das mães e das crianças, quer de *atração pela comida* ou de *evitamento da comida*, para os quais confluem diversas explicações: através dos comportamentos que as mães apresentam durante as refeições; através das reações que demonstram ao ingerir os alimentos e das atitudes que têm para que a criança ingira os alimentos (Ramos & Stein, 2000; Viana, Santos, & Guimarães, 2008); através das escolhas dos alimentos que comem, influenciadas por fatores económicos e culturais e pela informação que dão à criança sobre os alimentos como, por exemplo, se estes são ou não saudáveis, ou têm um bom ou mau sabor (Rossi et al., 2008).

Perante o cenário acima descrito, e indo de encontro a um dos objetivos deste estudo, *relacionou-se o IMC das mães com o IMC das crianças*, obtendo-se uma correlação estatisticamente significativa positiva. Analisando a sua associação com o sexo da criança, constatou-se que o IMC da mãe tem relação estatisticamente significativa com o IMC do filho rapaz, não se verificando essa associação com a filha rapariga.

De acordo com Viana, Franco e Morais (2011), quanto mais elevado o IMC das mães, mais elevado o IMC dos respetivos filhos, tal como verificado no presente estudo. Esta situação pode estar relacionada com os efeitos de hereditariedade no peso das crianças, refletindo provavelmente características obesogénicas, ou seja, pais obesos têm grande probabilidade de terem filhos obesos. Ainda, nesta linha de pensamento, averiguou-se também, que quando existe uma grande percentagem de mães obesas, a maioria dos seus filhos tendem, também, a serem obesos, ou por outro lado, mães com maior IMC, têm filhos com maior Z score de IMC (Keane et al., 2012; Viana et al., 2011).

Tal fenómeno associa-se, ainda, ao facto de serem as mães quem a família e a sociedade mais influência deposita na socialização dos filhos no domínio da alimentação (Viana & Sinde, 2003). Esta influência exercida pelas mães está relacionada com o seu papel na seleção dos produtos, confeção das refeições, modelagem de atitudes e comportamentos perante a alimentação das crianças. Assim, o peso da mãe, associado à preocupação que lhe está inerente, contribui para atitudes de controlo perante a alimentação dos filhos que terão implicações no aumento de peso dos seus filhos (Viana et al., 2011; Viana et al., 2009).

Apesar de ser expectável, o mecanismo de transgeracionalidade da obesidade infantil e juvenil, ainda não está completamente esclarecido. No entanto, existem estudos que sustentam a ideia de que a predisposição genética associada ao estado ponderal dos progenitores tem um impacto importante no peso das crianças (Costa, 2012; Keane et al., 2012; Viana et al., 2011).

Com este estudo verificou-se a associação entre os comportamentos alimentares das crianças e os comportamentos alimentares das suas mães, apresentando-se ainda os comportamentos alimentares da criança como fator influenciador do seu estado nutricional.

No sentido de promover comportamentos saudáveis, são necessárias, em muitas circunstâncias, mudanças na alimentação das crianças. No entanto, para que essa mudança seja efetiva e durável, é fundamental compreender de que forma as escolhas e padrões alimentares da família determinam os hábitos alimentares nas crianças (Rossi et al., 2008). A mãe sendo a pessoa de referência para os cuidados à criança, surge no presente estudo como um dos principais parceiros das intervenções da Enfermagem na tentativa de promover hábitos alimentares mais saudáveis no núcleo familiar. Só seguindo esta lógica se poderão obter mudanças mais efetivas e sustentadas no que diz respeito à alimentação nos primeiros anos de vida.

Estas intervenções assumem um carácter emergente dado que, no presente estudo foram obtidos dados de prevalência de excesso de peso preocupantes, quer nas crianças, quer nas suas mães, que vão de encontro ao cenário que se assiste em Portugal, aliando, ainda, a estreita associação positiva que se verificou entre o IMC das mães e o IMC das crianças, corroborando os resultados de vários estudos nacionais (Costa, 2012; Duarte, 2011; Pimentel & Franco, 2011).

Para melhorar os Cuidados de Enfermagem em contexto comunitário será necessário trabalhar na perspetiva da família, na construção de estilos de vida salutogénicos com efeitos positivos na redução de comportamento de risco potenciadores de co morbilidades associadas ao excesso de peso, devendo-se acreditar que a doença não é só uma experiência que envolve toda a família, mas também um problema da sociedade (Costa, 2012; Viana, 2002).

Num nível de intervenção mais abrangente, salienta-se a importância da implementação de programas de intervenção que promovam uma alimentação saudável o mais cedo possível, de forma a permitir um crescimento ótimo e a que prevaleçam comportamentos saudáveis ao longo da vida. Contudo, para que haja sucesso, é necessário o envolvimento de vários setores e entidades, nomeadamente, a nível governamental, a sociedade civil, o setor privado, redes profissionais, meios de comunicação social e organizações nacionais e internacionais. Das ações a promover sugerem-se, uma maior envolvimento das instituições na criação de ambientes propícios à prática de atividade física e uma maior sensibilização/formação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, que exercem funções ao nível dos Cuidados de Saúde Primários.

Intervir na capacitação para a adoção de comportamentos saudáveis, exige portanto, a contínua formação e atualização de profissionais na área da Saúde, a cooperação intersectorial para a criação de ambientes físicos, organizacionais e sociais mais saudáveis. Com o envolvimento dos próprios cidadãos na prevenção da doença e promoção da saúde estas constituem outras estratégias chave para a intervenção de Enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrade, M. G., Ramos, R., & Barros, L. (2010). Determinantes e efeitos do conhecimento nutricional dos pais: Um estudo com crianças pré-escolares. In *14º Congresso Português de Obesidade, Porto Portugal, 26 a 28 de Novembro de 2010* (pp. 34-35). Porto, Portugal: Sociedade Portuguesa Para o Estudo da Obesidade.
- Cardoso, A. F. (2013). *Estado nutricional da criança: Influência do comportamento alimentar e da cultura organizacional* (Dissertação de mestrado). Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu, Portugal.
- Carnell, S., & Wardle, J. (2008). Appetite and adiposity in children: Evidence for a behavioral susceptibility theory of obesity. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 88(1), 22-29. Recuperado de <http://ajcn.nutrition.org/content/88/1/22.long>
- Costa, M. G. (2012). *Obesidade infantil: Práticas alimentares e percepção materna de competências* (Tese de doutoramento). Universidade de Aveiro, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). Norma 010: *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013.aspx>
- Duarte, M. E. (2011). *Estilos de vida familiar e peso excessivo na criança em idade pré-escolar* (Tese de doutoramento). Universidade de Lisboa, Portugal.
- Fernandes, M. (2011). *Avaliação da eficácia de um programa de intervenção psicológica na obesidade infantil ao nível do auto-conceito, das estratégias de coping e do comportamento alimentar das crianças e dos pais* (Dissertação de mestrado). Universidade do Minho, Braga, Portugal. Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/18607>
- Ferreira, J. (2010). *Prevalência de obesidade infanto-juvenil: Associação com os hábitos alimentares, actividade física e comportamentos sedentários dos adolescentes escolarizados de Portugal continental* (Tese de doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Portugal. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/4263/1/RUN%20-%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Joana%20Sousa%20Ferreira.pdf>
- Ferreira, I. (2013). *Influência dos comportamentos alimentares e do estatuto socioeconómico na prevalência da obesidade numa população infantil* (Dissertação de mestrado). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. Recuperado de <http://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/1510?locale=en>
- Instituto Nacional de Estatística. (2011). *Classificação portuguesa das profissões*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de https://www.ine.pt/portal/xmain?xid=INE&xpid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=107961853&PUBLICACOESmoco=2&xlang=pt

- International Obesity Taskforce. (2006). *Prevalence of obesity among U.S. children and adolescents (Aged 2–19 Years)*. Recuperado de <http://www.worldobesity.org/>
- Johannen, D. L., Johannsen, N. M., & Specker, B. L. (2006). Influence of parents' eating behaviors and child feeding practices on children's weight status. *Obesity, 14*(3), 431-439. doi:10.1038/oby.2006.57
- Keane, E., Layte, R., Harrington, J., Kearney, P. M., & Perry, I. J. (2012). Measured parental weight status and familial socio-economic status correlates with childhood overweight and obesity at age 9. *PLoS One, 7*(8), e43503. doi:10.1371/journal.pone.0043503
- Lages, S. (2013). *Relação entre a aceitação das refeições escolares e a percepção dos pais sobre o comportamento alimentar dos filhos* (Dissertação de mestrado). Universidade do Porto, Faculdade de Ciências da Nutrição e Alimentação, Portugal. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/67444>
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Pimentel, A., & Franco, V. (Coord.) (2011). *Diálogos dentro da psicologia, contributos da investigação luso-brasileira em psicologia social, clínica e educacional*. Portugal, Portugal: Aloendro.
- Ramos, M., & Stein, L. M. (2000). Desenvolvimento do comportamento alimentar infantil. *Jornal de Pediatria, 76*(Supl.3), S229-S237. Recuperado de http://189.28.128.100/nutricao/docs/Enpacs/pesquisaArtigos/desenvolvimento_do_comportamento_alimentar_infantil_ramos_2000.pdf
- Rêgo, C. (2012). *Alimentação e crescimento nos primeiros anos de vida: Estudo do padrão alimentar e de crescimento infantil: A propósito do EPACI Portugal 2012*. Lisboa, Portugal: Epaci.
- Rito, A. I., Paixão, E., Carvalho, M. A., & Ramos, C. (2011). *Childhood obesity surveillance initiative: COSI Portugal 2008*. Recuperado de http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/Publicacoes/Outros/Documents/AlimentacaoNutricao/Relatorio_COSI.pdf
- Rossi, A., Moreira, E., & Raeuen, M. (2008). Determinantes do comportamento alimentar: Uma revisão com enfoque na família. *Revista Nutrição, 21*(6), 739-748. doi:10.1590/S1415-52732008000600012
- Silva, I., Pais-Ribeiro, J. L., & Cardoso, H. (2008). Porque comemos o que comemos: Determinantes psicossociais da seleção alimentar. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(2), 189-208. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219057002>
- Sousa, M. J. (2009). *Promoção da alimentação saudável em crianças em idade escolar: Estudo de uma intervenção* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Portugal. Recuperado de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2191/1/22411_ulfp034951_tm.pdf
- Stanhope, M., & Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de saúde pública cuidados de saúde na comunidade centrados na população* (7ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Viana, V. (2002). Psicologia, saúde e nutrição: Contributo para o estudo do comportamento alimentar. *Análise Psicológica, 4*(20), 611-624. doi:10.14417/ap.24
- Viana, V., Candeias, L., Rego, C., & Silva, D. (2009). Comportamento alimentar em crianças e controlo parental: Uma revisão da bibliografia. *Revista Portuguesa de Ciências da Nutrição e Alimentação, 15*(1), 9-16. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/362/36219057003.pdf>
- Viana, V., Franco, T., & Morais, C. (2011). O estado ponderal e o comportamento alimentar de crianças e jovens: Influência do peso e das atitudes de controlo da mãe. *Psicologia, Saúde & Doenças, 12*(2), 267-279. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862011000200008
- Viana, V., Santos, P. L., & Guimarães, M. J. (2008). Comportamento e hábitos alimentares em crianças e jovens: Uma revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças, 9*(2), 208-231. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862008000200003
- Viana, V., & Sinde, S. (2003). Estilo alimentar: Adaptação e validação do questionário holandês do comportamento alimentar. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, 8*(1), 59-71. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/236649218_ESTILO_ALIMENTAR_Adaptacao_e_validacao_do_Questionario_Holandese_do_Comportamento_Alimentar
- Viana, V., & Sinde, S. (2008). O comportamento alimentar em crianças: Adaptação e validação de um questionário para a população portuguesa (CEBQ). *Revista Análise Psicológica, 26*(1), 111-120. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n1/v26n1a09.pdf>
- Viana, V., Sinde, S., & Saxton, J. (2011). O questionário do comportamento alimentar da criança (CEBQ). In M. R. Simões, L.

CONFERÊNCIA

- Almeida, M. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Instrumentos e contextos de avaliação psicológica* (Vol. 1, pp. 145-157. Coimbra, Portugal: Almedina.
- World Health Organization. (2000). *Obesity: Preventing and managing the global epidemic - report of a WHO consultation* (Rep. 894). Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2003). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases* (Rep. 916). Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42665/1/WHO_TRS_916.pdf
- World Health Organization. (2006). WHO child growth standards: Length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-forheight and body mass index-for-age: Methods World Health Organization. (2014). *Obesity and overweight*. Geneva, Switzerland: Author.
- World Health Organization. (2012). *Population-based approaches to childhood obesity prevention*. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/WHO_new_childhoodobesity_PREVENTION_27nov_HR_PRINT_OK.pdf and development. Recuperado de http://www.who.int/childgrowth/standards/Technical_report.pdf?ua=1

PAINEL: “GESTÃO DE CUIDADOS ÀS CRIANÇAS, ADOLESCENTES, COM VULNERABILIDADE E PROBLEMAS DE COMPORTAMENTOS

Crianças, adolescentes, com vulnerabilidades e problemas de comportamento. Modelos compreensivos destes fenómenos

Dulce Maria Pereira Garcia Galvão*

A prevalência das perturbações emocionais e do comportamento na infância e adolescência tem vindo a adquirir uma dimensão importante. A procura de atendimento psicológico para auxílio de problemas de comportamento apresentados por crianças tem aumentado muito nas últimas décadas (Marinho, como citado por Mondin, 2008).

Estima-se que, atualmente 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental (Ministério da Saúde, 2009).

Também a Associação Americana de Psiquiatria da Infância e da Adolescência (AACAP) refere que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e esta proporção tende a aumentar. Destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica (Ministério da Saúde, 2009).

As perturbações psiquiátricas da infância e da adolescência trazem grandes encargos à sociedade, quer em termos humanos quer financeiros, e muitas delas podem ser precursoras de perturbações na idade adulta (Ministério da Saúde, 2009). Por isso, o diagnóstico de situações psicopatológicas e de risco e a implementação atempada de estratégias preventivas e terapêuticas deve transformar-se numa prioridade (Ministério da Saúde, 2009).

Nos documentos da Direção-Geral da Saúde (2013) pode ler-se que a Consulta de Vigilância de Saúde Infantil e Juvenil tem vindo a ser destacada como uma oportunidade privilegiada na atuação da triagem, avaliação, intervenção e orientação nestas situações problemáticas e que a aplicação do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil pode representar, no contexto da crise global que se atravessa, um instrumento de apoio à saúde integral infantil e juvenil que concorra para a igualdade de oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens, independentemente dos contextos socioeconómicos das famílias e comunidades.

No decurso da vigilância em saúde infantil e juvenil são efetuadas intervenções que visam a concretização de um conjunto vasto de objetivos, tendo em vista a obtenção contínua de ganhos em saúde nesta população entre eles destacam-se:

Detetar precocemente e encaminhar situações que possam comprometer a vida ou afetar a qualidade de vida da criança e do adolescente, tais como: alterações do comportamento e do foro emocional e relacional e Apoiar e estimular o exercício adequado das responsabilidades parentais e promover o bem-estar familiar (Direção-Geral da Saúde, 2013, pp. 9-10).

Sabe-se que durante os primeiros anos de vida da criança, período único no desenvolvimento humano, os pais têm uma importância especial. Os pais são importantes para determinar a maneira como os seus filhos se desenvolvem e funcionam. À medida que conduzem os seus filhos pequenos da dependência total em direção às primeiras etapas da autonomia, o estilo de cuidados dos pais pode ter repercussões imediatas e duradouras sobre o funcionamento social dos seus filhos (Bornstein & Bornstein, 2007). Desenvolver um estilo parental adequado durante os primeiros anos da vida de uma criança representa, sem dúvida, um desafio para os pais.

Existe um forte consenso quanto à importância do papel dos pais sobre o modo como os filhos se desenvolvem e funcionam (Schneider, 2011). Muitas das habilidades da criança dependem fundamentalmente das interações com os seus cuidadores e com o ambiente social. Na verdade, entre os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de problemas comportamentais e afetivos da criança, a qualidade das práticas parentais é o mais importante entre os que podem ser modificados (Schneider, 2011). Também Brazelton (2010), menciona que o desenvolvimento das crianças é afetado por aqueles que as rodeiam. Cada relação próxima contribui para o crescimento emocional e comportamental da criança. Quanto mais contributos os pais conseguirem fornecer, mais aliados a criança terá no seu percurso para a autonomia. As interações pais-filhos têm influência sobre várias áreas do desenvolvimento, como a autoestima, realizações escolares, desenvolvimento cognitivo e também o comportamento (Schneider, 2011). É importante que os pais satisfaçam as necessidades mais básicas de sobrevivência e

* Pós-Doutoramento em Enfermagem, Professora Coordenadora, UCP:ESCA, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, dgalvao@esenfc.pt

saúde e proporcionem às crianças um mundo físico, organizado, seguro e previsível, que permita o estabelecimento e a existência de rotinas essenciais ao seu desenvolvimento. É, também, importante que os pais permitam que a criança contacte, reconheça e interaja com o mundo físico e social que a rodeia. Em simultâneo, devem ser satisfeitas as necessidades de afeto, confiança e segurança que são essenciais ao estabelecimento de vinculações seguras com os seus filhos (Silva & Esteves, 2012). A consistência e a constância dos cuidados parentais à criança, a adequada interação pais-criança e a vinculação segura da criança aos pais são fatores cruciais para o desenvolvimento psíquico e social da criança, com repercussões ao longo de todo o seu ciclo de vida. Cuidados arbitrários e inconsistentes de negação e/ou rejeição, denunciam, provavelmente, o surgimento de problemas que, uma vez emergidos, alimentarão, a cólera, a frustração, a desconfiança, a agressão ou altos níveis de ansiedade nas crianças. O desenvolvimento de habilidades sociais na primeira infância está vinculado de forma intensa ao contexto familiar, às vivências e às práticas educacionais. Os pais, enquanto formadores do núcleo familiar, são, indiscutivelmente, poderosa fonte de influência no desenvolvimento da criança, o que lhes atribui grande responsabilidade. Os pais são os maiores reforçadores, fontes de afeto e também modelos de aprendizagem para as crianças. Há que os informar sobre a importância do bem-estar da criança e desenvolver estratégias que dêem suporte às competências parentais, que facilitem as relações entre os pais e a criança e que protejam as crianças mais vulneráveis. Sabe-se que o exercício das funções da parentalidade depende de um conjunto de variáveis, nomeadamente, a história de desenvolvimento dos progenitores; a sua personalidade, os seus recursos psicológicos; as próprias características da criança; a relação entre os pais; o contexto e o suporte social existente; os recursos sócio-cognitivos (atitudes, expectativas, crenças) e os estilos e práticas parentais (Silva & Esteves, 2012).

A nível das práticas parentais, são importantes duas dimensões: a responsividade e a exigência/controlo. O primeiro conceito remete para a capacidade de dar resposta às solicitações da criança, isto é, reconhecer e satisfazer as suas necessidades, mas com afeto; o segundo, tem a ver com a capacidade de definição de regras e limites, de atribuição de consequências adequadas face ao não cumprimento de regras, bem como a capacidade de acompanhar e monitorizar os progressos da criança (Silva & Esteves, 2012).

Para garantir o melhor resultado possível dos filhos, os pais, devem enfrentar o desafio de encontrar um equilíbrio entre, de um lado, as suas exigências em relação à maturidade e disciplina, que permitem a integração da criança no sistema familiar e social; e de outro, a manutenção de um ambiente de afeto, responsividade e apoio. As estratégias de disciplina parental e de reforço estão mais fortemente relacionadas com os indicadores sociais e emocionais, como controlo do comportamento e da impulsividade e atenção. Ou seja, práticas disciplinares que não ajudam as crianças a desenvolver as suas próprias normas internalizadas de comportamento podem também influenciar negativamente o seu funcionamento social e emocional – a sua capacidade de estabelecer relações sociais duráveis, de levar em conta as necessidades e os sentimentos dos outros, de controlar e canalizar os seus impulsos, e de se concentrar para planear e concluir as suas tarefas com sucesso (Bornstein & Bornstein, 2007; Schneider, 2011).

Brazelton (2004) diz-nos que a disciplina é o segundo presente mais importante que um pai pode dar a uma criança. O amor vem em primeiro lugar. A segurança que a criança encontra na disciplina é essencial. Sem ela não há limites. As crianças precisam de limites e sentem-se seguras com eles. Sabem que são amadas quando um pai se preocupa em lhes impor uma disciplina. Mas, disciplina tem a ver com o ensino e não com a punição. Significa ensinar, não castigar. Não acontece de um dia para o outro. Exige, repetição e paciência.

O objectivo de longo prazo para a disciplina é promover o autocontrolo, para que a criança seja capaz de estabelecer os seus próprios limites. Isto, demora anos. Ao estabelecerem durante os primeiros anos de vida da criança, limites firmes, mas, carinhosos, os pais ajudam-na a formar os padrões internos de que irá necessitar ao longo da vida. As oportunidades para disciplinar uma criança começam muito mais cedo do que os pais possam pensar - exactamente no primeiro dia de vida do bebé (Brazelton, 2004). Este é um ritual de passagem que todos os pais têm de enfrentar, pelo qual todos os pais devem passar. Dizer “não”, impondo intencionalmente limites à criança para o seu próprio bem e comportarem-se como pais de uma forma que lhe causa contrariedade, mas que é necessária, a um desenvolvimento saudável, não é exactamente algo que esteja na cabeça da maioria dos pais quando empreendem por esta tarefa. A contrariedade da criança talvez seja equivalente à dos pais. Têm de suportar a irritação da criança contra eles e tomar consciência daquilo que ela precisa que lhe façam, daquilo que significa realmente ser pai (Brazelton, 2004).

Damo-nos a conhecer pela forma como disciplinamos os nossos filhos. Revelamos a forma como fomos disciplinados e como reagimos ao tipo de disciplina em que fomos educados ou, aquela que faltou na nossa educação. Por detrás da disciplina que impomos aos nossos filhos estão as nossas crenças acerca daquilo que eles são capazes de fazer, os sonhos que temos para o seu futuro, as esperanças e medos relativamente ao mundo que lhes estamos a preparar. A disciplina que lhes inculcamos também

reflete os nossos valores sociais pois, como pais, sabemos que seremos responsabilizados pelo “mau comportamento” dos nossos filhos e que os nossos esforços para criar crianças “bem-educadas” serão julgados pelos outros (Brazelton, 2004).

Porém, disciplina tem de ser adaptada a cada criança e deve ser equilibrada. São necessárias regras e expectativas claras e consistentes e as consequências do seu desrespeito devem fazer-se sentir com firmeza. Da mesma maneira, devem também ser compreendidas as motivações da criança, aquilo que em cada escalão etário ela é capaz de saber, o que é capaz de sentir (Brazelton, 2004). Educar uma criança emocionalmente competente e moralmente desenvolvida será muito mais gratificante do que simplesmente educar uma criança obediente. Para garantir os melhores resultados possíveis para os seus filhos, os pais devem encontrar equilíbrio entre as suas exigências no que diz respeito à maturidade da criança e à disciplina necessária para a sua integração no sistema familiar e social, e também para a manutenção de um ambiente de afeto, escuta e apoio. Quando o comportamento e a atitude dos pais não refletem esse equilíbrio durante o período pré-escolar, as crianças podem vir a enfrentar uma série de problemas de ajustamento e adaptação (Schneider, 2011).

Selma Fraiberg, perita em desenvolvimento infantil, afirmou que “uma criança sem disciplina é uma criança que não se sente amada” (Brazelton, 2004, p. 15). Mas, os pais não podem esperar qualquer espécie de gratidão por parte dos filhos até que estes experimentem as alegrias e os desafios de educarem os seus próprios filhos (Brazelton, 2004).

A pesquisa tem geralmente associado o estilo parental autoritativo - que caracteriza pais que mantêm um equilíbrio entre exigências e responsividade - a maiores competências sociais e cognitivas na criança. Assim, crianças que têm pais autoritativos são mais hábeis nos primeiros relacionamentos com outras crianças, têm menor envolvimento com drogas na adolescência e gozam de maior bem-estar afectivo no começo da idade adulta (Bornstein & Bornstein, 2007, p.24). Em muitas situações, um estilo parental autoritativo, flexível e afetuoso é o mais benéfico para o desenvolvimento social, intelectual, moral e emocional da criança (Bornstein & Bornstein, 2007).

O excesso de controlo e de exigências pode limitar as oportunidades da criança de tomar as suas próprias decisões ou de comunicar as suas necessidades aos pais; por outro lado, crianças que crescem no seio de uma família permissiva/indulgente podem carecer de orientação e de estrutura necessárias para desenvolver o senso moral e a capacidade de fazer escolhas adequadas. Problemas de conduta na criança estão mais fortemente associados tanto a uma disciplina inconsistente, rígida, explosiva ou irritável, como a supervisão e empenho insuficientes (Bornstein & Bornstein, 2007). Embora aparentemente os estilos autoritário e permissivo representem extremos opostos do espectro das práticas parentais, nenhum dos dois estilos tem sido relacionado com resultados positivos no comportamento das crianças (Bornstein & Bornstein, 2007).

Vários estudos têm estabelecido relação entre práticas parentais sensíveis e responsivas e a manifestação de emoções positivas por parte da criança; por outro lado, crianças negativas, irritáveis ou agressivas teriam sido submetidas a práticas parentais menos favoráveis e mesmo problemáticas (Bornstein & Bornstein, 2007).

Assim, pela grande influência que o exercício adequado das práticas parentais representa no desenvolvimento das crianças há necessidade de ajudar e apoiar os pais nesta responsabilidade de ser pai. Existem formas de intervenção de apoio aos pais que variam, porém, todas elas têm o mesmo objectivo e finalidade: melhorar a vida das crianças e dos seus pais e ter impacto sobre as crianças através de mudanças de atitudes, conhecimentos e comportamentos dos pais. Os programas de intervenção visam empoderar e capacitar os pais com conhecimentos e habilidades que necessitam para cumprir de maneira eficaz as suas responsabilidades na criação dos filhos e para lhes proporcionar experiências e oportunidades que favoreçam a aprendizagem e o desenvolvimento dos seus filhos. Muitos desses programas incluem também iniciativas de apoio na comunidade com o objectivo de fornecer recursos e diferentes formas de ajuda aos pais (Schneider, 2011).

Todavia, no dizer de Mário Cordeiro (2012), os filhos nunca serão o que os pais querem. Nem o que desejaram. São eles próprios, necessariamente diferentes. Não vieram ao mundo para que os pais se pudessem redimir dos seus pecados. Os pais têm o dever de criar pessoas e cidadãos com amor.

No dizer de Brazelton (2004) na educação de uma criança não é tarefa fácil ajudá-la a criar a sua própria autonomia nem levá-la a abandonar hábitos prejudiciais, como tal, é importante ajudar os pais a adotar as técnicas e estratégias parentais apropriadas para garantir que as crianças recebem a melhor orientação possível para que realmente possam ser bem-sucedidas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bornstein, L., & Bornstein, M. (2007). Estilos de práticas parentais e desenvolvimento social da criança. In R. E. Tremblay, M. Boivin & R. Peters (Eds.), *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* [em linha]. Recuperado de <http://www.encyclopedie-crianca.com/habilidades-parentais/segundo-especialistas/estilos-de-praticas-parentais-e-desenvolvimento-social>

CONFERÊNCIA

- Brazelton, T. (2004). *A Criança e a disciplina*. Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Brazelton, T. (2010). *O grande livro da criança: Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos* (12ª ed.). Lisboa, Portugal: Editorial Presença.
- Cordeiro, M. (2012). *O livro da criança: Dos 1 aos 5 anos*. Lisboa, Portugal: A Esfera dos Livros.
- Direção Geral da Saúde. (2013). *Saúde infantil e juvenil: Programa nacional*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de http://www.docvadis.pt/usf-vale-do-vouga/page/conselhos_praticos/saude_infantil_e_juvenil/programa_nacional_de_saude_infantil_e_juvenil_2013.html
- Ministério da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Saúde Mental. (2009). *Plano nacional de saúde mental 2007-2016: Resumo executivo*. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <http://www.adcb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf>
- Mondin, E. (2008). Práticas educativas parentais e seus efeitos na criação dos filhos. *Psicologia Argumento*, 26(54), 233-244. Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=2498&dd99=view&dd98=pb>
- Schneider, A. (2011). Habilidades parentais: Síntese. In R. E. Tremblay, M. Boivin, R. Peters (Eds.), *Enciclopédia sobre o desenvolvimento na primeira infância* [em linha]. Recuperado de <http://www.encyclopedia-crianca.com/habilidades-parentais/sintese>
- Silva, A., & Esteves, J. (2012). *Parentalidade positiva: Eu, tu, ele/a, nós, vós e eles/as?* Lisboa, Portugal: Centro de Estudos para a Intervenção Social.

Diabetes *Mellitus* tipo 1: Uma equipa de intervenção em Pediatria

Glória Silva*, Isabel Gonzalez**

Fernanda Marques***

Sandra Eusébio****

Tânia Prata*****

Resumo:

Introdução: A diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) é uma das doenças crónicas mais comum em idade pediátrica e a sua incidência continua a aumentar. O aparecimento desta doença crónica, associada a elevada morbidade e mortalidade, numa fase tão precoce e vulnerável da vida, coloca enormes desafios na sua abordagem e tratamento, com o objetivo de atingir um bom controlo metabólico e otimizar o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e social. **Objetivos:** Caracterizar as crianças/adolescentes com DM1 seguidas na consulta de Diabetologia Pediátrica do Hospital Sousa Martins da Guarda (HSMG) e avaliar o impacto da criação da Equipa de Intervenção no Tratamento e Controlo da Diabetes em Pediatria (EITCDP) no tratamento da criança/adolescente com DM1 do distrito da Guarda. **Métodos:** Estudo observacional descritivo e quantitativo, baseado na análise dos processos clínicos das crianças/adolescentes com DM1 admitidas no HSMG, entre janeiro de 2012 a dezembro de 2016. Foram avaliados vários momentos, nomeadamente: diagnóstico inaugural, internamento, inclusão social e consulta de controlo metabólico. **Resultados:** Das 21 crianças incluídas, 13 (61,9%) eram do sexo feminino. A idade média foi de 13,2 anos. A idade média aquando do diagnóstico foi de 8,9 anos, sendo os sintomas mais frequentemente apresentados a polidipsia e a poliúria; 4 apresentavam cetoacidose. Durante o internamento, com duração média de 11,8 dias, todas as crianças iniciaram insulinoaterapia funcional com múltiplas administrações de insulina (MAI). Foram realizadas 226 consultas de controlo metabólico. A HbA1c média desceu de 9,1% em 2012 para 7,6% em 2016. **Discussão/Conclusões:** Da análise efetuada, verificamos que, ao longo destes anos, a assistência às crianças/adolescentes no HSMG tem aumentado e melhorado, traduzindo-se num maior número de crianças seguidas, de consultas efetuadas e de determinações de HbA1c, bem como uma melhor adesão terapêutica e uma considerável redução da HbA1c média. **Palavras – Chave:** diabetes mellitus tipo 1; controlo metabólico; adesão terapêutica; qualidade de vida

INTRODUÇÃO

A Diabetes *Mellitus* designa um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia crónica, resultante de defeitos na secreção e/ou ação da insulina (DGS, 2011). Em idade pediátrica, falamos sobretudo de Diabetes *Mellitus* tipo 1 (DM1), que surge geralmente na infância e adolescência, cursando com a destruição das células β do pâncreas, levando à deficiência absoluta de insulina. Processos autoimunes e idiopáticos são apontados como prováveis agentes causais (IDF/ISPAD, 2011).

A DM1 é uma das doenças crónicas mais comuns em idade pediátrica. De facto, cerca de 75% dos episódios inaugurais ocorrem na infância, em idades compreendidas entre os 7 e os 15 anos (Kliegman, 2007). Nos últimos 50 anos, tem-se assistido a um rápido aumento da sua incidência. Segundo dados da Associação dos Diabéticos de Portugal (APDP, 2013), esta patologia está a aumentar 3% ao ano nas crianças/adolescentes, sendo este aumento mais expressivo na idade pré-escolar (5% ao ano). Estima-se que, a nível mundial, 70.000 crianças com menos de 15 anos desenvolvam diabetes em cada ano, cerca de 200 crianças por dia. Desta estimativa, 440.000 são crianças com idade igual ou inferior a 14 anos e, destas,

* Pediatra

** Pediatra

*** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

**** Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

***** Psicóloga Clínica - Unidade local de Saúde da Guarda Email: eitcdp@ulsguarda.min-saude.pt

CONFERÊNCIA

20% são crianças europeias. Segundo o Segundo o relatório anual do Observatório Nacional de Diabetes (2015), atingia 3327 indivíduos com idades entre os 0 e os 19 anos, o que corresponde a 0.16% da população portuguesa neste escalão etário, tendo sido detetados 13,3 novos casos de DM1 por cada 100 mil jovens com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos (SPD, 2016).

O aparecimento desta doença crónica numa fase tão precoce e vulnerável da vida, associada a elevada morbilidade e mortalidade, coloca enormes desafios na sua abordagem e tratamento, com o objetivo de atingir bom controlo metabólico e otimizar o crescimento e desenvolvimento físico, psicológico e social. Para ultrapassar estes desafios e, segundo as orientações de Consenso do IDF/ISPAD (2011), o tratamento da DM1 em crianças/adolescentes, deve ser proporcionado por uma equipa de profissionais com competências tanto em diabetes como em pediatria.

Após o diagnóstico, as crianças/adolescentes e as suas famílias são confrontadas com alterações significativas do estilo de vida que incluem a necessidade absoluta de insulina exógena diária, monitorização da sua própria glicémia e contagem de hidratos de carbono que vão ingerir a cada refeição. A existência de uma equipa diferenciada no hospital da área de residência, de fácil acesso e assistência individualizada, que trabalhe em colaboração com outros hospitais mais diferenciados, é uma mais-valia na prestação de cuidados a estas crianças/adolescentes e suas famílias.

No Hospital de Sousa Martins (ULS Guarda), até início do ano de 2012, as crianças com DM1 inaugural eram estabilizadas e, posteriormente, referenciadas para seguimento em consulta de Pediatria/Endocrinologia de outros hospitais. A partir desse ano, assistiu-se a uma sensibilização crescente para as necessidades destas crianças/adolescentes e suas famílias. Para melhorar a sua assistência e diminuir as deslocações a outros hospitais, foi constituída uma equipa multidisciplinar, com formação na área da diabetes. Nomeada em 28/06/2013, por deliberação do Conselho de Administração da ULS Guarda, surgiu então a EITCDP. A assistência a estas crianças/adolescentes e suas famílias passou a ser sistematizada, com a uniformização de procedimentos durante o internamento, reintegração social (casa, escola, atividades extracurriculares) e seguimento regular em consulta hospitalar multidisciplinar.

OBJETIVO

Caracterizar as crianças/adolescentes com DM1, seguidas na consulta de Diabetologia Pediátrica do HSMG e avaliar o impacto que a criação da EITCDP apresentou no tratamento da criança/adolescente com DM1 do distrito da Guarda.

MÉTODO

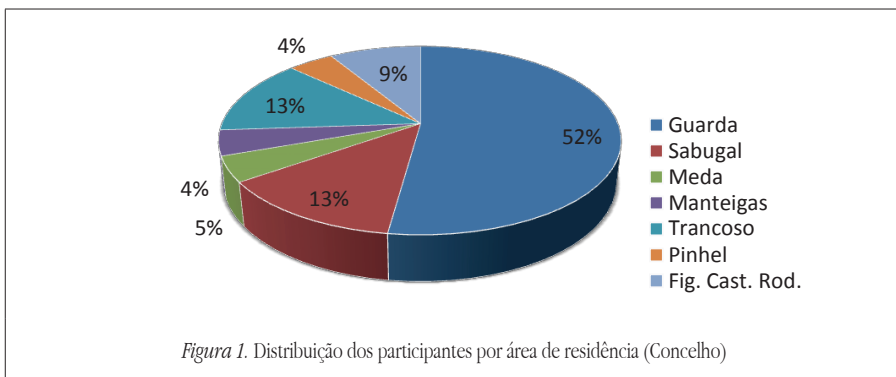
Estudo observacional descritivo e quantitativo, baseado na análise dos processos clínicos das crianças/adolescentes com DM1 admitidas no HSMG, entre janeiro de 2012 e dezembro de 2016. Foram excluídos os casos cujo seguimento posterior não foi efetuado no HSMG.

Os dados foram analisados considerando os vários momentos, nomeadamente: diagnóstico inaugural, internamento, inclusão social e consulta de controlo metabólico. As variáveis estudadas foram: idade, sexo, residência, idade e sintomas de apresentação, HbA1c ao diagnóstico, duração do internamento no episódio inaugural, aquisição de competências à data da alta, formação de cuidadores, número de consultas de controlo metabólico, número de determinações de HbA1c, HbA1c média, internamentos no último ano e adesão terapêutica.

RESULTADOS

Obtivemos uma amostra total de 21 crianças/adolescentes, maioritariamente do sexo feminino (61,9%), com idade média de 13,2 anos (Desvio-padrão=3,6; mínimo=7,1; máximo=19,4). Destes doentes, 52% residem no concelho da Guarda, encontrando-se os restantes distribuídos pelos outros concelhos do distrito (Figura 1).

Três adolescentes transitaram este ano para a consulta de adultos. Foi excluída uma criança que apresentava cetoacidose grave, com necessidade de transferência para um hospital central onde mantém seguimento.



Diagnóstico inaugural

A idade média aquando do diagnóstico foi de 8,9 anos (Desvio-padrão=4,3; mínimo=2,2; máximo=17,9 anos). Os sintomas mais comuns de apresentação foram a polidipsia (n=19) e a poliúria (n=17), seguidos pela perda ponderal (n=9), dor abdominal (n=3) e nictúria (n=3). Menos frequentes foram a hiperglicemia assintomática (n=1), a polifagia (n=1) e a enurese (n=1). Das 21 crianças/adolescentes, quatro apresentavam cetoacidose. A HbA1c média, ao diagnóstico, foi de 10,8% (Desvio-padrão=2,3; mínimo=6,7; máximo=16,5).

Internamento

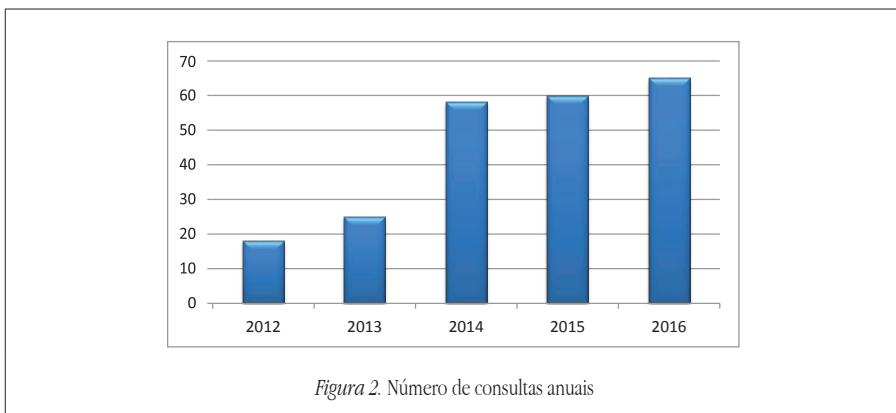
A duração média de internamento foi de 11,8 dias (Desvio-padrão=4,7). Todas as crianças iniciaram insulino terapia funcional com MAI. À data da alta, todas as crianças/adolescentes e/ou cuidadores tinham adquirido competências inerentes ao tratamento, nomeadamente: insulino terapia funcional, alimentação, exercício físico, autocontrolo, dias de doença, complicações agudas e crónicas da DM1.

Inclusão escolar/social

Após a constituição da equipa, nomeada a 28 de junho de 2013, e ao abrigo do protocolo de intervenção integrado com os cuidados de saúde primários, foram realizadas 17 ações de formação: 14 em MAI e 3 em bomba perfusora de insulina (PSCI). Foram formados 26 cuidadores de primeira linha, 162 cuidadores na comunidade, 3 equipas de família, 1 equipa de saúde de UCC/UCF e 1 grupo de jovens com 12 participantes.

Consultas de controlo metabólico

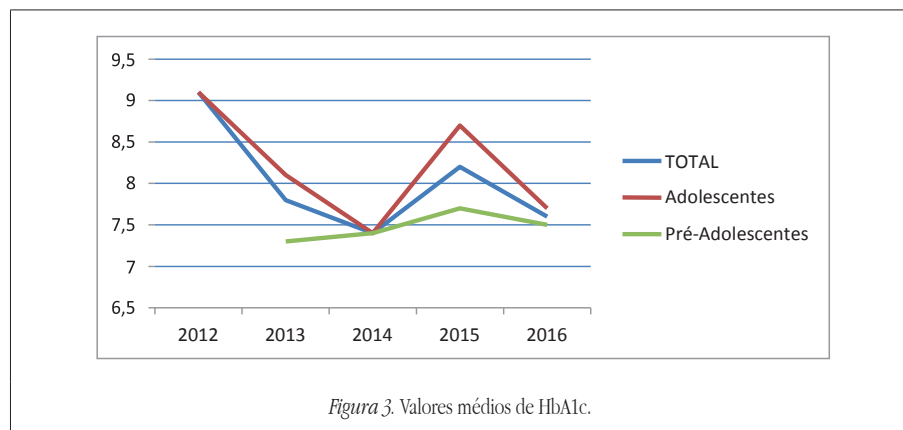
Durante este período, foram realizadas 226 consultas, sendo que, a partir de julho de 2013, as consultas começaram a ser multidisciplinares (consulta de enfermagem, pediatria e psicologia clínica; Figura 2).



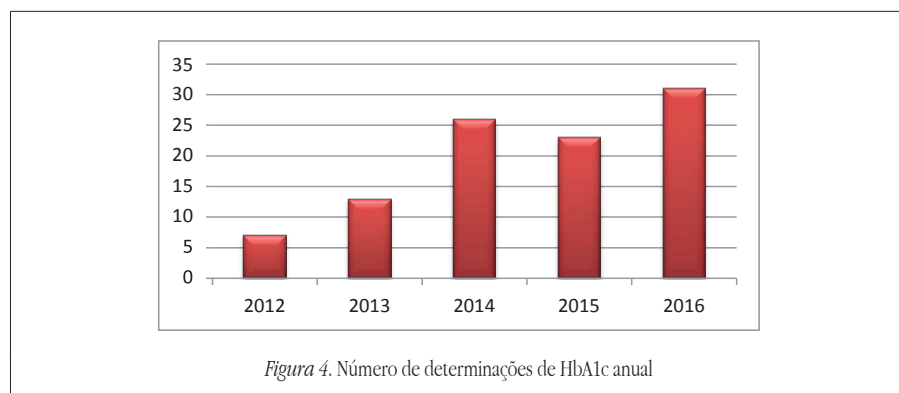
CONFERÊNCIA

Estas crianças/adolescentes são seguidas em parceria com o Hospital Pediátrico de Coimbra (n=16) e o Hospital São Teotónio de Viseu (n= 5). Todas fazem insulino-terapia funcional, sendo que 3 possuem PSCI.

Apesar de se ter assistido a uma diminuição dos valores da HbA1c média ao longo dos anos, o grupo dos adolescentes apresenta valores médios superiores (Figura 3).



Também o número de determinações anuais de HbA1c tem aumentado ao longo dos anos (Figura 4).



Relativamente a comorbilidades, 1 adolescente tem doença celíaca e 2 têm hipotireoidismo.

Quanto à adesão terapêutica, 81.0% fazem monitorização da glicemia 6 a 7 vezes/dia e 66.7% apresentam registos regulares, 43.0% praticam uma atividade física programada regularmente e todos eles fazem contagem de hidratos de carbono. Durante o ano de 2016, foram internados 2 adolescentes, um por cetoacidose e outro para reeducação terapêutica.

DISCUSSÃO/CONCLUSÕES

A doença crónica na infância/adolescência caracteriza-se por ter um curso demorado e necessitar de tratamentos prolongados, ser progressiva, apresentar risco de prejuízos no desenvolvimento físico e mental da criança/adolescente. Do mesmo modo, a doença crónica acarreta mudanças importantes no estilo de vida, incluindo a necessidade de acompanhamento e tratamento constantes. Cientes deste facto, foi criada a EITCDP e, com ela, um conjunto de instrumentos de trabalho e protocolos de atuação.

CONFERÊNCIA

Da análise efetuada, verificamos que durante estes anos a assistência às crianças/adolescentes no HSMG tem aumentado e melhorado, traduzindo-se num maior número de crianças/adolescentes seguidas, bem como num aumento de consultas efetuadas e determinações de HbA1c, numa melhor adesão terapêutica e numa considerável redução da HbA1c, em termos médios. No entanto, a HbA1c média continua a ser superior a 7,5%, indicando que ainda temos aspetos a melhorar.

Novos desafios têm surgido ao longo destes 5 anos. A transição de algumas das crianças para a adolescência implica o aparecimento de problemas que comprometem o controlo metabólico, tais como a má adesão terapêutica, a rejeição da doença e os comportamentos de risco. No nosso estudo, a adolescência é, de facto, responsável por piores resultados.

Mais estudos são necessários para avaliar a repercussão da diabetes na vida das crianças/adolescentes e das suas famílias e, desta forma, permitir delinear estratégias terapêuticas mais adequadas às suas necessidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal. (2013). *Curso de formação: A diabetes tipo 1 na criança e no adolescente*. Lisboa, Portugal: Escola da Diabetes.
- Direção Geral de Saúde. (2011). *Diagnóstico e classificação da diabetes mellitus*. Recuperado de <http://www.dgs.pt/ms/7/default.aspx?id=5519>
- International Diabetes Federation. (2011). *Global IDF/ISPAD guideline for diabetes in childhood and adolescence*. Recuperado de <http://www.ispad.org/resource-type/icdfispad-2011-global-guideline-diabetes-childhood-and-adolescence>
- Kliegman, R. M., Behrman, R. E., Jenson, H. B., & Stanson, B. F. (2007). *Nelson textbook of pediatrics* (18th ed.). Philadelphia, PA: WB Saunders Company.
- Sociedade Portuguesa de Diabetologia. (2016). *Diabetes: Factos e números 2015: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Recuperado de <http://www.spd.pt/index.php/observatri>

BIBLIOGRAFIA

- Aguiar, S., & Fonte, C. (2007). Narrativas e significados da doença em crianças com diabetes *mellitus* tipo 1: Contributos de um estudo qualitativo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 8(1), 67-81. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/pscl/v8n1/v8n1a05.pdf>
- Almeida, J. C. (2003). *Impacto dos fatores psicológicos associados à adesão terapêutica, ao controlo metabólico e à qualidade de vida em adolescentes com diabetes tipo 1* (Tese de doutoramento). Universidade do Minho, Braga, Portugal. Recuperado de https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10577/1/Tese_Doutoramento_Paulo_Almeida.pdf
- Amaral, A. (1997). Aspectos psicológicos do doente com diabetes *mellitus*. In J. L. Ribeiro (Ed.) *Actas do 2º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 105-118). Lisboa, Portugal: ISPA.
- António, P. (2010). A psicologia e a doença crónica: Intervenção em grupo na diabetes *mellitus*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 11(1), 15-27. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36219018002>
- Both, I. J. (2007). *Avaliação planejada, aprendizagem consentida: A filosofia do conhecimento*. Curitiba, Brasil: IBPEX.
- Carvalho, A. (2001). *A educação como projecto antropológico*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Federação Internacional de Diabetes. (2009). *Atlas da diabetes da FID* (4ªed.). Recuperado de <http://www.diabetesatlas.org/downloads>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Leite, M. (2005). Programa de promoção da adesão terapêutica em crianças diabéticas. In M. P. Guerra & L. Lima (Eds.) *Intervenção psicológica em grupos em contextos de saúde* (pp.155-174). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- Maia, F., & Araújo, L. (2002). Projeto "diabetes weekend": Proposta de educação em diabetes *mellitus* tipo 1. *Arquivos Brasileiros Endocrinologia e Metabologia*, 46(5), 566-573. doi:10.1590/S0004-27302002000500011
- Marcelino, D., & Carvalho, M. (2005). Reflexões sobre a diabetes tipo 1 e sua relação com o emocional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 72-77. doi:10.1590/S0102-79722005000100010
- Pace, A. E., Nunes, P. D., & Ochoa V. K. (2003). O conhecimento dos familiares acerca da problemática do portador de Diabetes *Mellitus*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(3), 312-319. doi.org/10.1590/S0104-11692003000300008
- Pilger, C., & Abreu, I. S. (2007). Diabetes *Mellitus* na Infância: repercussões no cotidiano da Criança e de sua Família. *Cognitare Enferm*, 12(4), 494-501

PAINEL “GESTÃO DE CUIDADOS A CRIANÇAS COM DOENÇA COMPLEXA E SUA FAMÍLIA”

Intervenção do enfermeiro na avaliação e controlo da dor em situações complexas

Luís Batalha*

INTRODUÇÃO

Nesta apresentação farei uma abordagem sobre a intervenção do enfermeiro na avaliação e controlo da dor em situações complexas pediátricas ao descrever a evolução dos cuidados na última década, com base em dois estudos desenvolvidos em unidades de internamento pediátricas em Portugal, ao apresentar documentos de referência orientadores dos cuidados, ao enumerar princípios orientadores de avaliação e controlo da dor e ao identificar o caminho que ainda falta percorrer.

A dor como doença ou sintoma são dos principais motivos de preocupação de crianças e pais. O seu controlo é uma prioridade, não só por razões éticas, mas também clínicas e económicas. Todas as pessoas têm o direito de não sofrer com dor, independentemente da sua idade ou habilidade para a comunicar.

A negligência no controlo da dor continua a ser um problema reconhecido e desde 2001 que tem sido feito um enorme esforço em Portugal para melhorar a prática de cuidados nesta área. Surge em 2002 um primeiro trabalho que caracteriza os cuidados prestados na avaliação e controlo da dor da criança hospitalizada (Batalha, 2010) e em 2012 um estudo similar que permite aferir a evolução efectuada em Portugal (Batalha et al., 2014).

EVOLUÇÃO DOS CUIDADOS

Tratam-se de estudos descritivos transversais com base nos registos clínicos, intermitentes, das últimas 24 horas, com o objectivo de caracterizar os cuidados prestados a crianças (< 18 anos) internadas em quatro hospitais/serviços pediátricos do país. A selecção dos processos clínicos foi aleatória.

No estudo desenvolvido em 2002 que passaremos a designar por estudo 1, participaram 1877 crianças e no de 2012 (estudo 2) 810 crianças. As idades das crianças envolvidas nestes dois estudos variaram entre os 0,1 e os 18 anos com uma mediana de 5 anos. O sexo masculino predominou e os dias de internamento variaram 1 e 504 dias com uma mediana de 4 dias para o estudo 1 e de 3 dias para o estudo 2. A percentagem de crianças submetidas a cirurgia foi maior no estudo 1 (48%) do que em relação ao estudo 2 (29%; Tabela 1).

Tabela 1
Dados demográficos e clínicos das crianças por estudo

Estudos	Estudo 1	Estudo 2
Dados demográficos e clínicos		
Idade (anos), mediana (mín.- máx.)	5 (0,1-17,6)	5 (0,4 -18)
Sexo masculino, número (%)	1019 (54)	457 (56)
Submetidos a cirurgia, número (%)	894 (48)	233 (29)
Dias de internamento, mediana (mín.- máx.)	4 (1-504)	3 (1-182)

* Prof. Coordenador na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONFERÊNCIA

As crianças livres de dor no estudo 2 (75%) foi mais do dobro das verificadas no estudo 1 (37%). A intensidade da dor variou nos dois estudos entre 0 e 10 pontos com uma mediana de 3 pontos no estudo 1 e uma mediana de 0 pontos no estudo 2. Ao analisarmos as percentagens de crianças com dor apurou-se, em todas as categorias, que são mais elevadas no estudo 1. De salientar uma redução significativa na dor intensa do estudo 1 (13%) para o estudo 2 (2%). No estudo 2 em 53% dos processos clínicos havia registo de elementos da história de dor que foram colhidos num qualquer momento do internamento, facto que não ocorreu em nenhum caso no estudo 1. A informação recolhida relacionava-se com as formas de comunicar/expressar a dor em 41,5% dos processos clínicos, fatores de alívio e agravamento em 37,7% e características da dor em 35,2%. Apenas 0,9% dos registos identificavam as habilidades ou estratégias de *coping* da criança para o alívio da dor. Em 2002, altura em que se realizou o estudo 1 ainda não se fazia de forma sistemática a avaliação da dor, pelo que em nenhum processo clínico encontramos esse registo. No estudo 2, a prevalência da avaliação da dor nas últimas 8 horas (turno de trabalho) foi de 64% (Tabela 2).

Tabela 2

Avaliação da dor por estudo

Estudos	Estudo 1	Estudo 2
Intensidade da dor, mediana (mín.- máx.)	3 (0 - 10)	0 (1 - 10)
Grau de dor, %		
Sem dor	37	75
Ligeira	33	13
Moderada	17	10
Intensa	13	2
Prevalência de registo da história de dor, %	0	53
Elementos colhidos na história de dor, %		
Formas de comunicar/expressar a dor	0	42
Fatores de alívio e agravamento	0	38
Características da dor	0	35
Efeitos na vida diária	0	27
Uso e efeito de medidas farmacológicas e não farmacológicas	0	11
Experiências traumatizantes e medos	0	8
Impacto emocional e socioeconómico	0	5
Comportamento da criança e ambiente familiar	0	3
Habilidades e estratégias de <i>coping</i>	0	1
Prevalência de registo da intensidade da dor, %	0	64

A prevalência do tratamento farmacológico foi semelhante em ambos os estudos, 43% no estudo 1 e 42% no estudo 2 e a do tratamento não-farmacológico decresceu de forma surpreendente de 72% no estudo 1 para 15% no estudo 2. O tipo de tratamento farmacológico foi semelhante em ambos os estudos verificando-se apenas um decréscimo de utilização de adjuvantes do estudo 1 (6%) para o estudo 2 (1%). Os tipos de intervenções não-farmacológicas mais utilizados no estudo 1 foram as medidas de conforto 52%, distração 41% e posicionamentos 24% e no estudo 2 foram a distração 6%, medidas de conforto, posicionamentos e massagens, todas estas com um valor de 2% (Tabela 3).

CONFERÊNCIA

Tabela 3

Intervenção farmacológica e não-farmacológica por estudo

Estudos	Estudo 1	Estudo 2
Prevalência de intervenção farmacológica, %	43	42
Não opióides	33	36
Opióides	8	8
Adjuvantes	6	1
Anestésico tópico	1	3
Prevalência de intervenção não-farmacológica, %	72	15
Distração	41	6
Posicionamentos	24	2
Massagem	9	2
Aplicação de calor/frio	1	1
Conforto	52	2
Reforço positivo	13	1
Administração de glicose	2	1
Relaxamento	2	0

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

O primeiro documento de referência em Portugal foi a apresentação do Plano Nacional de Luta Contra a Dor (PNLCD; Direcção-Geral da Saúde [DGS] & Associação Portuguesa para o Estudo da Dor [APED], 2001) que faz um primeiro diagnóstico da situação, emite orientações e metas a atingir num espaço temporal de sete anos. Em 2003 a DGS (2003) publica a circular normativa que eleva a dor como quinto sinal vital e determina a avaliação sistemática da dor como norma de boa prática. Em 2004 o Plano Nacional de Saúde 2004/2010 – Orientações estratégicas (Ministério da Saúde, 2004) dá prioridade ao incremento de ações de sensibilização e formação dirigidas aos profissionais de saúde na área da dor para uma boa gestão da dor. Em 2008, a Ordem dos Enfermeiros (OE), ao reconhecer o insuficiente controlo da dor e o importante papel que os enfermeiros podem desempenhar para a sua resolução, publica um guia orientador de boa prática nos cuidados à pessoa com dor (OE, 2008), tendo nesse mesmo ano, a DGS emanado uma versão atualizada do PNLCD, sob a forma de nova circular normativa (DGS, 2008).

Em 2010 o grupo de trabalho da Dor na Criança da Comissão Nacional de Controlo da Dor sob a direção da DGS elabora as primeiras orientações técnicas para a avaliação e controlo da dor em pediatria. Nesse mesmo ano é publicada a orientação técnica que operacionaliza a forma de avaliar a dor nas crianças (DGS, 2010) e recentemente em 2012 mais três orientações técnicas foram publicadas, uma sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias; DGS, 2012a), outra sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica (DGS, 2012b) e outra sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos; DGS, 2012c). Uma das últimas publicações foi emanada pela OE, o guia orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança (OE, 2013).

PRINCÍPIOS DE AVALIAÇÃO E CONTROLO DA DOR

Os princípios norteadores dos cuidados às crianças com situações complexas e suas famílias, não difere das demais situações. Os cuidados nesta área devem ser pautados pelo:

- Envolvimento da criança e pais como elementos ativos da equipa de saúde;
- Colheita de dados sobre história de dor que permita cuidar com respeito pela individualidade de cada um;
- Acreditar sempre na criança;
- Dar voz a quem tem voz ou seja ouvir o que nos têm para dizer e privilegiar a autoavaliação da dor;
- Utilizar sempre um instrumento de avaliação da dor;
- Escolher as escalas de dor de forma criteriosa e utilizá-las com rigor metodológico;
- Ter uma atitude preventiva em relação aos cuidados às crianças e suas famílias;
- Orientar de forma dinâmica o tratamento da dor pela sua avaliação;
- Implementar intervenções de âmbito multimodal;
- Potencializar os mecanismos de *coping* tendo presentes os estilos de confronto da criança;
- Ter habilidade técnica na execução dos cuidados;
- Atuar sob protocolos.

CONCLUSÕES

A intervenção do enfermeiro na avaliação e controlo da dor em situações complexas pediátricas obedece aos mesmos princípios das demais situações.

Em Portugal houve uma grande evolução dos cuidados na última década. Apenas um quarto das crianças têm dor, passou a haver avaliação da dor e registo de informação sobre a história de dor, embora ainda direcionada para o modelo de cuidados biomédico. Existe uma panóplia de documentação de referência e orientadora dos cuidados à criança com dor, emanadas pela DGS e OE que apresentam os princípios a seguir na avaliação e controlo da dor.

O modelo de tratamento farmacológico mantém-se quase inalterável e a implementação de estratégias não farmacológicas baixou, o que nos indica que ainda falta percorrer muito caminho. Nomeadamente a implementação das orientações na avaliação e controlo da dor com base em protocolos, a utilização criteriosa de mais e de mais estratégias de intervenção não-farmacológicas e maior investimento na investigação que dê suporte científico às práticas.

A dor é um fenómeno universal que requer dos profissionais de saúde uma resposta igualmente universal, onde o sofrimento é um resultado inaceitável.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Batalha, L., Costa, L., Reis, G., Jacinto, F., Machado, R., & Santos, P. (2014). Dor pediátrica em Portugal: Resultados da sensibilização e formação. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45(2), 99-106.
- Direcção-Geral da Saúde. (2003). *A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Circular Normativa nº 9/DGCG de 14 / 06*. Lisboa, Portugal: Autor
- Direcção-Geral da Saúde. (2008). *Programa Nacional de Controlo da Dor. Circular Normativa nº 11/DSCS/DPCP de 18/06*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças. Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 14/2010 de 14/12*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012a). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias). Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 24/2012 de 18/12*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Direcção-Geral da Saúde. (2012b). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica. Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 23/2012 de 18/12*. Lisboa, Portugal: Autor
- Direcção-Geral da Saúde. (2012c). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Orientação da Direcção-Geral da Saúde nº 22/2012 de 18/12*. Lisboa, Portugal: Autor.

CONFERÊNCIA

- Direcção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Estudo da Dor. (2001). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ministério da Saúde. (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004 – 2010. Vol II – Orientações Estratégicas*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Ordem dos enfermeiros. (2013). *Guia Orientador de boa prática: estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Cadernos OE 1 (6). Lisboa, Portugal: Autor
- Ordem dos Enfermeiros. Conselho de Enfermagem. (2008). *Dor: guia orientador de boa prática*. Cadernos OE Série 1 (1). Lisboa, Portugal: Autor.

PAINEL “PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO EM UNIDADES NEONATAIS DE ELEVADA DIFERENCIAÇÃO”

NeoNurturing: Um referencial de melhoria das práticas de cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro

Liliana Patrícia Leitão Ferraz*, Maria João Oliveira Simões Alves**
Liliana da Silva Costa***, Ana Patrícia de Castro Ferreira****
Ana Paula de Jesus e Silva Miranda Almeida*****

RESUMO ALARGADO

A literatura indica que muitas crianças nascidas prematuramente apresentam risco para problemas cognitivos e comportamentais. A prática clínica numa unidade de cuidados intensivos neonatal (UCIN) deve ser, por isso, centrada no desenvolvimento do recém-nascido prematuro (RNP), fundamentada e orientada por um conjunto de medidas centrais promotoras de cuidados neonatais individualizados, realizados de forma colaborativa, consistente e intencional.

Na unidade de Neonatologia A-UCI, da Maternidade Dr. Daniel de Matos, considerando a média de internamentos de RNP no último triénio, de 64,5%, e a avaliação do diagnóstico de situação, à luz da evidência científica, surgiu a necessidade de desenvolver o programa *NeoNurturing* (NN). Este programa consiste numa sistematização de cuidados de enfermagem centrados no neurodesenvolvimento do RNP, que implicou uma revisão de literatura, análise documental, avaliações do ruído e da iluminância da UCIN e um processo de formação/reflexão, em contexto de formação em serviço.

Diante das intervenções previstas para o desenvolvimento e implementação do NN, entendemos que este programa de intervenção precoce neonatal pode estabelecer uma base cimentada, intencional e sistematizada para uma prática de cuidados desenvolvimentais baseados na evidência. Com o foco da nossa atenção na proteção e estimulação adequada dos sistemas sensoriais, no favorecimento de uma vinculação precoce e na valorização do sentido de competência parental, estamos convictos que é possível potenciar o neurodesenvolvimento do RNP.

INTRODUÇÃO

A prematuridade é um fenómeno relevante na avaliação dos indicadores de saúde perinatal e, apesar dos avanços ao nível dos cuidados neonatais, mantém-se associada a um maior risco de comprometimento neurodesenvolvimental (Coughlin, 2014). Segundo a literatura, as crianças que nascem prematuramente apresentam frequentemente problemas cognitivos e comportamentais, incluindo Quociente Intelectual (QI) mais baixo, dificuldades de aprendizagem, défice de atenção, hiperatividade, atrasos e desvios da linguagem, bem como alterações ao nível do desenvolvimento neuromotor (Nascimento, Carvalho, & Iwabe, 2012).

Diversos estudos procuram compreender o desenvolvimento neurocognitivo na interação entre genética e ambiente. Através da comparação entre RNP e os recém-nascidos de termo, existe evidência científica de diferenças precoces ao nível do desenvolvimento cerebral. Numa fase inicial da vida, o crescimento e desenvolvimento são particularmente críticos. A configuração dos neurónios é geneticamente predeterminada, mas o mapeamento e organização dos circuitos neuronais

* Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Unidade de Neonatologia A – UCI da Maternidade Dr. Daniel de Matos – CHUC

** Enfermeira Chefe da Unidade de Neonatologia A – UCI da Maternidade Dr. Daniel de Matos – CHUC

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Unidade de Neonatologia A – UCI da Maternidade Dr. Daniel de Matos – CHUC

**** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Unidade de Neonatologia A – UCI da Maternidade Dr. Daniel de Matos – CHUC

***** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, Unidade de Neonatologia A – UCI da Maternidade Dr. Daniel de Matos – CHUC

depende da estimulação endógena e exógena. Os RNP podem passar por um período muito longo de internamento numa UCIN, sujeitos a experiências sensoriais muito diferentes das que experimentaríamos *in útero* (Als, 2012).

A evidência da interação entre o ambiente e o desenvolvimento cerebral tem sido amplamente estudada, sendo revistas e encorajadas as práticas clínicas na prestação de cuidados neonatais. De um modo geral, os estudos apontam para a importância dos “cuidados centrados no desenvolvimento” ou “cuidados desenvolvimentais”, que se traduzem em práticas sistematizadas e adequadas às necessidades individualizadas de cada RNP/família, promotoras do desenvolvimento neurológico da criança (Auslander & Olshtain-Mann, 2008; Halder, Bera, & Banerjee, 2015; Obedait, Bond, & Callister, 2009; Schermann & Alfaya, 2000).

Diversos autores são consensuais quando afirmam que em muitas UCIN já se desenvolvem práticas de Cuidados Centrados no Desenvolvimento (CCD) do RNP. Todavia, salvaguardam que a maioria dessas práticas não é realizada de forma regular e sistematizada. Acrescentam ainda, a escassez de profissionais sensibilizados para uma prática consistente desses cuidados, sugerindo maior formação nas equipas. A prática de cuidados numa UCIN deve ser, por isso, centrada no desenvolvimento do RNP, fundamentada e orientada por um conjunto de diretrizes/*guidelines* promotoras de cuidados neonatais individualizados, realizados de forma colaborativa, consistente e intencional (Als & McNulty, 2000; Halder et al., 2015; Laudert et al., 2007).

A importância de uma unidade de cuidados neonatais ter instituído um programa/protocolo específico de CCD (independentemente de ser o NIDCAP-*Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* ou outro) é defendida num estudo sobre as práticas de CCD em unidades neonatais portuguesas. Os resultados deste estudo permitem verificar a evidência (com significado estatístico) de uma maior consistência das práticas de CCD nessas unidades (Ferraz & Fernandes, 2017).

Do ponto de vista concetual dos CCD, recentemente foi proposto o modelo *Universo dos Cuidados Desenvolvimentais* (*Universe of Developmental Care*, UDC), alicerçado na *Teoria Sinativa do Desenvolvimento*, que veio favorecer um novo enquadramento das práticas baseadas em evidências, de apoio ao desenvolvimento, adequadas à idade do RNP (Coughlin, Gibbins, & Hoath, 2009; Gibbins et al., 2008, 2009). Estes autores estabeleceram cinco conjuntos de medidas centrais, em que cada representa um núcleo organizado de cuidados que reconhecem as necessidades holísticas da díade criança-família em interação com o ambiente: ambiente terapêutico; proteção do sono; avaliação, gestão e controlo da dor e do *stress*; atividades de vida diária apropriadas à idade (incluem as atividades que suportam o posicionamento, as atividades orientadas para a alimentação de RNP e os cuidados à pele); e cuidados centrados na família.

Com uma média de internamentos, entre 2013 e 2015, de 448 recém-nascidos, dos quais 65,83% são RNP (idade gestacional <37 semanas), a unidade de Neonatologia A - Unidade de Cuidados Intensivos (UCI) revê, naturalmente, a sua responsabilidade neste tipo de exigência de cuidados neonatais. Perspetivou-se a necessidade de definir um projeto na unidade que atendesse à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem centrados no desenvolvimento neurocomportamental do RNP. Os objetivos do projeto centraram-se no desenvolvimento e implementação de um programa de sistematização de CCD do RNP – *NeoNurturing* (NN) – com a intenção de promover o desenvolvimento infantil, através de intervenções de proteção e estimulação adequadas à idade gestacional e individualidade do RNP e de práticas facilitadoras de uma vinculação precoce e do sentido de competência parental. Inserido na área da Gestão do Cuidar do Plano Estratégico da Direção de Enfermagem, no âmbito do *Programa Institucional de Enfermagem nos Domínios Sensorial, Cognitivo e Comportamental*, o projecto visa a melhoria do enquadramento disciplinar e da sistematização do processo de cuidados para a consequente melhoria da qualidade do exercício. Tendo por base os *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*, definidos pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2011), este projeto enquadra-se nos enunciados descritivos da *Prevenção de Complicações e Promoção de Saúde*. Pretende-se contribuir para a identificação precoce dos problemas potenciais do RNP, implementando com o rigor técnico-científico de enfermagem intervenções que contribuam para evitar ou minimizar efeitos indesejáveis. Pretende-se investir no potencial de saúde do RNP através da otimização do trabalho adaptativo aos processos de vida, crescimento e desenvolvimento, bem como da criação de oportunidades geradoras de novas competências para o cliente, salvaguardando os princípios de proximidade, parceria, capacitação, direitos humanos e da criança, numa abordagem holística, ética e culturalmente sensível.

METODOLOGIA

O processo metodológico do projeto NN assentou na necessidade de rever as práticas de CCD do ponto de vista concetual, ajustá-las às novas evidências científicas e garantir a sua implementação de uma forma mais sustentada, intencional e consistente. Constituiu-se como um processo de investigação-ação, com uma metodologia de *brainstorming* em equipa, facilitadora da tomada de decisão em enfermagem e da garantia de maior qualidade dos cuidados prestados ao RNP e sua família.

CONFERÊNCIA

Foi efetuada uma revisão da literatura na área de cuidados centrados no neurodesenvolvimento do RNP, que facilitou a conceitualização do projeto, desde a sua designação ao seu desenho metodológico. Ao projeto foi atribuída a designação de *NeoNurturing*. O prefixo “Neo” pretende circunscrever o projeto aos domínios teóricos em enfermagem, na ótica da promoção de saúde e bem-estar: ambiente, físico e social, numa UCIN; cuidados de enfermagem em neonatologia; pessoa, RNP e família. O significado do conceito “Nurturing”, por sua vez, vem sustentar a sua visão: cuidar e proteger, algo ou alguém, enquanto está a crescer; ajudar ou incentivar o desenvolvimento; acalentar (Cambridge Dictionary); alimentar; apoiar e incentivar, como durante o período de formação ou desenvolvimento; treinar e educar (bab.la Dictionary).

Para uma representação gráfica do programa NN, foi desenhado um diagrama ilustrativo (Figura 1). Neste, procurou-se espelhar a transição do RNP para o ambiente de cuidados intensivos neonatais (anel verde externo); a necessidade imediata de cuidados de proteção e estimulação sensorial do RNP (organizados por áreas sensoriais, com cores distintas, perfeitamente interligadas); a valorização da parceria de cuidados (anel laranja e amarelo); e ainda a importância de centrar os mesmos na díade RNP/família (centro do diagrama com cor simbólica da prematuridade).

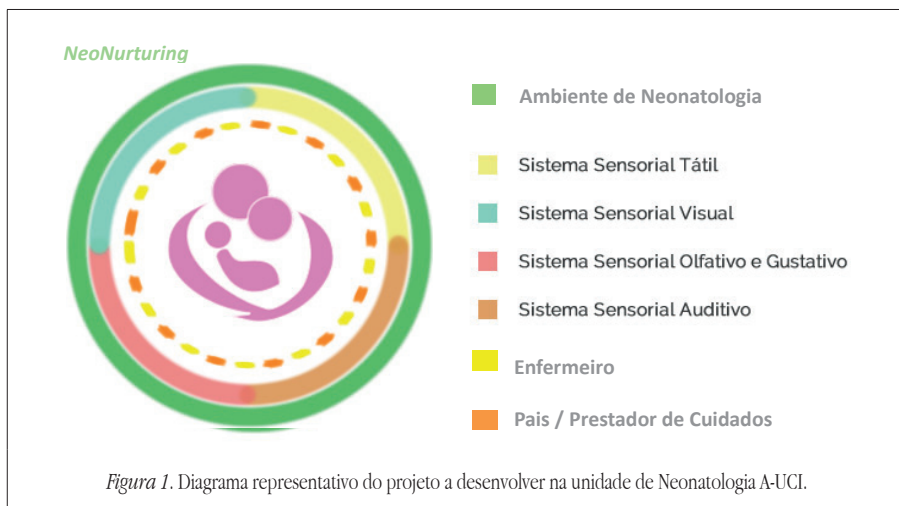


Figura 1. Diagrama representativo do projeto a desenvolver na unidade de Neonatologia A-UCI.

Foi realizado o diagnóstico de situação na unidade de Neonatologia A-UCI, recorrendo a um plano de investigação-ação que incluiu análise documental, avaliações ambientais específicas (e.g., avaliação da luz e do ruído ambiental), bem como um processo de observação, reflexão e formação em serviço sobre práticas de CCD. Após o conhecimento do estado de arte, e a fim de responder aos objetivos propostos, foi efetuado um desenho de projeto com base na metodologia de Heather Palmer. O plano de investigação-ação iniciou em maio de 2015, com a exposição do projeto à equipa, e em maio de 2017, finalizou-se o plano de sensibilização e formação à equipa de enfermagem com a apresentação dos procedimentos específicos e instruções de trabalho inerentes ao programa NN. A avaliação da sistematização e implementação de práticas, de acordo com o programa NN, prevê-se que tenha início em junho de 2017. A colheita de dados será efetuada de acordo com os critérios e indicadores previstos no projeto, e será realizada até novembro de 2017, para posterior análise e divulgação de resultados.

RESULTADOS

Diante das evidências científicas (que apontam para a necessidade de uma prática consistente de cuidados centrados no neurodesenvolvimento do RNP nas unidades neonatais) e do diagnóstico de situação na unidade de Neonatologia A-UCI, foram identificados alguns fatores que dificultam a otimização de estratégias de proteção e estimulação sensorial do RNP adequadas às suas necessidades, no processo de construção de uma vinculação precoce e ainda na valorização do sentido de competência parental. Se não forem minimizadas estas dificuldades, podem interferir diretamente no desenvolvimento neurocomportamental do RNP.

CONFERÊNCIA

Até ao momento, com o plano de investigação-ação de desenvolvimento e implementação do NN, obtiveram-se resultados que espelham um progresso de atividades positivo. Depois das ações de formação em serviço, nas quais houve uma participação ativa e reflexiva sobre as melhores práticas baseadas em evidências, denotou-se uma maior sensibilização da equipa de enfermagem para a melhoria de intervenções nesta área, fundamental à qualidade de cuidados neonatais. Da análise documental comparativa dos períodos de 31 de março a 31 de outubro dos anos de 2015 e de 2016, destacamos o aumento da taxa de ganho de conhecimentos dos pais sobre desenvolvimento infantil, o aumento da frequência de realização do método canguru e a implementação da intervenção “estimulação perioral com leite materno”.

CONCLUSÃO

Apesar da sensibilização e empenho da equipa de enfermagem na transformação da cultura neonatal ao longo dos anos, as práticas de CCD continuam a ser uma área com necessidade de investimento. Com base nas mudanças estruturais, medidas educacionais e disciplinares realizadas no contexto do NN, entendemos que este programa de intervenção precoce neonatal pode estabelecer uma base cimentada, intencional e sistematizada para uma prática de cuidados desenvolvimentais, baseados na evidência. Com o foco da nossa atenção na proteção e estimulação adequada dos sistemas sensoriais, no favorecimento de uma vinculação precoce e na valorização do sentido de competência parental, estamos convictos de que é possível favorecer a implementação consistente de CCD e, como tal, potenciar o neurodesenvolvimento do RNP.

Responsável pelo Projeto:

Enf^a Chefe Maria João Oliveira Simões Alves

Coordenadora do Projeto:

Enf^a Liliana Patrícia Leitão Ferraz

Grupo de trabalho:

Enf^a Liliana da Silva Costa

Enf^a Liliana Patrícia Leitão Ferraz

Enf^a Ana Patrícia de Castro Ferreira

Enf^a Ana Paula de Jesus e Silva Miranda Almeida

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Als, H. (2012). *Program guide: Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): An education and training program for health care professionals*. Boston, MA: National NIDCAP Training Center.
- Als, H., & McNulty, G. (2000). *Developmental care guidelines for use in the newborn intensive care unit*. Boston, MA: National NIDCAP Training Center.
- Auslander, G. K., & Olshtain-Mann, O. (2008). Parents of preterm infants two months after discharge from the hospital: Are they still at (parental) risk? *Health & Social Work, 33*(4), 299-308. doi: 10.1093/hsw/33.4.299
- Bab.la Dictionary (s.d.). *Nurture: Português tradução*. Recuperado de <http://pt.bab.la/dicionario/ingles-portugues/nurture>
- Cambridge Dictionary (s.d.). *Nurture*. Recuperado de <http://dictionary.cambridge.org/pt/dicionario/ingles/nurture>
- Coughlin, M. (2014). *Transformative nursing in the NICU: Trauma-Informed age-appropriate care*. New York, NY: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M., Gibbins, S., & Hoath, S. (2009). Core measures for developmentally care in neonatal intensive care units: Theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing, 65*(10), 2239-2248. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05052.x
- Ferraz, L., & Fernandes, A. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro: Estudo sobre as práticas em unidades neonatais portuguesas* (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Gibbins, S., Coughlin, M., & Hoath, S. (2010). Quality indicators for developmental care: Using the universe of developmental care model as an exemplar for change. In C. Kenner & J. M. McGrath (Eds.), *Developmental care of newborns and infants: a guide for health professionals* (pp.43-59). Glenview, IL: National Association of Neonatal Nurses.

CONFERÊNCIA

- Gibbins, S., Hoath, S., Coughlin, M., & Franck, L. (2008). The universe of developmental care: A new conceptual model for application in the Neonatal Intensive Care Unit. *Advances in Newborn Care*, 8(3), 141-147. doi: 10.1097/01.ANC.0000324337.01970.76
- Halder, P., Bera, D., & Banerjee, A. (2015). Developmentally supportive care in neonatal intensive care unit (NICU): A review. *Indian Journal of Medical Research and Pharmaceutical Sciences*, 2(2), 17-23. Recuperado de http://www.ijmrps.com/Issues%20PDF/Vol.2/February-2015/5_DEVELOPMENTALLY%20SUPPORTIVE%20CARE%20IN%20NEONATAL%20INTENSIVE%20CARE%20UNIT.pdf
- Laudert, S., Liu, W. F., Blackington, S., Perkins, B., Martin, S., MacMillan-York, E., . . . Handysidem, J. (2007). Implementing potentially better practices to support the neurodevelopment of infants in the NICU. *Journal of Perinatology*, 27(Suppl. 2), S75-S93. doi: 10.1038/sj.jp.7211843
- Nascimento, D., Carvalho, K., & Iwabe, C. (2012). Perfil cognitivo e motor de crianças nascidas prematuras em idade escolar: Revisão de literatura. *Revista de Neurociências*, 20(4), 618-624.
- Obedait H., Bond E., & Callister L. (2009). The parental experience of having an infant in the newborn intensive care unit. *Journal of Perinatal Education*, 18(3), 23-29. doi: 10.1624/105812409X461199
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/>
- Schermann, L., & Alfaya, C. (2000). Depressão pós-parto: Interação mãe-bebê e intervenções psicoterapêuticas. *Revista de Medicina*, 10(3), 243-248.

PAINEL “PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO EM UNIDADES NEONATAIS DE ELEVADA DIFERENCIAÇÃO”

NIDCAP, um processo de criação e transformação no SMIPN do CHA-Faro

Elsa Silva*

Resumo: Os bebês que nascem prematuros são, dos utentes internados no hospital, aqueles que apresentam maior vulnerabilidade e intercorrências relacionadas com o internamento. De facto o cérebro em rápido desenvolvimento de um bebé que nasce prematuramente, que é um feto, é permeável a inúmeros estímulos e condições externas resultantes de um ambiente exigente e diferente do esperado. O bebé internado na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCINP) é separado da mãe e do útero materno onde deveria crescer e desenvolver-se até à idade de termo. Cuidados mais amigos do bebé, individualizados e de proteção e promoção do desenvolvimento são uma das formas de apoio a estes bebês. Tendo isto como *pano de fundo*, o Serviço de Medicina Intensiva Pediátrica e Neonatal (SMIPN) do Hospital de Faro trabalha, desde 2010, com a filosofia do *Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program* (NIDCAP), programa de cuidados individualizados e de apoio ao desenvolvimento baseados na observação naturista do bebé. Tem como finalidade a modulação ambiental e dos cuidados procurando proteger e promover de forma individualizada o desenvolvimento.

Objetivo: Sensibilizar para práticas de cuidados individualizados centrados no bebé e na família e de proteção do neurodesenvolvimento como o NIDCAP

Independentemente da idade gestacional, o bebé que nasceu prematuro encontra-se num período muito crítico de crescimento e diferenciação das estruturas cerebrais. É sobretudo desde o momento da fecundação até aos dois anos de idade que o cérebro sofrerá o maior crescimento e transformação de toda a vida humana. O desenvolvimento cerebral processa-se em vários estádios e depende, por um lado, de uma sequência lógica imprimida geneticamente e, por outro, da experiência, da interação com o ambiente através da informação fornecida pelos diferentes órgãos sensoriais e de alguns *insultos* que decorrem do internamento e dos cuidados neonatais. Dentro do útero materno os ritmos diários da mãe, as oscilações hormonais, as texturas e envolvimento das paredes intrauterinas, o cheiro do líquido amniótico, os sons do corpo e da voz da mãe, e os movimentos do seu corpo, revelam-se de importância extrema para o desenvolvimento do bebé, até à idade gestacional de termo. Apesar de nascer prematuro o bebé está perfeitamente capacitado para vivenciar as experiências expectáveis do útero materno e não as de uma unidade hospitalar.

De facto constatou-se que as condições limitadas de apoio ao desenvolvimento neurológico, psicológico, emocional das Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais e Pediátricos (UCIN) predispõem estas crianças para uma maior incidência de alterações do neurodesenvolvimento como défices de atenção e hiperatividade, alterações motoras, alterações do processamento de sons e da linguagem, défices auditivos e visuais, e alterações do comportamento social, como o autismo (Als & Butler, 2008). Em vez do útero materno e da sua capacidade protetora e reguladora, o bebé prematuro tem que sobreviver num ambiente demasiado e inapropriadamente estimulante, desconfortável e por vezes caótico com poucas oportunidades para experiências positivas e cuja capacidade de proteção e filtragem de um organismo muito sensível, permeável e com pouca habilidade de integração saudável de estímulos, é muito reduzida. Por outro lado também a sua capacidade de manter a estabilidade fisiológica é reduzida e sobretudo afetada pelos efeitos stressantes do ambiente hospitalar. Então, que fazer com os bebês que nascem prematuramente e são internados em unidades hospitalares?

A investigação possibilitou conhecer o ambiente intrauterino, o desenvolvimento normal do feto e também conhecer e estudar as alterações neurocomportamentais que estão ligadas ao nascimento prematuro e às condições do internamento hospitalar (Als, 2007). Toda a existência na UCIN é diferente da que o bebé prematuro e do seu cérebro em crescimento esperaríamos ter. Esta mudança, a separação do corpo da mãe, os tratamentos, os cuidados e o ambiente geram *stress* e provocam desconforto. São bem conhecidos os efeitos fisiopatológicos do *stress* em adultos. Torna-se então necessário proteger os bebês internados, não só os que nascem prematuros, de estímulos inapropriados e oferecer àqueles

* Enfermeira Especialista e profissional NIDCAP

que permitem, de uma forma mais equilibrada, crescer e desenvolver-se. Isto é criar condições que ofereçam algumas experiências positivas que este feto deslocado tão bem conhece e a proteção de outras que resultam desconfortáveis e stressantes, pouco apropriadas.

Filosofias como o NIDCAP surgiram numa tentativa de adequar o ambiente e os cuidados às necessidades individuais do bebé e proteger o desenvolvimento cerebral, num diálogo permanente entre este e o cuidador. Quem melhor que o próprio bebé para nos dizer o que gosta ou não gosta? Só o bebé nos poderá dizer se está confortável ou desconfortável, ou se está preparado ou não para os cuidados, e profissionais e pais mais sensíveis e treinados podem ajudar o bebé ao longo da sua jornada na UCIN, e ao longo da sua vida. O bebé consegue transmitir a um observador treinado, sensível e atento se o ambiente é o mais apropriado ou desafiante ao seu desenvolvimento. No Hospital de Faro percorreu-se um grande caminho na procura da excelência dos cuidados à luz do programa NIDCAP. O treino e formação da equipa fizeram-se a par das mudanças ambientais e organizacionais introduzidas de forma a proporcionar um ambiente mais calmo e tranquilo, defendendo o sono, o repouso e a permanência dos pais; os profissionais do serviço trabalham em sintonia com o mesmo objetivo cujas intervenções têm sempre em consideração a proteção do prematuro de estímulos inapropriados e desnecessários, a proteger o sono e o repouso e ao mesmo tempo, ajudá-los a adquirir e fortalecer competências, motores do desenvolvimento; a família é um membro da equipa onde os papéis tradicionais de amor e proteção são incentivados.

Cabe aos profissionais dar um sentido mais positivo e tranquilizador a esta realidade, chamando o bebé a participar ativamente nos cuidados; ter o conforto e o bem-estar em mente em todas as intervenções; apoiar a permanência dos pais e defender os seus papéis naturais e tradicionais num continuar de responsabilidades que se estendem para além da alta hospitalar. É necessário estar consciente dos efeitos do ambiente das UCIN no desenvolvimento cerebral do prematuro; conhecer o desenvolvimento neurológico do prematuro; observar e entender o comportamento do prematuro como forma de comunicação e expressão dos sentimentos; identificar as competências de adaptação e autorregulação do prematuro ao ambiente e aos cuidados e conhecer as suas fragilidades e necessidades de proteção e ajuda na adaptação e autorregulação face ao ambiente e aos cuidados, formulando um plano de cuidados que permite adaptar o ambiente de forma a apoiar o desenvolvimento do bebé, e envolver a família.

Uma UCIN que proporciona cuidados individualizados de apoio ao desenvolvimento e centrados na família, é aquela em que a luminosidade é suave, o ruído controlado e baixo. Cada incubadora está coberta de forma a proteger o bebé de estímulos sensoriais pouco adequados e a proteger a privacidade. Os pais assumem o seu papel de principais prestadores de cuidados, suporte, amor e segurança desde o primeiro dia. Existe espaço junto da incubadora do bebé que apoie a presença dos pais com uma cadeira reclinável para a prática do canguru e a amamentação. Todos os cuidados são prestados compreendendo as vulnerabilidades neurodesenvolvimentais do bebé e as suas capacidades, o que inclui a adaptação constante dos cuidados de forma a apoiar o bem-estar do bebé, proteger o sono, o desenvolvimento do sistema auditivo, visual e a aquisição de memórias. São oferecidas experiências sensoriais positivas como o cheiro da mãe, do leite materno, o sabor do leite materno, o som da voz dos pais e do coração, desde o primeiro dia e logo que possível, como forma de dar sentido ao novo mundo deste bebé. O ambiente é tranquilo favorecendo a relação do bebé com os pais, o sono e repouso, e a diminuição de estímulos stressantes e desconfortáveis. Em suma, o programa NIDCAP é baseado em evidências que replicam os efeitos positivos do condicionamento do ambiente das UCINs de forma individualizada. É um direito do bebé e da família e um garante da qualidade de cuidados na proteção do neurodesenvolvimento. Mesmo que não houvesse evidências estas estratégias imprimem humanidade, compreensão e respeito pelo bebé e seus pais. É da responsabilidade dos profissionais e dos centros de formação o treino dos profissionais de saúde para a aquisição de conhecimentos e competências que melhor respondam as necessidades do bebé prematuro, em colaboração estreita com a família, porque cada criança é um ser humano desde o início e tem a capacidade de nos transmitir quando está confortável ou quando não consegue lidar com os acontecimentos. O bebé prematuro muito sensível e frágil, e os seus pais vulneráveis e esperançosos não têm outra solução senão confiar nos profissionais e nos serviços de saúde que os acolhem.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Als, H. (2007). Caring for the preterm infant: Earliest brain development and experience. In *43th annual meeting of Japanese Perinatal and Neonatal Association, Tokyo, Japan, 8-10 July 2007* (pp. 1-48). Recuperado de <https://www.seirei.ac.jp/web/teacher/ohgi/081014-4.pdf>
- Als, H., & Butler, S. (2008). Newborn individualized developmental care and assessment program (NIDCAP): Changing the future for infants and families in intensive and Special Care Nurseries. *Early Child Services*, 2(1), 1-20.

PAINEL “GESTÃO DE CUIDADOS A CRIANÇAS COM DOENÇA COMPLEXA E SUA FAMÍLIA”

O impacto da morte em idades pediátricas e o processo de luto

Dulce Carvalho*

Resumo:

Introdução: O impacto da morte em idades pediátricas e o processo de luto é um tema deveras complexo e angustiante. Na prática clínica, enfrentar a morte e comunicar más notícias à criança, adolescente e família torna-se difícil, mas inevitavelmente necessário.

Objetivos: Tendo em conta o impacto negativo que esta temática sugere, pretendemos projetar um melhor apoio dos profissionais de saúde, desde a fase de diagnóstico da doença até à “pós-morte”, de forma verdadeira e gradual, utilizando estratégias adequadas e individualizadas, visando a unicidade de cada situação.

Metodologia: Serão analisadas frases marcantes, proferidas por crianças, adolescentes e pais em momentos difíceis que permitirão sentir o impacto e iniciar a reflexão sobre a temática.

Resultados: Verificamos que, por muito que se estude, permanecem as dificuldades em saber como apoiar no impacto da morte em pediatria, mas existe a certeza de que podemos (na maioria das situações) ajudar a viver até ao momento de morrer.

Conclusão: De forma a construir uma relação de ajuda importante a um final de vida condigno, em vez de negar a morte, devemos aprender a integrá-la na vida. Conscientes da condição de mortais, devem ser respeitados os valores da vida, favorecendo uma morte digna e um processo de luto mais adequado.

Palavras-chave: morte; luto; crianças/adolescentes; famílias

INTRODUÇÃO

Inserido no I Congresso Internacional de Saúde Infantil e Pediátrica, no Painel VI – Gestão de cuidados à criança com doença complexa e sua família, surge a temática “O impacto da morte em idades pediátricas e o processo de luto”. Este é um tema deveras complexo e angustiante. O impacto é difícil, pois enfrentar a morte e comunicar más notícias à criança, adolescente e família é um processo penoso na prática clínica, mas inevitavelmente necessário (Barbosa, Neto, & Antunes, 2006; Kiluk, Dessureault, & Quinn, 2012).

Neste contexto, os objetivos desta comunicação visam projetar o melhor apoio possível dos profissionais de saúde perante a morte e o luto iminente, desde a fase de diagnóstico da doença até à “pós-morte”, sugerindo estratégias adequadas e individualizadas, tendo em conta a unicidade de cada situação, cada criança/adolescente e sua família (Araújo & Vieira, 2000). A forma como se transmite a cruel realidade tem de ser verdadeira, adequada ao que cada criança/adolescente/família entende e quer saber, tendo em conta o seu desenvolvimento cognitivo, afetivo, cultural e social (Golse, 1992).

Olhando para as limitações destas crianças/adolescentes, faz-nos sentir mais próximo das nossas próprias fragilidades, no entanto propomos um cuidar em enfermagem num modelo de participação mútua, com papel ativo do utente, onde a “má notícia” geradora de perturbação, quer na pessoa que a recebe, quer na pessoa que a transmite, pode ser aprendida e treinada, tendo noção do entendimento que a criança/adolescente faz da morte (noção de morte), do entendimento que a criança/adolescente faz da doença (noção de doença) e do que a família sabe sobre a doença, as suas realidades, estratégias de *coping* e expectativas (Kübler-Ross & Meneses, 1998; Kübler-Ross & Vidal, 2008).

Sabemos que falar sobre a morte com a criança/adolescente não aumenta a dor que lhe é inerente, antes, alivia e ajuda a elaborar a perda. Este é um processo que exige do enfermeiro uma competência comunicacional extrema, com capacidade para utilizar o “instrumento” de manejo da angústia de morte: a verdade (Aberastury, 1984). Deve, assim, saber construir uma relação de ajuda, imprescindível para um final de vida condigno.

* CHUC, Internamento de Pedopsiquiatria

METODOLOGIA

Para refletir sobre esta temática, serão utilizados excertos de histórias de vida, proferidos por crianças/adolescentes e suas famílias em momentos difíceis. Estes permitirão sentir o impacto da proximidade da morte e do processo de luto.

Tendo subjacente o conceito da “Janela de Johari”, é evidente o sofrimento mútuo da tríade (Hennezel, Mitterand, & González Rodrigues, 2000; enfermeiro, criança/adolescente e família). Assim, o profissional sabe de si (área secreta) e sabe dos outros o que todos sabem (área livre); não sabe o que os outros sabem sobre si (área cega); não sabe algumas coisas sobre si próprio ou sobre os outros (área inconsciente). Neste emaranhado, tenta ser o mais humano possível, o mais profissional e o mais competente. Todavia, a angústia permanece e a tristeza ocupa o seu lugar, agradecendo apenas ter sido escolhido e ter feito parte da (curta) vida daquela criança/adolescente.

RESULTADOS

Através da análise das frases, no seu contexto, verificamos que o(s) diagnóstico(s) de cada criança/adolescente torna(m)-se mero(s) orientador(es). Na realidade, o importante é conhecer aquela criança, aquele adolescente, aquela família e trabalhar com o que temos, da forma como nos pedem, com o que podemos oferecer, sempre com respeito, empatia, conhecimento e competência, tentando não esquecer alguns protocolos e *guidelines* (Buckman, 2001).

Em ambiente hospitalar, onde trabalham múltiplos profissionais, independentemente da organização defensiva a que a criança recorra, é habitual que a vida normal se confronte com uma realidade traumática. É exatamente essa realidade que a criança vai ter que tentar elaborar internamente. Surgem, neste domínio, temas de perseguição, abandono, imagens de corpo mutilado, fragmentado ou sob a ameaça do aniquilamento (Kübler-Ross & Vidal, 2008).

Perante isto, na sua prática clínica diária, o enfermeiro tem de ser sensível e conseguir prestar cuidados de excelência, quer seja para a criança/adolescente, quer seja para com os familiares presentes (e ausentes), cuja vida lhes aparece perante o precipício (Buckman & Kason, 1992; Manley, 1989).

A prática clínica é um campo maravilhoso, pois enriquece o profissional, apaixona e permite “a experiência”, essencial ao desenvolvimento pessoal e profissional.

CONCLUSÕES

Ao longo de muitos anos de experiência profissional, verificamos que o pior medo das crianças/adolescentes não é o da morte, mas sim “o nosso” medo que as contagia! O que uma criança/adolescente mais receia é a separação, ficar separada de quem ama! Vejamos os medos normais: em todas as idades há medos relacionados com a morte e a separação. Assim, como uma sombra que nos persegue, é importante que a morte seja aceite como parte da vida (Sengik & Ramos, 2013).

Também a família, principalmente os pais, são confrontados não só com o pensamento da morte, mas também com o choque da realidade, da iminência da perda, da separação e do abandono. Também estes necessitam de profissionais de excelência que sejam sensíveis a esta temática, às suas necessidades particulares e que dominem bem as técnicas comunicacionais.

Sendo que a competência dos profissionais para apoiar na tomada de decisão sobre a morte envolve diversos conflitos internos, a disponibilização de apoio psicológico a todos os envolvidos (criança, pais, familiares e profissionais) é de extrema importância, devendo visar um acompanhamento longitudinal, com enormes vantagens, numa altura em que a criança/adolescente ainda está estável, permitindo discutir objetivos de tratamento com todos os intervenientes, orientando a esperança para cenários realistas e desenvolvendo um plano de apoio holístico, que proporcione estabilidade à criança/adolescente e à sua família, bem como o controlo de sintomas, processos de luto e planeamento da morte, tendo em conta os limites de cada um (Araújo & Silva, 2007; Pereira, 2008; Ramos, 2007).

Efetivamente, a morte de uma criança/adolescente parece estar completamente fora do lugar no ciclo de vida. Quando a criança/adolescente adoece, os pais sofrem no seu amor-próprio, vivem a rutura do seu projeto, da sua ambição, perde-se o futuro, daí a necessária vivência da vida em cada dia, no presente, de acordo com o que é necessário, aceitando as particularidades, na forma de sentir a morte de quem se ama.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Sendo um “impacto” sentido como difícil, com o desenvolvimento da profissão, foram encontradas algumas soluções que melhoraram a prática clínica diária como sejam: o Enfermeira de Referência; os Referenciais de Cuidados, os Modelos de Parceria (aumento da identidade parental) e a Promoção do Papel Parental (com maior participação dos pais na resposta aos problemas de saúde/doença).

Sugere-se que os padrões de documentação de cuidados devam, desta forma, refletir indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo necessário para isso estabelecer também uma organização de cuidados compatível e adequada às reais necessidades dos serviços de pediatria em contextos de morte, sendo útil a real implementação de programas de apoio a estas crianças/adolescentes e suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aberastury, A. (1984). *A percepção da morte na criança e outros escritos*. Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Araújo, M. M., & Silva, M. J. (2007). A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: Valorizando a alegria e o otimismo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(4), 668-674. doi: 10.1590/S0080-62342007000400018
- Araújo, P. V., & Vieira, M. J. (2000). Percepção da criança sobre a morte e o morrer. *Revista Enfermagem UERJ*, 8(1), 52-55.
- Barbosa, A., Neto, I. G., & Antunes, J. L. (2006). *Manual de cuidados paliativos* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Faculdade de Medicina, Centro de Bioética, Núcleo de Cuidados Paliativos.
- Buckman, R. (2001). Communication skills in palliative care: A practical guide. *Neurologic Clinics*, 19(4), 989-1004. doi: 10.1016/S0733-8619(05)70057-8
- Buckman, R., & Kason, Y. (1992). *How to break bad news: A guide for health care professionals*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Golse, B. (1992). *O desenvolvimento afetivo e intelectual da criança* (3ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Hennezel, M., Mitterrand, F., & González Rodrigues, J. C. (2000). *Diálogo com a morte: Os que vão morrer ensinam-nos a viver* (4ª ed.). Lisboa, Portugal: Editorial Notícias.
- Kiluk, J. V., Dessureault, S., & Quinn, G. (2012). Teaching medical students how to break bad news with standardized patients. *Journal of Cancer Education*, 27(2), 277-280. doi: 10.1007/s13187-012-0312-9
- Kübler-Ross, E., & Meneses, P. (1998). *Sobre a morte e o morrer: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes* (8ª ed.). São Paulo, Brasil: Martins Fontes.
- Kübler-Ross, E., & Vidal, P. (2008). *A roda da vida: Memórias da vida e da morte*. Cruz Quebrada, Portugal: Estrela Polar.
- Manley, K. (1989). As carências e o apoio dos familiares. *Nursing*, 2(18), 13-17.
- Pereira, M. A. (2008). *Comunicação de más notícias e gestão do luto*. Coimbra, Portugal: Formasau.
- Ramos, S. E. (2007). *Os familiares cuidadores da criança com doença de mau prognóstico: Fundamentos para uma intervenção no âmbito dos cuidados paliativos* (Dissertação de mestrado). Recuperado de <http://hdl.handle.net/10451/1084>
- Sengik, A. S., & Ramos, F. B. (2013). Concepção de morte na infância. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 379-387.

PAINEL “GESTÃO DE CUIDADOS A CRIANÇAS COM DOENÇA COMPLEXA E SUA FAMÍLIA”

Processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com doença onco-hematológica durante o tratamento

Manuel G. H. Gameiro

INTRODUÇÃO

A doença oncológica, embora sendo rara, é uma das principais causas de morte em crianças e adolescentes. O seu tratamento é intensivo, longo e penoso, habitualmente com múltiplas intercorrências e incidentes complicados. Todavia, cada vez com taxas de sobrevivência mais elevadas.

Os adolescentes com doença oncológica, enquanto adolescentes, encontram-se em transição desenvolvimental, no sentido da conquista da autonomia, de um autoconceito positivo, da elaboração de projetos de vida, *et cetera*, que o confronto com a situação de doença, os tratamentos e os seus efeitos adversos contrariam seriamente.

Acresce que necessitamos de mais conhecimento e de conhecimento mais integrativo e compreensivo sobre as experiências de doença, as estratégias e os processos de adaptação destes adolescentes ao longo do tratamento.

A evidência empírica, particularmente com este grupo, é ainda escassa, fornecendo uma visão estática, quando se pretende uma visão dinâmica de processo, redutora e condicionada a teorias subjacentes e a instrumentos, por vezes, pouco apropriados para adolescentes.

Subsistem, por isso, muitas questões em aberto e a noção de que se deve considerar novas perspetivas e variáveis e desenvolver mais estudos de natureza indutiva a partir dos testemunhos experienciais dos adolescentes.

Objetivo: Desenvolver uma teoria fundamentada nos dados, compreensiva dos processos e experiências de transição adaptativa dos adolescentes com doença onco-hematológica durante a fase de tratamento.

METODOLOGIA

A operacionalização do objetivo enunciado passou pela resposta às seguintes questões de investigação: Questão 1 - Como se caracterizam as experiências subjetivas relacionadas com a doença e tratamentos?; Questão 2 - Quais as estratégias e recursos que utilizam para enfrentar a situação de doença e lidar com as suas manifestações e tratamentos?; Questão 3 - Como é que essas estratégias se organizam no sentido da transição adaptativa ao longo do tratamento?; Questão 4 - Quais as consequências adaptativas?

Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos e as questões orientadoras, optámos por uma investigação qualitativa e, neste quadro, pela *Grounded Theory* (Teoria Fundamentada nos Dados) na lógica de Strauss e Corbin (2008).

Amostra

Os dados foram colhidos de uma amostra de 23 adolescentes, através 27 testemunhos.

Os testemunhos foram maioritariamente obtidos por entrevista (19), mas também por depoimentos públicos de adolescentes postados em *sites* oficiais de instituições de apoio a doentes com cancro (seis), no *blog* de um adolescente que entrevistámos e num *email* endereçado por outro adolescente como alternativa à entrevista.

Das entrevistas, seis foram de tipo narrativo, por amostragem propositada; três focadas na fase do diagnóstico e início do tratamento e sete focadas em situações críticas diversas que ocorreram ao longo do tratamento, por amostragem teórica. Três foram circunstanciais, aproveitando a disponibilidade dos adolescentes e mães ou pais, durante um período de internamento. Outros testemunhos e múltiplas observações no serviço de oncologia serviram sobretudo para melhorar a sensibilidade ao significado dos dados.

Em termos sumários, a amostra foi assim constituída por 13 raparigas e 10 rapazes; na maioria (14) na fase da adolescência intermédia, cinco na adolescência precoce e quatro na adolescência tardia. Tinham o diagnóstico de leucemia 10 e de linfoma 13.

Análise dos dados/testemunhos

Todos os testemunhos foram transcritos para texto e submetidos a uma análise qualitativa de dados, de acordo com os procedimentos preconizados por Strauss e Corbin (2008), seguindo o método de questionamento e comparação contantes e passando pelas diversas fases analíticas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Realizamos todo esse trabalho, com a ajuda do programa informático de análise qualitativa NVIVO.

Respeito pelos princípios éticos

Foram considerados os preceitos formais e éticos relativos a uma investigação com seres humanos, tendo-se obtido autorização prévia da direção da instituição e do serviço onde os adolescentes foram referenciados; o projeto foi aprovado por duas comissões de ética e o consentimento informado, dos pais e dos respetivos adolescentes, obtido por escrito.

RESULTADOS

Da análise dos dados emergiu uma teoria compreensivo-explicativa, que podemos resumir da seguinte forma: No confronto com experiências de mal-estar e stresse intenso, pela necessidade de aliviar e superar situações de sofrimento e pela necessidade de continuar a viver com prazer e sentido - *Determinantes* -, os adolescentes recorrem a diversas estratégias (ações, interações, pensamentos, emoções) e são ativados os recursos de suporte social. Estas estratégias e recursos organizam-se em *movimentos adaptativos*, que lhes dão sentido, no propósito principal de manter a esperança e a disposição para *continuar a lutar* - *Consequências adaptativas* (Figura 1).

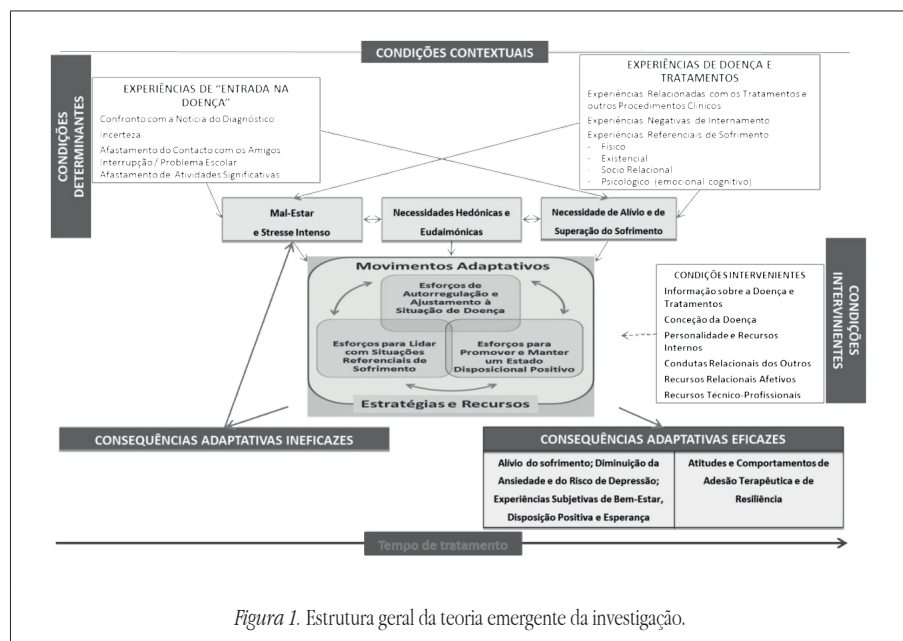


Figura 1. Estrutura geral da teoria emergente da investigação.

Os movimentos adaptativos

Identificámos três movimentos adaptativos que constituem as categorias centrais da teoria emergente dos dados: esforços de autorregulação e ajustamento à situação de doença; esforços para promover e manter um estado disposicional positivo; esforços para lidar com situações referenciais de sofrimento (Figura 2).

Estes movimentos correspondem a organizações dos esforços adaptativos em função de determinantes distintos (as experiências de mal estar e de stresse; as necessidades hedônicas e eudaimônicas e as necessidades de alívio e de superação do sofrimento). Para compreender estes movimentos adaptativos é necessário levar em linha de conta não só as *condições determinantes*, que numa primeira linha derivam das experiências subjetivas de *entrada na doença* e das outras experiências relacionadas com as situações de doença e tratamentos, mas também as condições contextuais e as condições intervenientes, que, no seu conjunto, motivam e modulam esses movimentos, as estratégias e os recursos que mobilizam, e as suas consequências adaptativas, mais ou menos eficazes. As *condições contextuais* referem-se, por exemplo, ao ambiente familiar; à natureza da doença, dos tratamentos e dos seus efeitos adversos, à qualidade dos recursos terapêuticos e de suporte disponíveis, *et cetera*.

Certas *condições intervenientes* foram também relevadas nos testemunhos: a informação sobre a doença e os tratamentos, a conceção da doença, a personalidade e os recursos internos e externos específicos de cada adolescente.

É preciso salientar que as condições determinantes dos Esforços para promover e manter um estado disposicional positivo não derivam diretamente das experiências de mal-estar, stresse intenso e de sofrimento na doença, mas da necessidade existencial de viver a vida com prazer e sentido, necessidade essa especialmente ativa nos adolescentes.

Os movimentos adaptativos desenrolam-se ao longo de todo o processo de doença e tratamento cruzando-se de forma iterativa, complementar e potenciadora, sendo utilizadas as diversas estratégias e os recursos de suporte social, em função das situações mais ou menos adversas, dos momentos mais ou menos tranquilos e dos diferentes estados de ânimo que se vão sucedendo.

A utilização de determinadas estratégias pessoais e a ativação dos recursos de suporte social são os elementos operacionais (os passos) dos movimentos adaptativos, expressos através de ações, interações, pensamentos, emoções.

Contudo, na maior parte dos casos, são de natureza mais ou menos espontânea e tácita e, por isso, os seus propósitos e sentidos só poderão ser apreendidos/explicitados considerando a integração num ou noutra movimento, conforme a pertinência dos esforços adaptativos em cada momento e a situação ao longo do processo de tratamento.

As estratégias gerais para enfrentar e superar a situação de doença e tratamento, assim como os recursos de suporte social são os elementos essenciais dos Esforços de autorregulação e ajustamento à situação de doença, que se mantém ao longo de todo o tempo, sendo contudo especialmente ativos na fase inicial da doença e nos momentos críticos.

Estas estratégias gerais e a ativação dos recursos de suporte social são também constituintes importantes dos outros dois movimentos: Esforços para promover e manter um estado disposicional positivo e Esforços para lidar com situações referenciais de sofrimento, todavia, nestes movimentos, são desenvolvidas e utilizadas estratégias específicas.

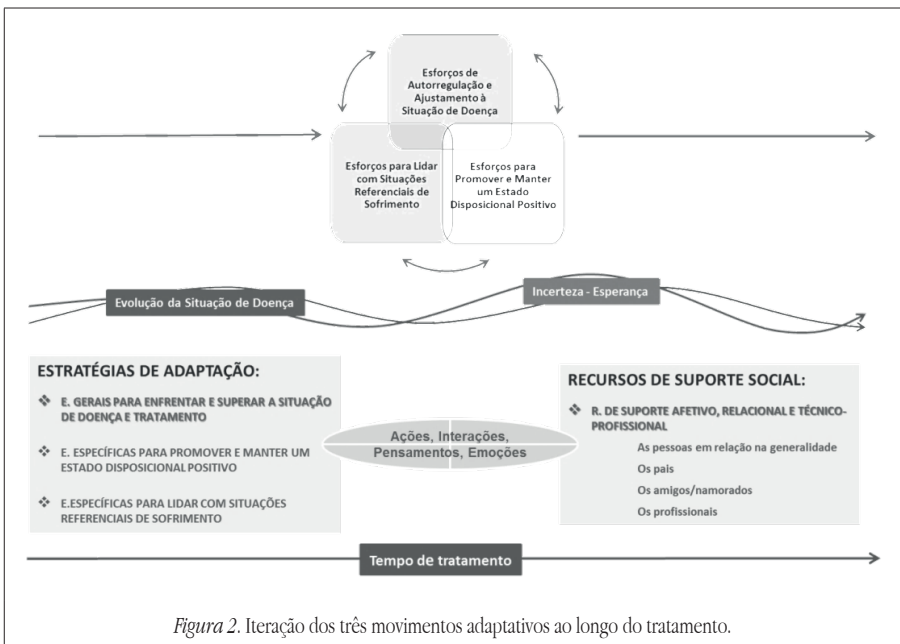


Figura 2. Iteração dos três movimentos adaptativos ao longo do tratamento.

As estratégias adaptativas

Passamos agora a uma visão rápida das diferentes estratégias adaptativas e dos recursos de suporte social emergentes nos testemunhos dos adolescentes.

Considerando as ações, interações, pensamentos, emoções, com função adaptativa, identificadas nos testemunhos, organizámos 13 categorias de estratégias gerais para enfrentar e superar a situação de doença e tratamento, que apresentamos por ordem decrescente de frequência: ganhando sentido de segurança e de controlo; desconcentrando-se da doença; Antecipando positivamente; Integrando e normalizando – rotinizando; reconhecendo a doença e o tratamento como inevitabilidade pessoal; mantendo o contacto com os amigos: socializando; centrando-se e investindo nos tratamentos; relativizando positivamente; Preservando autoconceito positivo; Retraindo-se socialmente; Elaborando *novos* motivos para lutar; manifestando comportamentos de projecção – deslocamento; adotando comportamentos regressivos

Estas estratégias têm, na maior parte dos casos, um carácter acomodativo (distração, seleção perceptiva, reestruturação cognitiva, minimização, aceitação) e são principalmente centradas na regulação das emoções, mas incluem também atitudes pró-ativas de procura de informação, procura de apoio afetivo e de valorização e investimento nos tratamentos.

Algumas dessas estratégias podem parecer e, nalguns casos, serão mesmo, disfuncionais, tais como a manifestação de comportamentos agressivos e regressivos ou o isolamento. Mas, podem também ser compreendidas numa lógica adaptativa (oposição; afastamento dos constrangimentos; submissão), contudo, se persistirem, indiciam uma situação de adaptação ineficaz, que exige intervenção de ajuda.

As estratégias específicas para promover um estado disposicional positivo são distintas do respetivo movimento adaptativo, cruzando-se e coocorrendo com as estratégias gerais e com o apoio sociorrelacional.

Categorizámos também 13 agregados de ações e interações estratégicas: divertindo-se, sentindo prazer e desfrutando da vida; mantendo /readquirindo o sentido de normalidade de vida; mantendo projetos, atividades e papéis relevantes; atribuindo significados positivos a coisas e acontecimentos comuns; pensando positivo e controlando as emoções negativas; revalorizando positivamente aspetos da vida ou da situação; mantendo e expressando humor positivo; atribuindo sentido através de crenças espirituais; socializando – partilhando; prezando o bem-estar relacional e afetivo; investindo num autoconceito positivo; valorizando ganhos e benefícios da situação; reformulando e ajustando os objetivos e prioridades de vida.

Como se verifica, particularmente em situação de doença oncológica, os adolescentes, para além das estratégias orientadas para o prazer e desfrute da vida (*savoring*), recorrem a igualmente estratégias para o reajustamento dos valores pessoais e para encontrar significados positivos e propósitos de vida (*meaning coping*).

As estratégias específicas para lidar com situações referenciais de sofrimento são organizadas com vista a prevenir e evitar determinadas situações de sofrimento e a minimizar e/ou aliviar o sofrimento delas decorrente. Vão sendo apreendidas e experimentadas ao longo do processo, com a ajuda dos próximos significativos e, especialmente, dos profissionais.

Em termos gerais, sobressaíram três categorias estratégicas: ganhando sentido de controlo dos problemas; reconhecendo os riscos e antevendo incidentes prováveis; ajustando os comportamentos.

Em termos mais específicos, identificámos uma panóplia de estratégias relativas à forma de lidar com ocorrências mais ou menos recorrentes ou comuns: queda do cabelo; perturbações emocionais e afetivas (ansiedade e medo; tristeza/humor deprimido), dor, cansaço, má disposição geral relacionada com os tratamentos, Internamentos hospitalares.

Os recursos de suporte social, a par das estratégias gerais, como já referimos, revelaram-se importantes para os três movimentos adaptativos.

A ativação dos recursos sociais de suporte afetivo, relacional e técnico-profissional, em parte, corresponde à resposta a esforços estratégicos dos adolescentes de procura de contacto e de conforto, de ajuda instrumental e de referenciação social.

Mas a ativação destes recursos é também supletiva das estratégias de *coping* e de *savoring* e terá um efeito protetor das perturbações induzidas pelo stress, facilitando a regulação emocional e reforçando, apoiando e motivando outras estratégias mais centradas na resolução do problema.

A família e, especialmente os pais, constituem o recurso considerado mais importante. Mas são valorizados também os profissionais, os amigos, colegas, namorados, e as instituições humanitárias ou de voluntariado.

O mais valorizado nos profissionais é a informação verdadeira, consistente e útil, diminuindo a incerteza e aumentando o sentido de controlo.

Consequências adaptativas

Os movimentos adaptativos e a ativação das respetivas estratégias e dos recursos de suporte social organizam-se de forma a conseguir resultados adaptativos, principalmente no sentido de conseguir o controlo emocional, diminuir o sofrimento e manter a esperança e a força anímica para continuar a investir no tratamento durante o longo processo da doença.

CONFERÊNCIA

Podemos avaliar a eficácia dos movimentos adaptativos tendo em conta o estado adaptativo durante o tratamento e para além do tratamento.

No sentido positivo, obtivemos evidências indicativas de um padrão adaptativo favorável.

Durante o tratamento, a generalidade dos testemunhos analisados revela: apreciação favorável de si e da sua situação; condição atitudinal e comportamental ajustada; prevalência de sentimentos de esperança, otimismo e ânimo para continuar o tratamento; baixos níveis de ansiedade e depressão manifestos.

No pós-tratamento (no curto/médio prazo), no mesmo sentido, esse padrão é expresso pela: readquirição da normalidade; redefinição positiva dos valores e atitudes pessoais; sentimentos de boa sorte e de reconhecimento; apreciação de si mais positiva; apreciação positiva da experiência de doença.

Em contrapartida, também foram expressas consequências de sentido negativo, nomeadamente: incerteza recorrente; medos relativos ao futuro; revivências negativas da fase de tratamento; sentimento de ficar marcado socialmente.

CONCLUSÃO

Como principais *conclusões* dos resultados, salientamos a identificação de três movimentos adaptativos, que consubstanciam os esforços para: Autorregulação e ajustamento à situação de doença, no sentido de controlar as emoções negativas, proteger o *self* e continuar a investir nos tratamentos; Promover e manter um estado disposicional positivo, no sentido de experienciar prazer e sentido existencial; Lidar com as situações referenciais de sofrimento, de modo a prevenir, aliviar e superar o sofrimento referencial.

Estes movimentos efetivam-se através da utilização consertada de determinadas estratégias e da ativação dos recursos de suporte social.

Importa sobretudo o significado de controlabilidade e a representação emocional das experiências de doença.

Os três movimentos desenrolam-se em passos consecutivos e recursivos ao longo do tempo de incerteza e esperança do tratamento entrelaçando-se, complementando-se e potenciando-se.

Dos resultados da investigação podem derivar diversas implicações para a prática clínica. Delas, salientamos as seguintes: Não descorar nenhum dos movimentos adaptativos; Não sobrevalorizar, por princípio, as estratégias de enfrentamento centradas no problema; Investir na informação aos adolescentes no sentido de aumentar o sentido de controlo e o ajustamento comportamental; Valorizar junto dos adolescentes e dos pais os mecanismos acomodativos; Continuar a investir em medidas de prevenção e de alívio do sofrimento; Integrar os significados, as preferências, as alternativas de cuidados e as avaliações dos adolescentes e dos pais; Identificar precocemente os casos de dificuldade adaptativa e intervir adequadamente; Considerar os pais como elementos de suporte fundamentais e mediadores entre os profissionais e os adolescentes (e vice-versa).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Strauss, A., & Corbin, J. (2008). *Pesquisa qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada* (2ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.

Red de Enfermería en Salud Infantil: Diez años de integración

Carmen Sellan Soto*

Julia Maricela Torres Esperón**

Resumen: Las redes son una modalidad de relacionamiento que aunque existen hace mucho tiempo, en este siglo ha tomado auge y se manifiestan hoy como una manera más de establecer vínculos humanos. Dentro de ellos, los vínculos científicos se enriquecen y potencian con esta modalidad de relacionamiento, dada las innumerables posibilidades de intercambio, a nivel nacional e internacional, de profesionales, resultados científicos, proyectos de investigación y de transferencia de experiencias novedosas. La Red de Enfermería en Salud Infantil (Red ENSI), es un ejemplo de ello, integrada por países de Iberoamérica cumplió sus 10 años de creada en el 2016, sus resultados la hicieron merecedora de un reconocimiento de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en ese mismo año. Este artículo se escribe con el objetivo de describir la organización y resultados de esta Red desde su creación. Las experiencias de la misma estado combinadas de capacitaciones, investigaciones, eventos científicos, alianzas institucionales, producciones científicas y artísticas, todo ello le ha propiciado llegar a su décimo aniversario con resultados que permiten decir que enredarse por la salud de la infancia y la adolescencia es una expresión más del valor del cuidado que comparten los profesionales de enfermería dedicados a la atención de estos grupos de edad.

Palabras clave: redes; salud infantil y adolescente; enfermería

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), las redes son mecanismos estratégicos para promover intercambio de información, experiencias, conocimiento y contribuir en la cooperación técnica de nivel nacional e internacional en diferentes áreas temáticas (Organización Panamericana de la Salud, 2011).

Quizás cuando una persona o una institución u organización acepta incluirse en una Red no imagina el potencial de mejora individual y colectiva de esa decisión, pues una de las maravillas de trabajar en red es el aprendizaje constante y la posibilidad de descubrir como engrandece colaboración y muchas veces descubrir que se va por camino cierto, cuando al compararse con otros se tiene resultados semejantes.

Las autoras de este artículos puede dar fe de la enorme satisfacción que ha generado en ellas trabajar en esta red que como una bola nieve va dando vueltas y creciendo para hacer a las personas e instituciones que la integran cada día más integradas por un fin común, salud infantil y de adolescentes.

Estos argumentos y los 10 años de integración de la Red de Enfermería en Salud Infantil (Red ENSI), han sido la motivación para escribir este artículo que tiene como objetivo describir la organización y resultados de la Red desde su creación.

Antecedentes de la RED ENSI

Todo comienza cuando un grupo de enfermeras de Argentina, Brasil, Chile y Colombia reunieron en Sao Paulo y Washington para iniciar actividades como un estudio de la enseñanza de enfermería infantil en escuelas de enfermería en América Latina. Este estudio empezó en 2000 con la autorización de OPS y la ayuda de la Asociación Latinoamericana de Escuelas de Enfermería (ALADEFE).

En el año 2003 se celebra una reunión de expertos en enfermería en salud infantil de las Américas y en entre 2003 y 2004 se lleva a cabo un proyecto multicéntrico Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Según Montenegro (2012) el grupo inicial de Enfermería de Salud del Niño y el proyecto AIEPI incluye enfermeras de Brasil (Ana

* Prof. Sección Departamental de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid. Vice-coordinadora Red ENSI. carmen.sellan@uam.es

** Profesora e Investigadora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba. Coordinadora Red ENSI. mtorresesperon7@gmail.com

CONFERÊNCIA

María Chiessa), Chile (Verónica Behn Theune), Colombia (Luz Adriana Soto) y Argentina (Gloria Montenegro). Fueron convocadas por la Organización Panamericana de la Salud, por los Dres. Silvina Malvárez y Yehuda Benguigui, a cargo de las Áreas de Desarrollo Estratégico de la Salud, Unidad de Recursos Humanos y del Área de Salud Familiar y Comunitaria, Unidad de Salud del Niño y del Adolescente, en Washington D.C. en junio de 2003 (Montenegro, 2012).

Los resultados de este estudio demostraron las fortalezas y debilidades en la enseñanza de salud infantil en las escuelas de enfermería, y sugirieron la necesidad de incorporar más información sobre la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI). Estos resultados fueron presentados en Lima Perú en 2004 en el IX Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, y fueron publicados por OPS (Benguigui, Malvarez, & Obregón, 2005). Basados en los resultados de este estudio, el grupo empezó a trabajar con OPS para desarrollar un manual para guiar la enseñanza de la estrategia de AIEPI en escuelas de enfermería.

En 2006, la constitución de la Red tuvo lugar durante la reunión de enfermeras del área de salud infantil en el contexto del X Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, realizado en Buenos Aires en noviembre de 2006. Después de la reunión en Argentina, los participantes en la Red inicial empezaron a reunirse virtualmente por un sistema de internet *chat* organizado por el Centro de Universidad de Alabama. Durante estas reuniones, los miembros desarrollaron planes iniciales para los objetivos y la composición de la Red ENSI. Se eligió Dra. Gloria Montenegro de Argentina como Coordinadora (2006-2013) y Lynda Wilson de EE UU (2006-2015) como Vice-Coordinadora. En octubre 2007, durante la IX Conferencia Iberoamericana de Educación en Enfermería en Toledo, España, se organizó otra reunión para discutir y planear el trabajo de la Red ENSI. Esta reunión incluyó 19 enfermeras de Argentina, Brasil, Chile, Costa Rica, El Salvador, España, México, Nicaragua, Perú, y los Estados Unidos (Montenegro, 2012). Durante esta reunión, los participantes discutieron lo que le llamaron Carta de Intención.

Este documento tiene por finalidad la definición de algunas normas mínimas de funcionamiento de la Red ENSI que servirán para motivar y ordenar su acción, formalizar y visibilizar su existencia y dinámica, facilitar su ampliación, programación y monitoreo y movilizar apoyos nacionales e internacionales a favor de su desenvolvimiento.

La mencionada Carta de Intención establece la definición de la Red, misión, visión, objetivos y los términos de organización y funcionamiento, los cuales se mencionan a continuación.

La Red ENSI es la estrategia de articulación y cooperación técnica entre instituciones vinculadas directa o indirectamente a la educación de técnicos en salud, con el objetivo de fortalecer los sistemas nacionales de salud. Basada en la suposición de que la calificación de los trabajadores es una dimensión fundamental para la implementación de políticas públicas que atiendan a las necesidades de salud de la población de cada país miembros.

Después de cinco años de trabajo y según los resultados de la Red, en 2012, se revisa y se aprueban una nueva misión y visión, uno de los elementos que se incluye, es explicitar la atención a adolescentes, que no estaba declarado en la anterior.

Misión

Somos un grupo de profesionales de enfermería docentes y de servicio con conocimientos científicos, humanísticos y pensamiento crítico. Capaces de facilitar, investigar y ofrecer cuidados integrales y atención a la población infantil y adolescentes sanos o enfermos que necesitan de intervenciones de enfermería con calidad, calidez, eficiencia, eficacia, equidad y responsabilidad tomando en cuenta a padres, madres, familiares y su entorno sin distinguir de factores, ni interculturalidad.

Visión

Ser una red científica de referencia para todos los profesionales que desde una perspectiva interdisciplinaria contribuyan a la salud infantil.

OBJETIVOS

1. Compartir informaciones y conocimientos relacionados al área de salud infantil y adolescencia.
2. Identificar problemas, intereses y prioridades comunes relativos a la práctica, gestión, investigación y educación inicial y permanente de salud infantil, y generar alternativas de transformación compartidas.
3. Promover la articulación entre los miembros para ampliar y fortalecer sus actividades de cuidado, enseñanza, investigación y cooperación técnica en el área de la salud infantil y adolescencia.

4. Potenciar el desarrollo de investigaciones multicéntricas entre los miembros.
5. Dar visibilidad a la situación y tendencias de enfermería en salud infantil y de la adolescencia, facilitando la identificación de prioridades de transformación y desarrollo.
6. Compartir metodologías y recursos tecnológicos destinados a las actividades de cuidado, gestión, enseñanza, investigación, información y cooperación técnica relacionadas a la enfermería en salud infantil y de la adolescencia.
7. Promover la producción y uso intensivo de información científico-técnica y referencial sobre salud infantil y la adolescencia.
8. Promover el acceso equitativo y universal a fuentes de información científico-técnica y referencial en materia de salud infantil y de la adolescencia.
9. Compartir experiencias y métodos de enseñanza en salud infantil y de la adolescencia.
10. Promover la defensa de los Derechos del niño y la niña en todas sus instancias.
11. Promover ambientes saludables a los niños y niñas en sus diferentes etapas del desarrollo, así como a los adolescentes.
12. Promover en los hogares e instituciones dedicadas al cuidado de niños y niñas la enseñanza y aplicación de la estimulación temprana.

Organización y funcionamiento

La Red se organizó con un grupo coordinador regional que incluyó coordinadores de países miembros, coordinación, vice-coordinación, secretaría de técnica y comunicación. Ese formato funcionó hasta el 2013, que se aprobaron otras secretarías: de proyecto y de producción científica. En ese mismo año se convocaron elecciones y se renovó el grupo coordinador que está funcionando hasta el año 2018, integrado por: Coordinadora: Julia Maricela Torres (Cuba); Vice-Coordinadora: Carmen Sellan (España); Secretaria Técnica: Blanca Lilia Reyes Rocha (México); Secretaria de Comunicación: Lía Fernández (Uruguay); Secretaria de Proyectos: Elba de Isaza (Panamá) y Secretaria de Producción Científica: Edelmir Osegueda (El Salvador).

La membresía se estableció con posibilidades para personas, instituciones y organizaciones, siempre que estén interesados y comprometidos en participar y contribuir por la salud infantil. El número de miembros censados hasta el 2017 alcanza el número de 1770 distribuidos por América y en Europa, Portugal y España (Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, España, El Salvador, Estados Unidos, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, Portugal y Uruguay). Como organizaciones son miembros de la Red las asociaciones de enfermería de pediatría de Brasil, Chile y Perú.

Según la dinámica y organización de redes de enfermería de América (Benguigui, Malvárez, & Obregón, 2005), la Red establece en su funcionamiento una reunión anual presencial y reuniones virtuales periódicas que dada la dispersión geográfica y gracias a las nuevas tecnologías se realizan en promedio tres en cada año. Las reuniones presenciales se realizan en el marco de la Reunión de Redes de América que acontece cada año, desde el 2016, como parte de los eventos: Coloquio Panamericano de Investigación de Enfermería (años pares) y Conferencia Latinoamericana de Escuelas y Facultades de Enfermería, ALADEFE (años impares).

Otras de las vías para mantener funcionando la Red es una lista de distribución (ensilac@listas.sld.cu) mediante la cual se circula información científica de actualidad sobre salud de infantil y de adolescentes, así como las programaciones de actividades de la Red y un sitio web (<http://www.redensi.com/>) donde se encuentra información disponible en abierto.

Algunos países como estrategia de su red nacional también han diseñado espacios en las redes sociales, como es el caso de: Cuba: <http://www.sld.cu/sitios/enfermeria-pediatria/> (Martínez Trujillo & Torres Esperón, 2014).

El Salvador: <https://www.facebook.com/profile.php?id=100008844728507&fref=ts>

España: <http://redenfermeriaenspana.wordpress.com>

México <https://www.facebook.com/pages/RED-ENSI-México/1746893582198579>

Panamá: <http://redensipanama.blogspot.com/>

Uruguay: <http://www.redensieuruguay.org/>

Portugal: <https://www.facebook.com/rede.ensi.Portugal>

RESULTADOS de los primeros 10 años de la Red ENSI

Talleres de Enseñanza de AIEPI y Vigilancia del Desarrollo apoyados por OPS, con participación de miembros de la RED ENSI en los países: Argentina, Brasil, Colombia, El Salvador, Uruguay, Perú, Cuba, México, Panamá, y Paraguay.

Como ya se mencionó en los antecedentes el surgimiento de la Red ENSI fue potenciado por un proyecto de investigación y de alguna manera este inicio ha marcado su desarrollo, pues a lo largo de estos años se han realizado y todavía están en andamiento varios proyectos multicéntricos, los cuales se mencionan a continuación:

CONFERÊNCIA

Calidad de los Servicios de Salud Infantil (2010-2012, España y Uruguay). Proyecto de Cooperación Interuniversitaria UAM-Santander con América Latina, en el cual se realizaron taller de resultados en cada país y con ello se analizaron las diferencias y similitudes en las forma de evaluar la calidad de instituciones pediátricas de ambos países.

Construcción de Género en la Infancia por la Salud (2014-2018). En este proyecto participan Cuba (país líder) Brasil, Chile, España, México, Panamá, Uruguay, Perú y Colombia. Hasta el 2017 se han capacitado los equipos de investigación de todos los países participantes y se realizado cuatro talleres internacionales de resultados en Cuba (2014), México (2015), Panamá (2016) y Perú (2017). Se han presentado resultados de este proyecto en la Convención de salud de La Habana, abril de 2015, en el Congreso de la Asociación de Estudios Latinoamericanos (LASA 2016), New York, mayo de 2016 y en Seminario de la Red ENSI, México de 2016. Lactancia materna exclusiva y determinantes sociales de la salud (2016-2020). En este proyecto participan Estados Unidos (país líder), Brasil, Chile, Colombia, España, México, Panamá, Perú y Venezuela. Se realizó el primer taller de entrenamiento de equipos de investigación en el Cusco, Perú en abril del 2017. Se encuentra en proceso de adaptación cultural de los instrumentos.

En la Producción Científica, se editó bajo el auspicio de la Organización Panamericana de la Salud el *Manual Clínico para el aprendizaje de AIEPI enfermería* (Organización Panamericana de Salud, 2009). El Centro Colaborador de la OMS de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Alabama, apoyó la producción de los manuales AIEPI y los diseminó en otros continentes. Las redes nacionales por su parte han incentivado también la producción de libros según las necesidades identificadas y los proyectos realizados, como es el caso de Red ENSI-Panamá que publicó, el libro *Cuidados Paliativos al Recién Nacido Pluripatológico* (2011). En Red ENSI-Cuba se han editado varios libros como: *Neonatología. Temas para Enfermería* (2011), el *Manual de Buenas Prácticas. Espejuelos para el género* (2013). Red ENSI-Uruguay publicó *Abordaje Teórico práctico en la atención de Enfermería en Niños/as y adolescentes* (2013), *Accesibilidad, Inclusión y Discapacidad. Red Temática sobre Discapacidad. Espacio Interdisciplinario* (2014), y *Hemato-oncología Pediátrica. Actualización en el Abordaje Teórico Práctico de la Atención de Enfermería* (2014). Y la Red ENSI-España publicó en la editorial internacional *Elsevier* el texto "Cuidados neonatales en enfermería" en 2017.

En cuanto a la producción en revistas se ha incluido más de 27 artículos en revistas nacionales e internacionales y es de notar que a partir de la propuesta de la Red ENSI-Cuba, la Revista Cubana de Enfermería abrió una sección dedicada a las redes desde el año 2010 (Torres Esperón, 2010).

Otras de las áreas que ha desarrollado la Red dentro de su potencial científico, es la participación en eventos nacionales e internacionales, de enfermería y otras disciplinas. Las redes países han realizado jornadas, seminarios, simposios, talleres y reuniones con amplios programas científicos y la participación de miembros de otras redes países invitadas. En el octubre de 2016 en el Instituto Nacional de Pediatría de México se efectuó el Primer Seminario Internacional de Red ENSI con el título de Una Década de Compromiso por la Salud de Niñas, Niños y Adolescentes en pro del Acceso y la Cobertura Universal de Salud, contó con 300 participantes, 64 trabajos presentados, ocho premios y dos paneles de resultados y proyectos de la Red. Fue oportunidad además para rendir homenaje a las fundadoras.

La producción más reciente que tiene la Red ENSI es la edición de un Boletín trimestral, en el 2017 ya se han publicado dos, en el cual se relacionan los resultados de las actividades realizadas en cada trimestre, la programación de eventos científicos nacionales e internacionales de interés para los miembros de la Red, noticias y artículos de interés recién publicados.

Otra producción interesante que ha tenido esta Red es la artística, dado que la Red ENSI tiene una canción que la identifica y función de ello se ha realizado un audiovisual con el tema musical llamado *Alex*; autor: Pepe Ordaz; gestionado y producido por la Red ENSI-Cuba, con la colaboración de instituciones y organizaciones de ese país.

Como colofón del trabajo realizado la Red ENSI en una selección de 21 redes de enfermería, recibió reconocimiento de la OPS por su labor realizada, en conjunto con otras dos Redes, la Rede Iberoamericana de Investigación en Educación en Enfermería (RIIEE) y la Red internacional de Enfermería Informática (RIEI). La ceremonia de premiación se realizó en la X Reunión Internacional de Redes, que se llevó a cabo en el marco del XV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería en la ciudad de México en octubre de 2016.

CONSIDERACIÓN FINAL

Las experiencias de la misma estado combinadas de capacitaciones, investigaciones, eventos científicos, alianzas institucionales, producciones científicas y artísticas, todo ello le ha propiciado llegar a su décimo aniversario con resultados que permiten decir que enredarse por la salud de la infancia y la adolescencia es una expresión más del valor del cuidado que comparten los profesionales de enfermería dedicados a la atención de estos grupos de edad.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Benguigui, Y., Malvárez, S., & Obregón, R. (Coords.). (2005). *La enseñanza de la salud infantil en las escuelas y facultades de enfermería de América Latina*. Recuperado de <http://www.enfermeria.fc.m.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/teach-saludinf-enferm.pdf>
- Castro, F. et al. (2011). *Neonatología: Temas para enfermería*. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.
- Fernández Pellegrero, L., Alamilla, M., Huguet, A., Capezuto, B., González Ortuya, P., & Bozzo, E. (2013). *Abordaje teórico práctico en la atención de enfermería en niños/as y adolescentes*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.
- Jaramillo Rivera, M. (2011). *Cuidado paliativo del recién nacido pluripatológico*. Panamá, Panamá: Universidad de Panamá.
- Lites, E., & Viera, A. (2014). *Accesibilidad, inclusión y discapacidad: Red temática sobre discapacidad: Espacio interdisciplinario*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.
- Martínez Trujillo, N., & Torres Esperón, M. (2014). El espacio virtual de identidad en las redes de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 30(4). Recuperado de http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192014000400007&lng=es
- Montenegro, G. (2012). Comunicación acerca de la Red Internacional de Enfermería en Salud Infantil (RED ENSI). *Revista Cubana de Enfermería*, 28(2), 83-96. Recuperado de <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/enf/v28n2/enf03212.pdf>
- Organización Panamericana de Salud. (2009). *Manual clínico para el aprendizaje de AIEPI en enfermería: Cuadros de procedimientos*. Recuperado de <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Cuadros%20de%20Procedimientos.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (2011). *Redes de relacionamiento estratégico de la OPS/OMS: Conceptos y lecciones aprendidas*. Recuperado de <http://pesquisa.bvsalud.org/sms/resource/pt/eps-4019>
- Sellán, M. C., & Vázquez, A. (Coords.). (2017). *Cuidados neonatales en enfermería*. Barcelona, España: Elsevier.
- Torres Esperón, M. (2010). El trabajo en redes en la práctica de enfermería: "Acortando la distancia". *Revista Cubana de Enfermería*, 26(2), 71-77. Recuperado de <http://scieloprueba.sld.cu/pdf/enf/v26n2/enf09210.pdf>
- Torres, M., Martínez, N., Rodríguez, N., Díaz, Z., Lozano, A., González, N., ... Alberti, I. (2013). *Manual de buenas prácticas: "Espejos para el género"*. La Habana, Cuba: Editorial de Ciencias Médicas.
- Viera, A., Peña, C., & Carleo, R. (2014). *Hemato-oncología pediátrica: Actualización en el abordaje teórico práctico de la atención*. Montevideo, Uruguay: Universidad de la República.

MESA REDONDA “MISSÃO, VISÃO E ORGANIZAÇÃO”

Rede de Enfermagem de Saúde Infantil (Rede ENSI) em Portugal

Manuela Amaral-Bastos*

Resumo: Introdução: A Rede de Enfermagem de Saúde Infantil (Rede ENSI) iniciou a sua ação em Portugal em 2013. Desenvolve atividades direcionadas para enfermeiros e pais a fim de colaborar na melhoria dos cuidados de saúde às crianças/famílias. Este estudo tem como objetivos: divulgar o percurso da Rede ENSI em Portugal; apresentar a produção científica e resultados da investigação divulgada.

Resultados: Integra 19 membros e 7 colaboradores, sendo 6 do grupo coordenador nacional (GCN). Produziu comunicações livres (4); palestras a convite da organização de eventos (3); publicou resumos em e-book (2). Disponibiliza resumos no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (3), vídeos no YouTube (2) e apresentações on-line (5). Mantém uma página no Facebook onde divulga conhecimento produzido por enfermeiros portugueses (77). Iniciou um projeto direcionado a pais em 2017.

Conclusão: O trabalho desenvolvido foi direcionado essencialmente para enfermeiros. Em 2017 iniciou uma organização nacional (I Reunião do GCN) e realizou a I Reunião da Rede ENSI. Mantém a produção e divulgação científica bem como a angariação de novos membros.

Palavras-Chave: conhecimento; enfermagem; saúde da criança; meios de comunicação; rede social; redes de informação de ciência e tecnologia

INTRODUÇÃO

O percurso histórico da Rede ENSI tem o seu início em 2003, quando a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), preocupada com os indicadores de saúde infantil de muitos países da América Latina, solicitou à Associação Latino-Americana de Escolas de Enfermagem (ALADEFE) a realização de um estudo para identificar pontos fortes e debilidades do ensino da saúde infantil nas Escolas de Enfermagem da América Latina (Montenegro, 2012, 2013). Os resultados apresentados em 2006 apontaram a necessidade de procurar estratégias para melhorar o ensino da saúde infantil na região, potenciando os conhecimentos e esforços entre atores comprometidos com o desenvolvimento da saúde das pessoas do continente americano (Esperón, 2011a, 2011b; Montenegro, 2012). Para tal foram desenvolvidas duas estratégias:

- Elaboração de um manual de atenção integrada das enfermidades prevalentes na infância (AIEPI);
- Criação de uma rede para enfermeiros interessados em melhorar o ensino da saúde infantil na América Latina.

O objetivo do programa da AIEPI é melhorar o crescimento e o desenvolvimento das crianças com menos de 5 anos de idade, e reduzir a morbilidade e mortalidade infantil em total concordância com os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (Esperón, 2011b; Montenegro, 2013).

A rede criada chama-se *Red de Enfermería de Salud Infantil* (ENSI). Rapidamente deixou de incluir apenas países da América Latina para adquirir caráter internacional, incluindo atualmente 23 países entre os quais Espanha e Portugal (Montenegro, 2012). A missão da Rede ENSI, definida na sua Carta de Intenções é:

Somos um grupo de profissionais de enfermagem docentes e da prática clínica interessados nos cuidados a crianças, saudáveis ou doentes, que necessitem intervenção de enfermagem com qualidade e proximidade, tendo em conta os pais e o meio onde estão inseridos. (Amaral-Bastos, Sousa, & Fonseca, 2013, p. 4)

Estão definidos um conjunto alargado de objetivos centrados essencialmente na divulgação e acesso a informação científica, produção e divulgação de conhecimento, bem como nas crianças e suas famílias que são, aliás, a razão de ser da Rede ENSI. Podem integrar esta Rede profissionais de enfermagem e obstetria interessados em participar, comprometidos com os fins

* Licenciatura, Especialista em Saúde Infantil e Pediatria, Centro Hospitalar do Porto/Centro Materno Infantil do Norte, Portugal, mariamaneuilaamaral@gmail.com / rede.ensi.portugal@gmail.com

CONFERÊNCIA

e objetivos da Rede e dispostos a contribuir para o seu desenvolvimento (membro pessoal); ou instituições e organizações que desejem patrocinar, proteger, promover e aderir a atividades de saúde infantil (membro institucional).

O funcionamento da Rede é essencialmente virtual. Para tal, utiliza-se o correio eletrónico e uma sala de conferências virtual para reuniões que acontecem normalmente de dois em dois meses e nas quais os membros dos vários países podem participar. Realizam-se reuniões presenciais nas conferências da ALADEFE.

No trabalho em rede incentiva-se a participação de cada membro, na certeza de que cada pessoa tem um contributo único a oferecer. A força da rede é também a sua fragilidade pois reside precisamente na participação pessoal, pelo que teremos uma rede sólida se cada nó se mantiver ativo e criativo. O tecer da rede não se faz de cima para baixo mas resulta dos objetivos comuns, da autonomia e da multiliderança em que cada um disponibiliza as suas competências, saberes, abertura à mudança e vontade de aprender. Contudo, torna-se necessário que exista alguma estrutura que coordene e possibilite a participação de todos e impulse o desenvolvimento do trabalho em rede. Cada país terá o seu Grupo Coordenador e é da sua exclusiva responsabilidade a modalidade que a Rede adote no país, as suas diretrizes e formas de funcionamento.

Em 2011, realizou-se em Coimbra a XI Conferência Iberoamericana de Educação em Enfermagem da ALADEFE. Previamente à Conferência realizou-se um encontro de Redes e especificamente um da Rede ENSI. Nesse encontro foi lançado o desafio para que Portugal integrasse esta Rede. No final de 2012 decidimos abraçar este projeto e foram efetuados os primeiros contactos para constituir uma equipa de trabalho tendo sido realizada a 1ª reunião no dia 13/01/2013.

A primeira atividade desenvolvida foi a tradução da Carta de Intenções da Rede ENSI Internacional (Amaral-Bastos, Sousa, & Fonseca, 2013), seguida da elaboração do Plano de Implementação e Desenvolvimento (PID; Oliveira, Sousa, Fonseca, Amaral-Bastos, 2013). Este documento, após as decisões iniciais tomadas em conjunto, foi disponibilizado através de uma ferramenta colaborativa disponível on-line para que todos os elementos pudessem participar experimentando trabalhar em rede virtual e é revisto anualmente. Na Carta de Intenções foi incluído um novo acordo referente ao desenvolvimento da Rede em Portugal. Assim, assumimos que em Portugal podemos ter membros institucionais, membros pessoais e colaboradores ocasionais. Membros institucionais são as instituições que acolhem a Rede ou aquelas com quem se possam estabelecer protocolos. Os membros pessoais são aqueles que integram a Rede de forma total, assumindo como seus os direitos e os deveres de participação. Ou seja, podem eleger, são elegíveis e têm direito a voto na tomada de decisão, comprometendo-se a colaborar no desenvolvimento da Rede a nível local, nacional ou internacional. Os membros ocasionais são pessoas que colaboram no trabalho em rede numa determinada atividade. Não são elegíveis nem eleitores mas podem participar no planeamento da atividade e integram-se efetivamente no desenvolvimento da mesma.

Já numa fase posterior e, dando cumprimento ao PID apresentamos o projeto da Rede ENSI Portugal à Ordem dos Enfermeiros (OE) nomeadamente à Sra. Presidente da Mesa do Colégio da Especialidade de Pediatria, En^ª Amélia José Monteiro.

Esta comunicação tem como objetivos: (i) divulgar o percurso da Rede ENSI em Portugal; (ii) apresentar a produção científica concretizada; (iii) apresentar dados do conhecimento científico divulgado.

ESTRATÉGIAS UTILIZADAS

A Rede integra atualmente 7 colaboradores ocasionais e 19 membros, sendo 6 do GCN. No desenvolvimento deste projeto recorrem a competências pessoais e coletivas, novas tecnologias, criatividade e pessoas/instituições de boa vontade. A programação das atividades é efetuada conjuntamente em reuniões presenciais, sendo depois continuadas utilizando tecnologias informáticas. Documentos conjuntos são ultimados através do *Google Docs* e apresentações conjuntas são efetuadas através do *Prezi* ou *Powerpoint online*. O e-mail e o telemóvel são de vital importância para troca de informações. A Rede ENSI tem marcado presença em reuniões científicas através da divulgação de panfletos, mostra de materiais, palestras a convite de eventos formativos e apresentação de comunicações livres. Criou em 2013 e mantém funcionante uma página no *Facebook* onde divulga essencialmente investigação produzida por enfermeiros portugueses, bem como atividades e notícias de interesse para a pediatria, atividades da Rede, entre outras.

PERCURSO EFETUADO

A Rede ENSI iniciou a sua atividade no norte e começam a ser dados os primeiros passos no centro começando a ser necessária alguma estrutura organizacional pelo que decorreu a 14/01/2017 a primeira reunião do GCN. Outro passo significativo foi a I Reunião da Rede ENSI Portugal a 08/06/2017, inserida no I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, de que esta comunicação faz eco.

CONFERÊNCIA

A Rede produziu comunicações, em formato oral (2) ou poster (2) que apresentou em congressos e integrou mesas (4) a convite de organizações de eventos científicos, cujos dados apresentamos na Tabela 1.

Tabela 1

Produção científica da Rede ENSI Portugal apresentada em congressos

Ano	Congresso	Temática	Formato
2013	IV Encontro de Benchmarking	Networking em saúde infantil: construir caminho, encurtar distâncias	Comunicação Oral
2014	Reunião Espaço Jovem. 20 anos de estórias. Que futuro	Sexualidade na adolescência; contribuições da investigação realizada em contexto académico	Comunicação Poster
2014	I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil	Direitos da criança hospitalizada: evidências da investigação académica produzida em Portugal	Comunicação Poster
2014	Reunión de la Red ENSI España	Red ENSI en Portugal: un proyecto en desarrollo	A convite da organização
2015	Fórum de Enfermagem de Saúde Infantil	Rede ENSI em Portugal: balanço de dois anos de atividade	Comunicação Oral
2015	I Jornadas de Enfermagem de Saúde Infantil do CMIN	ENSI – Rede de enfermagem de saúde infantil	A convite da organização
2017	I Congresso Internacional de Saúde Infantil e Pediátrica	Rede ENSI Portugal	A convite da organização
		Os 3 pilares da obesidade infantil: projeção da nossa realidade*	
		Projeto de intervenção no tratamento e controlo da diabetes em pediatria*	
		Cantinho do Bebê	

*Projetos desenvolvidos por simpatizantes da Rede ENSI Portugal

Para além do presente texto, a Rede dispõe de dois resumos publicados em e-book intitulados: (i) Networking em saúde infantil: construir caminho, encurtar distâncias (Amaral-Bastos, Oliveira, Sousa, & Fonseca, 2013) e (ii) Direitos da criança hospitalizada: evidências da investigação académica produzida em Portugal (Sousa, Costa, Fonseca, & Amaral-Bastos, 2014). Na tentativa de chegar a um número mais alargado de profissionais, os resumos aceites em eventos científicos, são também disponibilizados no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (3).

Outra estratégia de divulgação da Rede, consiste em disponibilizar on-line as apresentações efetuadas em congressos, bem como outras produções que apresentamos na Tabela 2.

Tabela 2

Trabalho desenvolvido pela Rede ENSI Portugal e divulgado on-line

Data	Título	Formato	Endereço
2013	Networking em saúde infantil: construir caminho, encurtar distâncias	Prezi	https://prezi.com/syswbe4tfcx0/networking-em-saude-infantil-construir-caminhos-encurtar-distancias/
2013	Trabalhar em rede	Filme	https://www.youtube.com/watch?v=qSwNSk92dHU
2013	Networking	Filme	https://www.youtube.com/watch?v=6j7hJ01wAyg
2014	Red ENSI Portugal: un proyecto en desarrollo	Prezi	https://prezi.com/tmfvko8rnbs/red-ensi-en-portugal-un-proyecto-en-desarrollo/
2014	Rede ENSI Portugal: balanço de dois anos de atividade	Powerpoint	https://pt.slideshare.net/redeensi/rede-ensi-em-portugal-balano-de-2-anos-de-atividade

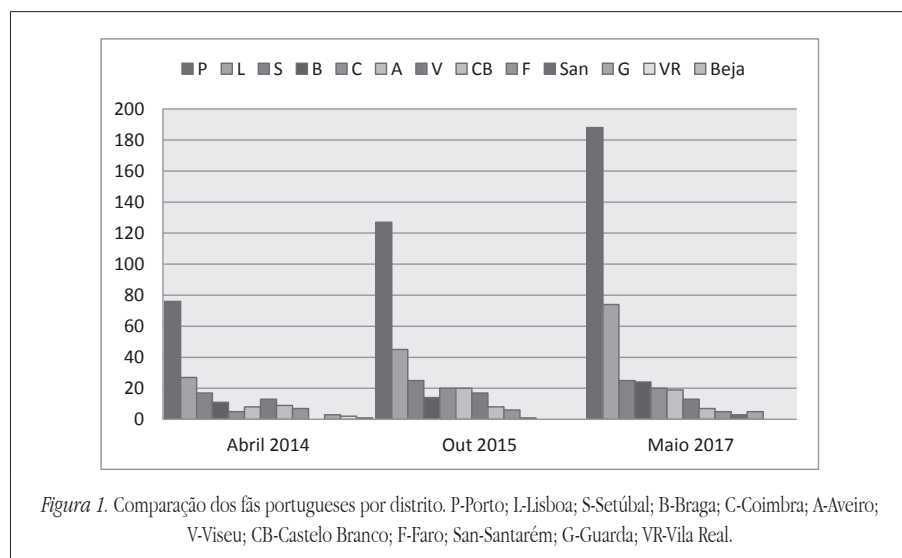
CONFERÊNCIA

Tabela 2 (continuação)

Trabalho desenvolvido pela Rede ENSI Portugal e divulgado on-line

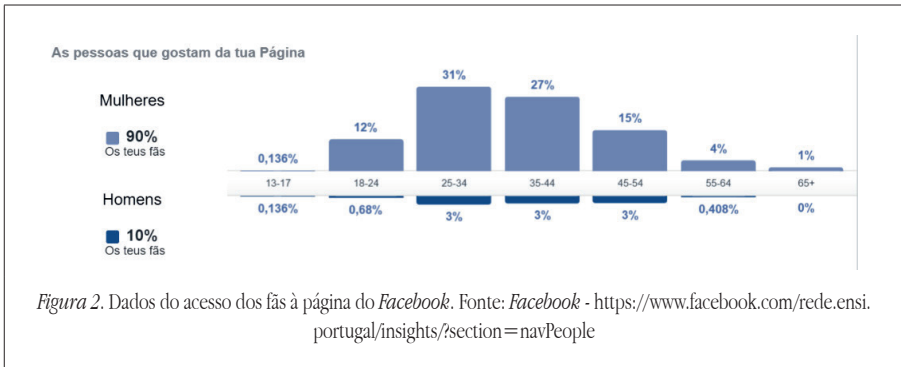
Data	Título	Formato	Endereço
2015	Rede ENSI Portugal: um projeto em desenvolvimento	Powerpoint	https://pt.slideshare.net/redeensi/rede-ensi-portugal-um-projeto-em-desenvolvimento
2017	Rede ENSI Portugal	Prezi Next	https://prezi.com/p/-w49l-3zds19/

Em Outubro de 2013, foi criada uma página no *Facebook*, dirigida a enfermeiros, onde divulgamos atividades da rede, eventos científicos, livros publicados por colegas portugueses, livros para download gratuito, e investigação preferencialmente efetuada por enfermeiros portugueses. No dia 16/05/2017 a página apresentava 719 seguidores e 731 *likes*, maioritariamente provenientes de Portugal (526), seguido pelo Brasil (182), Reino Unido (4), França (3), Suíça (3), e Peru (2). Seguem-se ainda Nicarágua, Uruguai, Venezuela, Angola, México, Luxemburgo, Espanha, Colômbia, Congo, Canadá e Senegal com 1 *like* cada. Na Figura 1, apresentamos os fãs portugueses por distrito comparando com monitorizações anteriores.



A observação do gráfico permite constatar um crescimento lento mas sustentado ao longo do tempo, mais notório nos distritos do Porto e Lisboa. Permite perceber também que Vila Real e Beja, presentes na primeira monitorização, se encontram ausentes nas monitorizações seguintes.

Os fãs da página são essencialmente mulheres, como esperado numa profissão essencialmente feminina, como podemos observar na Figura 2.



Comparando com a monitorização de maio de 2015, verificámos que a percentagem de fãs do sexo masculino aumentou de 8 para 10%; aumentou a presença de fãs na faixa etária dos 25-34 anos (sexo feminino de 28% para 30%; sexo masculino de 2% para 3%) e aumentaram também os fãs com mais de 65 anos (sexo feminino de 0,52% para 1%; não há fãs do sexo masculino). Contudo, as atualizações da página do Facebook passam muito para além dos fãs. Nos últimos 28 dias do mês de maio de 2017, por exemplo, as atualizações da página foram mostradas a 6038 pessoas em 48 países, sendo os portugueses maioritariamente do distrito do Porto (1172) e do distrito de Lisboa (927). Marcam presença os distritos de Vila Real, Viana do Castelo e Funchal embora não se tenham colocado como fãs da página. Constatamos ainda que, também nos últimos 28 dias, foram apenas 54 as pessoas que em Portugal partilharam as publicações, o que significa que há um enorme potencial de crescimento. De outubro de 2013 até ao dia 16 de maio de 2017 divulgámos 77 trabalhos de investigação desenvolvidos por enfermeiros portugueses, tendo obtido um total de 31 416 visualizações ($M = 402,8$; $DP = 647,4$; $Min = 23$; $Max = 3428$), 240 likes ($M = 3,1$; $DP = 4,1$; $Min = 0$; $Max = 19$) e 764 partilhas ($M = 9,8$; $DP = 10,2$; $Min = 0$; $Max = 45$). Fizemos uma análise das temáticas divulgadas que apresentamos na Tabela 3.

Tabela 3
Investigação divulgada na página do Facebook organizada por categorias temáticas

Categoria	n
Dor	13
Cuidados a recém-nascidos e lactentes	9
Cultura de segurança	9
Saúde mental do adolescente	8
Parentalidade	6
Afetos e emoções na prestação de cuidados	5
Doença crónica	5
Família	4
Enfermagem	3
Sistemas de informação	2
Gestão de recursos humanos	2
Fim de vida	2
Brincar	2
Outros	7
Total	77

CONFERÊNCIA

Em março de 2015 iniciámos um blog de saúde infantil dirigido a pais que se manteve atualizado durante esse ano, não tendo sido possível dar-lhe continuidade, mas que queríamos retomar. Em fevereiro de 2017 começou o projeto O Cantinho do Bebê direcionado para cuidadores e crianças desenvolvido na região centro e que é objeto de outro artigo.

CONCLUSÕES

A Rede ENSI começou a sua implementação em Portugal há cerca de 4 anos, primeiro na região norte e começando agora a dar os primeiros passos na região centro. O ano de 2017 fica marcado pela constituição do GCN, pela implementação do projeto O Cantinho do Bebê e pela I Reunião da Rede ENSI Portugal integrada no I Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica organizado pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. As estratégias de divulgação da Rede incluem a participação em congressos através da mostra de materiais, colocação de panfletos nas pastas e apresentação de palestras (4), comunicações em formato oral (2) ou poster (2). Relativamente a publicações, estão publicados 2 resumos em atas de eventos. A página da rede no *Facebook*, também contribui para a dar a conhecer, sendo seu objetivo prioritário a divulgação de investigação produzida por enfermeiros portugueses (77 investigações visualizadas em média 402 vezes), numa tentativa de evidenciar a produção científica nacional e sensibilizar os enfermeiros para o seu uso.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral-Bastos, M., Oliveira, A., Sousa, C., & Fonseca, L. (2013). *Networking em saúde infantil: Construir caminho, encurtar distâncias*. Paper apresentado no IV Encontro de Benchmarking da Ordem dos Enfermeiros, Lisboa.
- Amaral-Bastos, M., Sousa, C., & Fonseca, L. (2013). *Carta de intenções da rede ENSI: Versão portuguesa*. Documento não publicado.
- Esperón, M. T. (2011a). Memórias e perspectivas de la I reunión de redes de enfermería en Cuba. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(3), 199-102. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n3/enf03311.pdf>
- Esperón, M. T. (2011b). Reunión internacional de organización de redes de enfermería: Por la educación hasta los objetivos del milenio. *Revista Cubana de Enfermería*, 27(4), 269-272. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v27n4/enf04411.pdf>
- Montenegro, G. (2012). Comunicación acerca de la red internacional de enfermería en salud infantil (Rede ENSI). *Revista Cubana de Enfermería*, 28(2), 86-83. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v28n2/enf03212.pdf>
- Montenegro, G. (2013). Contribuyendo al logro de los objetivos del milenio. *Revista Enfermería Desarrollo*, 0, 10-11.
- Oliveira, A., Sousa, C., Fonseca, L., & Amaral-Bastos, M. (2013). *Projeto de implementação e desenvolvimento 2013*. Documento não publicado.
- Sousa, C., Costa, N., Fonseca, L., & Amaral-Bastos, M. (2014). *Direitos da criança hospitalizada: Evidências da investigação académica produzida em Portugal*. Paper apresentado nas I Jornadas do Mestrado de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal.

PAINEL: “TEMAS CHAVE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE NO SÉCULO XXI”

Sono em crianças e adolescentes

Odete Amaral*

Resumo: O sono é fundamental para o bem-estar, para a promoção da saúde das populações e qualidade de vida em todos os grupos etários. Desde a primeira infância até à pessoa idosa que os bons hábitos de sono deveriam ser uma prioridade na vida das pessoas. O sono, bem como os problemas/perturbações do sono, deveria constituir-se como uma prioridade para os profissionais da saúde, da educação, políticos e famílias, com o objetivo de tornar os bons hábitos de sono num estilo de vida com benefícios importantes, como os associados a outros estilos de vida saudáveis (tais como a alimentação e o exercício físico). Na adolescência, os principais problemas/perturbações do sono incluem as insónias, a síndrome do atraso da fase do sono, a irregularidade nos padrões de sono, a sonolência diurna e a apneia do sono.

Assim, os problemas/perturbações de sono, desde a primeira infância, devido à sua frequência e repercussões ao longo da vida, deveriam constituir-se como uma preocupação em saúde pública e uma prioridade nas políticas de saúde e nas estratégias de promoção da saúde.

Palavras-chave: sono; criança; adolescente; saúde pública

INTRODUÇÃO

“Um bom sono é um sonho possível!”

Associação Mundial de Medicina do Sono (2016) - Dia Mundial do Sono.

A importância e o impacto do sono na saúde têm merecido, nos últimos tempos, uma maior atenção, sendo os problemas/perturbações do sono uma fonte comum de preocupação por parte de alguns pais (embora num número reduzido ao pretendido), profissionais de saúde e educação. O sono desempenha um papel fundamental do ponto de vista biológico, emocional e social. Os problemas/perturbações de sono têm um impacto negativo na criança, família e comunidade, sendo o sono fundamental para o crescimento e desenvolvimento físico, emocional e cognitivo da criança (Salavessa & Vilarça, 2009). Definir sono não é uma tarefa fácil, particularmente na adolescência. Este grupo etário é caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas e sociais próprias, tornando difícil a conceptualização do sono nesta fase da vida. Um sono normal será aquele que proporciona uma sensação de descanso e bem-estar, permitindo a execução das tarefas do dia seguinte em boas condições físicas e mentais. Atualmente, o sono é considerado um fator primário no desenvolvimento do indivíduo, designadamente do adolescente, exercendo um papel essencial para um bom desempenho físico, mental, comportamental, cognitivo e emocional (Gupta et al., 2008; Walker & Stickgold, 2006). Efetivamente, em termos globais, os distúrbios do sono constituem uma epidemia global que ameaça a saúde e a qualidade de vida em cerca de 45% da população mundial (Associação Mundial de Medicina do Sono, 2016).

O sono divide-se em duas fases: (1) sono REM (*Rapid Eye Movement*); e (2) sono NREM (*Non- Rapid Eye Movement*). O sono NREM divide-se em 4 estádios, sendo os estádios 1 e 2 correspondentes ao sono leve e os estádios 3 e 4 ao sono mais profundo. A proporção entre sono REM e NREM vai-se alterando ao longo do crescimento, acompanhando a maturação do sistema nervoso central. Especificamente, a proporção entre sono REM e NREM vai diminuindo com o crescimento. Assim, na adolescência, ocorrem alterações profundas e importantes no padrão do sono (Owens, Belon, & Moss, 2010; Paiva & Penzel, 2011), que se repercutem a nível da duração e estrutura do sono. Apesar das necessidades serem semelhantes

* Doutorada, Prof. Adjunto na Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu; mopamaral@gmail.com

na infância e na adolescência, o sono na adolescência difere do sono das crianças e dos adultos. O hiato de tempo até adormecer é maior (National Sleep Foundation, 2009); os despertares noturnos aumentam; e começa a estabelecer-se um atraso na fase do sono, isto é, uma propensão para se deitar mais tarde, mas mantendo a hora de acordar, de que resulta uma diminuição do número de horas de sono e um aumento da sonolência diurna (Owens et al., 2010; Paiva & Penzel, 2011). Para garantir um desenvolvimento adequado das crianças é importante conhecer as necessidades habituais das mesmas e o número de horas de sono para cada grupo etário/etapa da vida. Segundo a *National Sleep Foundation – sleep durations recommendation*, o número de horas de sono recomendadas para cada grupo etário encontra-se esquematizado na Figura 1.

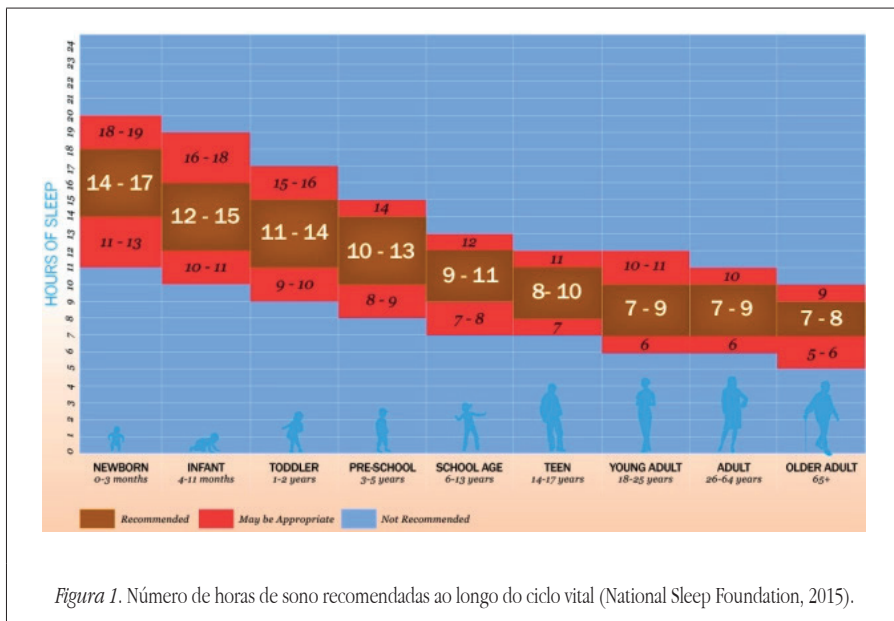


Figura 1. Número de horas de sono recomendadas ao longo do ciclo vital (National Sleep Foundation, 2015).

Um estudo realizado em Viseu, com uma amostra de 6919 adolescentes de idades entre os 12 e os 18 anos, verificou que a prevalência de insónia foi de 8,3% e ao nível dos sintomas de insónia foi de 21,4%. A prevalência de insónia revelou-se superior no sexo feminino (10,1% vs. 5,9%; $p < .001$), observando-se esta mesma tendência para a prevalência dos sintomas de insónia (25,6% vs. 15,8%; $p < .001$). A prevalência de sonolência diurna foi de 33,1% e de sono insuficiente de 29,5% (Amaral, 2014). O mesmo estudo demonstrou que, durante a semana, os adolescentes dormem, em média, por noite, 8h:04min \pm 1h:13min. Especificamente, os adolescentes nesta amostra deitavam-se às 22h:18min \pm 1h:47min, levantando-se às 7h:15min \pm 0:35min. Este estudo revelou ainda que o número de horas de sono diminui com o aumento da idade e, quanto à regularidade dos hábitos de sono, apenas 6,4% dos adolescentes indicaram que se deitavam todas as noites à mesma hora (Amaral, 2014). O panorama em Viseu face aos hábitos de sono irregulares e insuficientes verifica-se também a nível nacional e europeu (Cunha, 2012; Lin & Yi, 2015; Hannan & Hiscock, 2015; Sinha, Jhaveri, & Banga, 2015). Outro estudo, com uma amostra de 1586 crianças entre os 8 e os 12 anos de idade, inscritas no 4º ano dos municípios de Oeiras, Seixal e Viana do Castelo mostrou que 2,8% das crianças apresentaram baixo peso, 64,0% peso normal e 33,2% tinham excesso de peso e obesidade (18,8% pré-obesidade e 14,4% obesidade). Das crianças com obesidade, observou-se que 57,2% dormiam \leq 8 horas/dia e apenas 4,8% dormiam $>$ 9 horas/dia (Cunha, 2012). O estudo realizado pelo *The National Sleep Foundation - Sleep in America Poll*, revelou que 75% dos adolescentes do 12º ano de escolaridade relatam uma duração do sono inferior a 8 horas por noite, em comparação com 16% dos adolescentes do 6º ano de escolaridade (National Sleep Foundation, 2006). Os adolescentes tentam, muitas vezes, compensar as horas de falta de sono da semana ao fim de semana (National Sleep Foundation, 2006). De acordo com o Presidente da Associação Portuguesa do Sono (APS, 2016), Dr. Joaquim Moita, “em Portugal dorme-se pouco e dorme-se mal”, sendo Portugal “um dos países europeus onde é maior

o consumo de fármacos para induzir o sono”. Ainda, de acordo com o Presidente da APS, “os portugueses deitam-se tarde como os latinos e levantam-se cedo como os nórdicos”, contribuindo para este facto “fatores culturais – tipicamente de origem anglo saxónica – que tendem a desvalorizar a duração do sono como tempo perdido”. No entanto, Portugal tem dos “períodos laborais mais prolongados da Europa”.

Sem dúvida, os hábitos e estilos de vida são transmitidos às gerações e também os hábitos de sono devem ser ensinados aos filhos desde que nascem. Os hábitos de sono que a família, designadamente os pais, transmitem às crianças são fundamentais para a aquisição de hábitos saudáveis em crianças e, posteriormente, ao longo da sua vida. Um padrão de sono adequado na infância é um alicerce que favorece a continuação de um sono de boa qualidade na idade adulta. Um estudo realizado no Canadá revelou que, nos dias de semana, o cumprimento de regras sobre a hora de dormir infantil foi um preditor positivo significativo de crianças que cumpriam as diretrizes dos bons hábitos de sono (OR: 1.59; IC95%: 1.03-2.44) (Pyper, Harrington, & Manson, 2017). Outro problema relativo aos maus hábitos de sono das nossas crianças é o não cumprimento das sestas, principalmente das que frequentam os estabelecimentos públicos. A partir dos 3 anos de idade, as crianças que frequentam, sobretudo, as escolas públicas, deixam de dormir a sesta. No entanto, a recomendação para bons hábitos de sono é no sentido das crianças com idades entre os 3 e os 5/6 anos realizarem uma sesta, de preferência no início da tarde (Sociedade Portuguesa de Pediatria, 2017).

Todos estes maus hábitos acarretam consequências para a criança e para o seu futuro, quer a nível comportamental, físico, relacional, quer a nível cognitivo.

Mas afinal, porque é que o sono é tão importante?

Em virtude da intensa relação existente entre a qualidade do sono e a qualidade da vigília, um dos resultados mais imediatos do sono de má qualidade é a diminuição do rendimento no dia seguinte. São observados (anos durante o período de vigília, como sonolência, oscilações do humor, ansiedade, baixa autoestima, lentidão de raciocínio, perda de memória, mau desempenho escolar e pessoal, ou predisposição a acidentes.

Não dormir o número de horas necessárias pode ter consequências muito mais graves para os indivíduos do que simplesmente um mau acordar. Aumenta o risco de vários problemas de saúde (como a obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, menor resistência a doenças autoimunes), bem como problemas de comportamento (por exemplo, hiperatividade, impulsividade e falta de concentração) ou diminuição da produtividade académica e profissional, acidentes laborais e rodoviários (Owens & Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence, 2014).

Em Portugal, a Sociedade Portuguesa de Pneumologia, para comemorar o Dia Mundial do Sono, lançou uma campanha, a partir do dia 18 de março, com o *slogan* “Será que andamos todos a dormir?”. Esta campanha de sensibilização foca-se na promoção da higiene do sono, ou seja, na divulgação de um conjunto de bons hábitos que qualquer pessoa deve adotar para melhorar a qualidade do seu sono.

No geral, podemos considerar três elementos para um sono de boa qualidade:

1. Duração – O tempo de sono deve ser suficiente para que o indivíduo esteja repousado e alerta no dia seguinte.
2. Continuidade – Pensa-se que os ciclos de sono devem suceder-se sem interrupções.
3. Profundidade – O sono deverá ser suficientemente profundo para ser reparador e repousante.

Assim, e porque a qualidade do sono dos bebês e das crianças deve ser ensinada e incentivada com algumas rotinas e hábitos coerentes de sono para que, a longo prazo, se traduza num sono de boa qualidade e quantidade, relembremos as regras da higiene do sono (ajustando-se, sempre que necessário, à idade dos indivíduos):

Horário

- 1 – Ter um horário regular de sono, ou seja, o horário de deitar e levantar deve ser o mesmo todos os dias.
- 2 – Fazer as sestas diurnas com horário, frequência e duração consistentes.
- 3 – Estimular a criança a adormecer sozinha.
- 4 – Se o adolescente ou adulto não conseguir dormir, não deve permanecer na cama, devendo levantar-se, sair do quarto e tomar um banho quente ou ler um livro.

Ambiente

- 5 – Ter um ambiente silencioso no quarto, de preferência escuro e com temperatura adequada.
- 6 – O quarto não deve ser utilizado para ver televisão, trabalhar ao computador ou para comer.

7 – Desligar o equipamento eletrónico uma hora antes de dormir e deixá-lo fora do quarto. Não levar telemóvel, *tablet* ou outro equipamento para a cama, nem ficar com o telemóvel na mesa-de-cabeceira. A luminosidade e o ruído dos computadores, telemóveis, consolas de jogos, televisão, atrasam a chegada do sono e provocam despertares durante a noite.

Atividades

8 – Ter uma rotina na hora de deitar. Antes de deitar, deve haver uma sequência habitual na preparação para o sono (por exemplo, banho, jantar, ida para o quarto, leitura, música calma, . . . ou simplesmente dar mimos; deitar, aconchegar e dar beijinho). A leitura deve fazer parte da rotina do sono das crianças em qualquer idade. Não ver programas televisivos ou jogar jogos estimulantes antes de ir para a cama.

9 – Atividade física diária, mas evitando as horas próximas do horário de início do sono (pelo menos 2 horas que antecedem a hora de deitar).

10 – Na alimentação, procurar fazer refeições mais leves à noite.

11 – Garantir que não se deita com fome.

12 – Evitar alimentos ou bebidas estimulantes a partir do final da tarde, como chocolate, café, chá preto/verde, bebidas energéticas, Coca-Cola e outros refrigerantes.

13 – Não ingerir excessivamente líquidos ao deitar ou durante as horas noturnas.

14 – Evitar o tabaco ou álcool a partir do final da tarde.

15 – Não levar as preocupações diárias para a cama, ou seja, relaxar o mais possível antes de ir para a cama (Recuperado de Centro do sono iSleep, Teresa Paiva: <http://www.isleep.pt/as-regras-do-sono/>).

Estas medidas de higiene do sono têm como principal objetivo permitir aos indivíduos adquirir hábitos de sono corretos, que visem otimizar a qualidade e quantidade do sono.

A capacitação das populações é essencial para a promoção de bons hábitos de sono e, assim, obter ganhos em saúde. Mas é necessário que todos entendam e aceitem o sono como um estilo de vida saudável. Todos os indivíduos identificam o sono como prioritário? Os problemas de sono como um risco para a saúde? Já identificam e conhecem as medidas de higiene do sono?

Regra dos 9 princípios para a prevenção de problemas do sono:

Em 2014, após um estudo realizado com 6919 adolescentes que permitiu a realização do diagnóstico de situação dos problemas de sono em adolescentes. Foi então proposta a “Regra dos 9 princípios para a prevenção de problemas do sono”, com intervenções de educação para a saúde, com vista à criação de bons hábitos de sono em adolescentes (de Viseu) e com o envolvimento de todos, nomeadamente dos indivíduos, da família, dos profissionais da saúde e da educação, bem como as políticas nacionais.

Estes princípios assentam em intervenções individuais, comunitárias e nos planos curriculares do ensino básico e secundário, interligadas e centradas num objetivo comum, relativo à diminuição da frequência de perturbações do sono em crianças e adolescentes.

Intervenções individuais

1. Avaliação clínica individual/personalizada.
2. Integração da avaliação dos parâmetros de sono nas consultas de saúde em unidades funcionais.
 - a. Realização de planos de compromisso, ou seja, negociação dos ganhos em saúde com os adolescentes.

Intervenções comunitárias

3. Formação junto dos profissionais de saúde responsáveis pelas consultas infanto-juvenis, dos gabinetes psicopedagógicos das escolas/agrupamentos, e das equipas de cuidados na comunidade. Formação com professores, pais/encarregados de educação, crianças/adolescentes e comunidade em geral.
4. Divulgação à comunidade das evidências acerca do sono dos adolescentes.
5. Capacitar os indivíduos, através da utilização da nova arquitetura da esfera pública da saúde e, residualmente, da realização de campanhas de informação e sensibilização. Defender o bom sono como um estilo de vida e comemoração do dia mundial do sono.
6. Realização de “rastreios” comunitários em populações específicas.
7. Programação de atividades escolares que incorporem as boas práticas do sono (por exemplo, a sesta no pré-escolar até aos 5 anos, o exercício físico no período da manhã).

CONFERÊNCIA

Intervenção nos planos curriculares

8. Intervenção junto dos dirigentes escolares, com vista à incorporação da temática do sono nos projetos educativos.

9. Incorporação da temática do sono nos currículos do ensino pré-escolar, básico e secundário, abordando as medidas de higiene do sono:

- a. Horário de sono – regular (deitar e levantar todos os dias à mesma hora, mesmo ao fim de semana) e suficiente para a idade.
- b. Alimentação – evitar refeições “pesadas” à noite, evitar a ingestão de álcool e bebidas estimulantes (café, chá, coca-cola) pelo menos seis horas antes de deitar.
- c. Atividades – exercício físico diário é benéfico, preferencialmente se anteceder em 4/6 horas o momento de deitar. Não jogar videogames, nem ver televisão pelo menos meia hora antes de dormir. Não levar o telemóvel para o quarto, evitar enviar *short message service* (SMS) até tarde, diminuindo, deste modo, o número de horas de sono.
- d. Ambiente – quarto com condições propícias ao repouso, temperatura adequada e sem ruído. O quarto não deve ser utilizado para ver televisão, para estar no computador, pelo menos nas 2 horas que antecedem a hora de deitar. Não deve ter televisão no quarto.
- e. Motivar os adolescentes para a importância das sestas por um período ≤ 30 minutos e antes das 15 horas.

Consequências de uma noite de sono mal dormida:

Conheça algumas das surpreendentes e graves consequências geradas pela falta de sono, sabendo que serão evitadas se cumprir as regras de higiene do sono, ou seja, se seguir o *slogan* - DORME BEM SEMPRE!

As consequências de uma noite de sono mal dormida incluem (cf. Amaral, 2013):

- Dores musculares
- O cansaço
- Risco de acidentes
- Melancolia / irritabilidade
- Excesso de peso e obesidade

Baixo rendimento intelectual

Esforço acrescido

Mau desempenho

- Sonolência diurna
- E absentismo (escolar e profissional)
- Menor resistência às doenças
- Pior qualidade de vida
- Redução da felicidade
- E aumento da depressão / ansiedade.

A quantidade e a qualidade do sono são fundamentais para que crianças e adolescentes mantenham uma boa saúde física e mental ao longo da vida. Todos devíamos assinar um compromisso de ‘pelo menos, dormir sobre o assunto’, com vista ao planeamento e implementação de estratégias de promoção da saúde, por forma a capacitar e aumentar a literacia em saúde de todos e assim obter ganhos em saúde, associados a melhor qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amaral, O. (2014). *Epidemiologia da insónia em adolescentes: Do diagnóstico de situação à intervenção* (Tese de doutoramento). Universidade Nova de Lisboa, Escola Nacional de Saúde Pública, Lisboa.
- Associação Mundial de Medicina do Sono. (2016). *Dia mundial do sono 2016*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/noticias/2016/03/18/dia-mundial-do-sono-2016/>.
- Associação Portuguesa do Sono. (2016). *Dia mundial do sono*. Recuperado de <http://www.apsono.com/index.php/pt/noticias/aps-nas-noticias/43-dia-mundial-do-sono-pelo-menos-20-dos-portugueses-tem-dificuldade-em-adormecer>.

- Cunha, C. (2012). *Relação entre os hábitos de sono e a obesidade infantil no âmbito do projeto comunitário MUN-SI* (Trabalho de licenciatura). Universidade Atlântica, Lisboa, Portugal.
- Gupta, R., Bhatia, M. S., Chhabra, V., Sharma, S., Dahiya, D., Semalti, K., ... Dua, R. S. (2008). Sleep patterns of urban school-going adolescents. *Indian Pediatrics*, 45(3), 83-89.
- Hannan, K., & Hiscock, H. (2015). Sleep problems in children. *Australian Family Physician*, 44(12), 880-883.
- Lin, W. H., & Yi, C. C. (2015). Unhealthy sleep practices, conduct problems, and daytime functioning during adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 44(2), 431-446. doi: 10.1007/s10964-014-0169-9.
- National Sleep Foundation. (2006). *Teens and sleep: Sleep in America polls*. Washington, DC: National Sleep Foundation. Recuperado de www.sleepfoundation.org/article/sleep-america-polls/2006-teens-and-sleep.
- National Sleep Foundation. (2009). *Teens and sleep*. Recuperado de <http://www.sleepfoundation.org/article/sleep-topics/teens-and-sleep>.
- National Sleep Foundation. (2015). *Recommends new sleep times*. Recuperado de <https://sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>.
- Owens, J. A., Belon, K., & Moss, P. (2010). Impact of delaying school start time on adolescent sleep, mood, and behavior. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(7), 608-614.
- Owens, J., & Adolescent Sleep Working Group, Committee on Adolescence. (2014). Insufficient sleep in adolescents and young adults: An update on causes and consequences. *Pediatrics*, 134(3), e921-932. doi: 10.1542/peds.2014-1696.
- Paiva, T. (n.d.). Centro do sono isleep. Recuperado de <http://www.isleep.pt/as-regras-do-sono/>
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono: Manual prático*. Lisboa, Portugal: Lidel.
- Pyper, E., Harrington, D., & Manson, H. (2017). Do parents' support behaviours predict whether or not their children get sufficient sleep? A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 17(432), 1-10. doi 10.1186/s12889-017-4334-4.
- Salavessa, M., & Vilarça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa Clínica Geral*, 25(5), 584-591.
- Sinha, S., Jhaveri, R., & Banga, A. (2015). Sleep disturbances and behavioral disturbances in children and adolescents. *Psychiatric Clinics of North America*, 38(4), 705-721. doi: 10.1016/j.psc.2015.07.009.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2017). *Alerta dos pediatras: Não dormir a sesta é tão grave como não comer*. Recuperado de <https://www.publico.pt/2017/06/01/sociedade/noticia/alerta-dos-pediatras-nao-dormir-a-sesta-e-tao-grave-como-nao-comer-1774203>.
- Walker, M. P., & Stickgold, R. (2006). Sleep, memory, and plasticity. *Annual Review of Psychology*, 57, 139-166.



Editor / Editor:

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra / Nursing School of Coimbra

Editor Chefe / Editor in Chief

Manuel Alves Rodrigues, Ph.D., Agregação. Coordenador Científico da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Scientific Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Editor Adjunto / Deputy Editor

Teresa Barroso, Ph.D. - *Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Editor Sénior / Senior Editor

Aida Cruz Mendes, Ph.D., Coordenadora Adjunta da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Deputy Coordinator of the Health Sciences Research Unit: Nursing

Conselho Editorial / Editorial Board

Arménio Cruz, Ph.D. – Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
António Fernando Salgueiro Amaral, MS – Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Anabela Pereira, Ph.D. – Agregação - Professora Auxiliar com Agregação, Universidade de Aveiro
Ananda Maria Fernandes, Ph.D. – Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Clara Ventura, Ph. D. – Professora Adjunta, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Fernando Ramos, Ph.D. – Professor, Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra
João Luís Alves Apóstolo, Ph.D. – Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
João O. Malva, Ph.D. – Investigador Principal com Agregação, Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra
José Carlos Santos, Ph.D. – Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Manuel José Lopes, Ph.D. – Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora
Maria dos Anjos Dixe, Ph.D. – Professora Coordenadora, Escola Superior de Enfermagem do Instituto Politécnico de Leiria
Paulo Queirós, Ph.D. – Professor Coordenador, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Vitor Rodrigues, Ph.D. – Professor Coordenador da ESEVR, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro

Conselho Editorial Internacional/ Internacional Editorial Board

Afaf I. Meleis, Ph.D., DrPS(hon), FAAN – *Dean Emerita, School of Nursing, Professor of Nursing and Sociology, University of Pennsylvania, USA*

Alacoque Lorenzini Herdemann, RN, Ph.D. – *Professora Titular, Universidade Federal de Santa Catarina, Brasil*

Alan Pearson, RN, Ph.D - *Emeritus Professor of the University of Adelaide, Australia*

Antonio José de Almeida Filho, Ph.D. – *Professor Associado, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro*

Arja Holopainen, Director, Ph.D. – *Nursing Research Foundation, Finland*

Carl von Beyer, Ph. D. – *Professor Emeritus, Saskatchewan University – Canada*

Christine Webb, RN, Ph.D. – *Professor of Health Studies, University of Plymouth, UK*

Dalmo Valério Machado de Lima, Ph.D. – *Professor Adjunto, Universidade Federal Fluminense, Brasil*

Danelia Gómez Torres, Ph.D. – *Profesora de tiempo completo, Universidad Autónoma del Estado de México*

Deborah S. Finnell, DNS, PMHNP-BC, CARN-AP, FAAN – *Associate Professor & Director of the Master's Program, The Johns Hopkins University School of Nursing, USA*
 Eufemia Jacobs, PhD, RN – *Assistant Professor, School of Nursing, University of California, Los Angeles – USA*
 Isabel Amélia Costa Mendes, Ph.D. – *Directora do Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Brasil*
 F. Javier Barca Durán, Ph.D. – *Professor Titular, Facultad de Enfermería y Terapia Ocupacional, Universidad de Extremadura, España*
 Francisco Carlos Félix Lana – *Professor Associado, Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil*
 Lam Nogueira, Oi Ching Bernice, Ph.D. – *Professora, Instituto Politécnico de Macau, Escola Superior de Saúde, China*
 Manuel Amezcua, RN – *Chefe de B. de Docência e de Investigação, Presidente da Fundação Índex, Granada, España*
 Márcio Tadeu Francisco, Ph.D. – *Assessor do reitor, Universidade do Estado do Rio de Janeiro*
 María Antonieta Castañeda Hernández, Ph.D. – *Coordenadora de Educação e Saúde, Centro Médico Nacional Siglo XXI, México*
 Pirkko Kourri, Ph.D. – *Lecturer, Savonia University of Applied Sciences, Unit of Health Care, Kuopio, Finland*
 Rattikorn Mueannadon, Ph.D, MSN, RN – *Professor, Boromarajonani College of Nursing, Udonthani, Thailand*
 Rodrigo Chácon Ferrera, Ph. D. – *Professor Titular, Escuela Universitaria, Fac. de Ciências de la Salud Las Palmas de Gran Canaria, España*
 Zoe Jordan, Ph.D. – *Associate Professor, University of Adelaide, Australia*
 Miloslav Klugar, Ph.D – *Adjunct Assoc. Professor, School Of Translational Health Sciences, FHS, University of Adelaide*
 Miwako Honda, MD – *Director, Geriatric Research Division, National Hospital Organization Tokyo Medical Center*

Conselho Consultivo / Consultive Board

Comissão Administrativa, Comissão Externa de Aconselhamento e Comissão de Ética da Unidade de Investigação / Administrative Commission, External Advisory Committee and Ethics Committee of the Research Unit

A Revista de Enfermagem Referência apresenta-se em versão impressa (ISSNp:0874.0283) e em versão electrónica (ISSNe:2182.2883). Todo o processo de gestão, da submissão à publicação realiza-se em plataforma web: <http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=articleSubmission>, por forma a garantir o controlo de qualidade em todas as fases.

Os artigos publicados neste número foram traduzidos para versão inglesa por Técnicos Especializados do Gabinete de Projetos da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
 Antes da publicação, a versão inglesa foi validada pelos autores.

O Corpo de Revisores Pares e Apoio Técnico e de Redacção está acessível na página web:
<http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=page&id=11672>
<http://esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=page&id=11673>

Contactos / Contacts

Escola Superior de Enfermagem / Nursing School of Coimbra
 Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
 Avenida Bissaya Barreto – 3001-901 Coimbra/PORTUGAL.
 Tel. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)
 E.mail: referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência / Referência Journal of Nursing)
investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação / Research Unit)
 URL: <http://www.esenfc.pt/rr/> (Revista de Enfermagem Referência – disponível em texto integral / Referência Nursing Journal – available in full text)
<http://www.esenfc.pt/ui/> (Unidade de Investigação / Research Unit)

FICHA TÉCNICA / TECHNICAL BOARD

REV. ENF. REF.

Propriedade / Ownership

Escola Superior de Enfermagem, de Coimbra / Nursing School of Coimbra
Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem / Health Sciences Research Unit: Nursing
Avenida Bissaya Barreto – 3001-091 Coimbra
Telefs. 239 487 255 / 239 487 200 (ext. 2077)
Email: referencia@esenfc.pt (Revista de Enfermagem Referência)
investiga@esenfc.pt (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)
URL: <http://tr.esenfc.pt/tr/> (Revista de Enfermagem Referência)
URL: <https://www.esenfc.pt/pt/page/100004024> (Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem)

Título de Registo de Marca Nacional / Trade Mark Registry

INPI-402077

Depósito Legal / Legal Deposit

119318/98

ISSNp (print version)

0874.0283

ISSNe (electronic version)

2182.2883

ELEMENTOS REFERENTES AO SUPLEMENTO DO Nº 13, SÉRIE IV DA REV. ENF. REF.

Responsabilidade da organização / Responsibility for the organization

Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Revisão Final / Copy Editing

Cristina Louçano, Lic. em Línguas e Literaturas Modernas, variante de Francês/Inglês
Daniela Cardoso, RN – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Daniela Pinto, RN – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Liliana Baptista, PhD em Psicologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Paulo Costa, RN – Bolseiro de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Maria Lucília Cardoso, MS. em Sociologia – Bolseira de Investigação da UICISA: E, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Susana Branca, Lic. em Ciências da Informação

Apoio Documental / References Revision

Serviço de Documentação da ESEnFC

Maquetização e Paginação / Layout & DTP

Eurico Nogueira, MS em Tecnologias de Informação Visual

Apoio Técnico / Technical Support

Cristina Louçano, Secretariado da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

O conteúdo científico é da responsabilidade dos autores.



UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO
EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
INVESTIGAR PARA MELHORAR



Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia
INSTITUTO DE CIÊNCIA, TECNOLOGIA E INOVAÇÃO