



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com a especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

PROMOVER A AUTO-GESTÃO APOIADA DE SAÚDE NA CRIANÇA E ADOLESCENTE

PROMOTING SELF-MANAGEMENT SUPPORT IN HEALTH BEHAVIOUR OF CHILDREN AND TEENAGERS

Por
Bárbara Sampaio Soares

Lisboa, 2022



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA-PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

.....

PROMOVER A AUTO-GESTÃO APOIADA DE SAÚDE NA CRIANÇA E ADOLESCENTE

PROMOTING SELF-MANAGEMENT SUPPORT IN HEALTH BEHAVIOUR OF CHILDREN AND TEENAGERS

Por
Bárbara Sampaio Soares

Sob a orientação de Professora Doutora Zaida Charepe

Lisboa, 2022

*Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive*

Ricardo Reis

AGRADECIMENTOS

Ao Francisco, pelo apoio em todas as fases deste percurso, pela compreensão, por todas as ausências, por acreditar em mim e não me deixar desistir. Obrigada por tudo!

Aos meus pais, por serem o suporte de todas as horas.

À minha família e amigos, por me acompanharem neste caminho, por todo o carinho e cuidado e por me apoiarem nos momentos mais difíceis.

Às minhas colegas, por todos os desabafos e partilhas, pela compreensão e apoio demonstrados.

À Professora Doutora Zaida Charepe, por toda a paciência e presença constante. Obrigada pela motivação e sabedoria, pela tranquilidade transmitida nos momentos de maior *stress*.

Aos enfermeiros que me orientaram e enriqueceram este percurso, pela dedicação e pela partilha de conhecimentos e experiências.

Aos recém-nascidos e famílias internados na neonatologia e a todas as crianças com quem me cruzei, por serem fonte de inspiração.

A todos os que de alguma forma contribuíram para a concretização deste objetivo. Obrigada pelos pequenos (grandes) gestos que fizeram toda a diferença.

RESUMO

O envolvimento em comportamentos de saúde, bem como, a gestão de doenças crónicas, são cada vez mais reconhecidos como uma responsabilidade da pessoa e da sua família. A auto-gestão é um processo em que as crianças e jovens desenvolvem um conjunto de atitudes, comportamentos e competências que os ajudam a diminuir o impacto da sua condição de saúde em todas as vertentes da sua vida, tanto para eles como para a sua família ou cuidadores.

A realização da revisão scoping, com o título: “*O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente: scoping review*”, contribuiu para uma melhor compreensão do conceito de auto-gestão na idade pediátrica. Segundo os resultados desta revisão, o envolvimento em comportamentos de auto-gestão está associado a benefícios para a criança/adolescente, tanto a curto como a longo prazo, e nas várias dimensões da sua vida. Os enfermeiros têm um papel fundamental no apoio e na educação para a auto-gestão de saúde, podendo reduzir riscos e promover condições que a apoiem.

Este relatório tem como objetivo descrever e refletir criticamente sobre o percurso de formação desenvolvido, bem como, comunicar os resultados de aprendizagem clínica e de investigação aplicada.

Foi realizado um estágio em três contextos de intervenção diferentes: Serviço de Internamento de Pediatria, Cuidados de Saúde Primários e Urgência Pediátrica Polivalente de um Hospital Central de Lisboa.

Em cada contexto de intervenção foi realizado um projeto formativo individual, no qual foram definidos objetivos gerais e específicos e atividades a desenvolver, bem como, os respetivos indicadores de avaliação, em resposta aos diagnósticos de situação identificados em cada contexto.

Foi definido como objetivo transversal a todos os contextos de estágio: *desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família nos diversos contextos de intervenção, tendo como foco a promoção da auto-gestão apoiada da criança e do adolescente.*

O caminho percorrido para a concretização dos objetivos definidos promoveu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP e permitiu-me transferir conhecimentos sobre a temática da auto-gestão apoiada de saúde para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família.

O Modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender, representa a visão teórica deste relatório e sustentou e orientou todo o percurso académico realizado, tanto na vertente teórica como na prática de cuidados de enfermagem especializados, prestados à criança/adolescente e família.

O presente relatório integra a articulação dos conhecimentos e competências adquiridos e as experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo. No seu todo, alargaram a minha visão sobre a prática de cuidados à criança e família, tornando-me mais consciente e mais capaz para prestar cuidados de enfermagem de qualidade, com segurança, competência e em verdadeira parceria com a criança e família.

Descritores: Auto-gestão; Criança; Adolescente; Cuidados de Enfermagem

ABSTRACT

The involvement in healthier behaviours, as well as management of chronic diseases has been increasingly attributed as a responsibility of an individual and its family. Self-management is a process in which children and teens develop a wide range of behaviours and skills that help them minimize the impact of their health condition in all aspects of their lives. This applies to children and teens as well as to their respective families or care takers.

For a better understanding of the concept of self-management in the pediatric age range, a scoping review with title “The concept of health self-management in children and teens” was done. The results of this review showed that the involvement in self-management behaviours is associated to various benefits to the child/teen. These benefits occurred both in the short and in the long term as well as in all their life dimensions. Nurses play a key role in supporting and educating health self-management by reducing risks and promoting conditions to support it.

The goal of the following report is to critically describe and reflect on the learning path developed. Moreover, another goal set for this report is to communicate the clinical results learned and the research applied.

An internship was carried out in three different intervention contexts: inpatient pediatrics, primary health care and pediatric emergency. In each intervention context, an individual academic project was performed. Global and specific goals and activities to perform were set for each project as well as respective evaluation indicators.

The common goal set for all aspects of the internships was: *“develop skills of a specialist nurse in child and pediatric health nursing in providing nursing care to the child and teen and its family in the various contexts of intervention with focus on supported child and teen self-management”*.

Nola Pender’s model of health promotion represents the vision of this report and sustained and guided the academic path followed. This vision was followed both in the theoretical and practical sides of the specialized nursing care provided to the child and its family.

This report includes an integration of knowledge and skills acquired and experiences lived throughout the learning path. All in all, these aspects broadened my vision in what concerns to the practice of children and its family's care.

I became more conscious and capable of performing high quality nursing care, doing it more safely, proficiently and in a true partnership with the child and its family.

Keywords: Self-management; Child; Teen; Nursing Care

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

ACeS - Agrupamento de Centros de Saúde

APA - American Psychological Association

ARSLVT - Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale de Tejo

CINAHL- Cumulative Index to Nursing and Allied Helth Literature

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CPTAS - Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale

CSP - Cuidados de Saúde Primários

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

EEG - Eletroencefalograma

EPI - Equipamentos de proteção individual

FLACC - Face, Legs, Activity, Cry, Consolability

IRA - Insuficiência Respiratória Aguda

JBH - Joanna Briggs Institute

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online

PNV - Programa Nacional de Vacinação

SO - Serviço de observação

USF – Unidade de Saúde Familiar

VNI - Ventilação não invasiva

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	17
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL	19
1.1 Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996)	20
1.2 O conceito de auto-gestão apoiada de saúde na criança e adolescente.....	23
2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO	29
2.1 Contexto de Internamento Pediátrico	30
2.2 Contexto de Cuidados de Saúde Primários.....	39
2.3 Contexto de Urgência Pediátrica	50
CONCLUSÃO	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

ANEXOS

Anexo 1 – Certificado de Participação no “*Curso de Cuidados Paliativos Pediátricos: Formação Inicial*”

Anexo 2 - Certificado de apresentação de poster no 4º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Enfermagem Especializada: Um valor em Saúde, com o tema: “*O Swaddled Bathing em Recém-Nascidos Internados na Neonatologia: Revisão Scoping*”

APÊNDICES

Apêndice I - Relatório da Revisão *Scoping*: “*O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente: scoping review*”

Apêndice II - Pesquisa efetuada sobre a auto-gestão apoiada em crianças e jovens com condições complexas de saúde (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)

Apêndice III - Projeto de Telefonema follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)

Apêndice IV- Sessão de apresentação sobre a implementação do telefonema follow-up (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)

Apêndice V - Questionário de avaliação da sessão formativa do telefonema follow-up (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)

Apêndice VI - Livro: “*Cuidados ao Recém-Nascido*” (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)

Apêndice VII - Atividade: Constituição da Refeição Principal (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)

Apêndice VIII - Documento informativo para profissionais de saúde: “*Atividade física, comportamento sedentário e o sono em crianças e adolescentes*” (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)

Apêndice IX - Folheto para os pais: “*Atividade física, comportamento sedentário e o sono em crianças e adolescentes*” (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)

Apêndice X - Sessão de formação: “*A auto-gestão apoiada da saúde da criança e adolescente*” (Contexto de Intervenção - Urgência Pediátrica)

Apêndice XI - Sessão de formação: “*Cuidados de enfermagem à criança com ventilação mecânica não invasiva*” (Contexto de Intervenção - Urgência Pediátrica)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz Conceptual do Modelo de Promoção da Saúde Revisto, de Nola Pender (1996)	21
---	----

INTRODUÇÃO

A elaboração do presente relatório surge no âmbito da unidade curricular “Estágio Final e Relatório”, inserida no 3º semestre do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil, e a decorrer na Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, no ano letivo 2020/2021.

Visa descrever e refletir criticamente sobre o percurso individual de formação desenvolvido, bem como, comunicar os resultados de aprendizagem clínica e de investigação aplicada.

A escolha da temática central e orientadora do percurso formativo – o conceito de auto-gestão na criança e adolescente – não foi linear. Era um tema pouco explorado na minha atividade académica e profissional. No entanto, depois de uma pesquisa na literatura científica, rapidamente surgiu o interesse sobre a temática e se reconheceu o seu enorme potencial junto das crianças/adolescentes e família. A aquisição de competências de auto-gestão de saúde apresenta inúmeros benefícios comprovados na vida da criança/adolescente e na sua família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) tem um importante papel no apoio à auto-gestão de saúde, podendo reduzir riscos e promover condições que a apoiem.

Neste sentido, foi realizada uma *scoping review*, com o objetivo de mapear o conhecimento científico produzido sobre o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem, em crianças e adolescentes, que sustentou cientificamente o percurso realizado.

Ao longo desta unidade curricular foi também realizado um estágio em diferentes contextos de intervenção: Serviço de Internamento de Pediatria, Cuidados de Saúde Primários e Urgência Pediátrica Polivalente de um hospital central de Lisboa. Com o intuito de desenvolver competências de EEESIP, foi realizado um projeto formativo individual para cada um destes contextos, que traduziu os objetivos específicos e atividades a desenvolver, bem como, os respetivos indicadores de avaliação, em resposta aos diagnósticos de situação identificados em cada contexto.

Foi definido como objetivo transversal a todos os contextos de estágio: *desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família nos diversos contextos de intervenção, tendo como foco a promoção da auto-gestão apoiada da criança e do adolescente.*

O Modelo de Promoção da Saúde na Prática de Enfermagem, de Nola Pender (1996), constitui a visão e a base teórica do presente relatório e do trabalho desenvolvido ao longo desta unidade curricular.

A estrutura do relatório divide-se em cinco capítulos, iniciando-se pela introdução, seguida do enquadramento teórico e conceptual, no qual são apresentados a Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996) e o conceito de auto-gestão apoiada de saúde na criança e adolescente. Neste último, é apresentada sucintamente a revisão scoping realizada, com o título - “*O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente*” - e apresentados os seus principais resultados.

Posteriormente, apresenta-se uma análise crítica e reflexiva do percurso formativo realizado nos três contextos de intervenção, seguindo-se a conclusão. Por fim, serão apresentados as referências bibliográficas, os anexos e os apêndices, nos quais estão incluídas as atividades realizadas ao longo do estágio.

O relatório foi redigido de acordo com as normas de referenciação da American Psychological Association (APA).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL

O desenvolvimento e evolução da teoria em enfermagem teve uma grande importância no século XX, assumindo-se como uma procura da essência da enfermagem. A sua rápida evolução potenciou o desenvolvimento e reconhecimento da enfermagem como uma disciplina e profissão, com um corpo de conhecimentos especializados (Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018).

As teorias direcionam a investigação e a prática, sendo úteis para descrever e explicar fenómenos, para prever resultados e, também, para prescrever intervenções (Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018). São elaboradas segundo a visão que se tem da ciência e fornecem os conhecimentos necessários à construção de um saber (Silva & Graveto, 2008)

A teoria de enfermagem é definida como “*um grupo de conceitos relacionados que provêm de modelos de enfermagem*”, sendo fundamental não só no campo do ensino, mas também numa vertente mais prática, enquanto profissão (Tomey & Alligood, 2004, p.7).

As teorias de médio alcance fornecem a especificidade necessária para serem úteis na investigação e na prática, sendo o nível de conhecimento teórico menos abstrato e, as teorias que mais facilmente são aplicadas na prática (Tomey & Alligood, 2004; Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018).

O modelo de Promoção da Saúde (The Health Promotion Model), de Nola Pender (1996) é uma teoria de médio alcance, que tem como foco apoiar as pessoas a alcançar maiores níveis de bem-estar, identificando fatores que influenciam os comportamentos de saúde (Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018).

Este referencial teórico representa a visão deste relatório e sustentou e orientou todo o percurso académico realizado, tanto na vertente teórica com na prática de cuidados de enfermagem especializados prestados à criança/adolescente e família.

Assim, neste capítulo pretende-se apresentar o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996), bem como, o conceito de Auto-gestão apoiada de Saúde na criança/adolescente e família, uma vez que foi a temática orientadora de todo o percurso académico.

1.1 Teoria de Promoção da Saúde de Nola Pender (1996)

O modelo original de Promoção da Saúde de Nola Pender, foi publicado pela primeira vez em 1982, tendo vindo a ser revisto ao longo dos anos (Tomey & Alligood, 2004). Na sua terceira edição, publicada em 1996, o modelo foi revisto tendo sido acrescentadas três novas variáveis que influenciam a adoção de comportamentos de promoção da saúde: sentimentos/emoções associadas à ação, o compromisso com um plano de ação e as exigências e preferências de competição imediata (Tomey & Alligood, 2004).

Propõe uma estrutura que integra as perspetivas de enfermagem e da ciência comportamental com os fatores que influenciam os comportamentos de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

A perspetiva holística de enfermagem de Pender, bem como, a teoria cognitiva social de Bandura (1977) e o modelo de expectativa-valor de Fishbein (1975) são os alicerces deste modelo (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015). Segundo a Teoria Cognitiva Social (1977), os pensamentos, comportamentos e o ambiente interagem entre si e, para que exista uma mudança de comportamento, a pessoa deve começar por alterar a forma como pensa (Pender, 2011).

Por outro lado, outro dos construtos que integra este modelo é o modelo de expectativa-valor, segundo o qual, os indivíduos se envolvem em ações para atingir objetivos que são percebidos como possíveis e que resultam em resultados positivos (Pender, 2011).

O modelo de promoção de saúde descreve a natureza multidimensional das pessoas que interagem com o ambiente enquanto procuram saúde. Segundo este modelo, existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a se envolverem em comportamentos promotores da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Para Pender, o conceito de saúde pode ser aplicado tanto no espetro individual como familiar ou comunitário. Está associada a uma experiência de vida em evolução e é definida como a atualização do potencial humano intrínseco e adquirido, através de comportamentos direcionados para objetivos, autocuidado competente e relacionamentos satisfatórios com os outros (Pender, 2011). A abordagem deste modelo é orientada para o bem-estar e para o desenvolvimento de capacidades e não para o ato de evitar a doença que, se baseia no medo e na ameaça à saúde enquanto motivação para a mudança de comportamento (Tomey & Alligood, 2004; Victor, Lopes & Ximenes, 2005; Pender, 2011;).

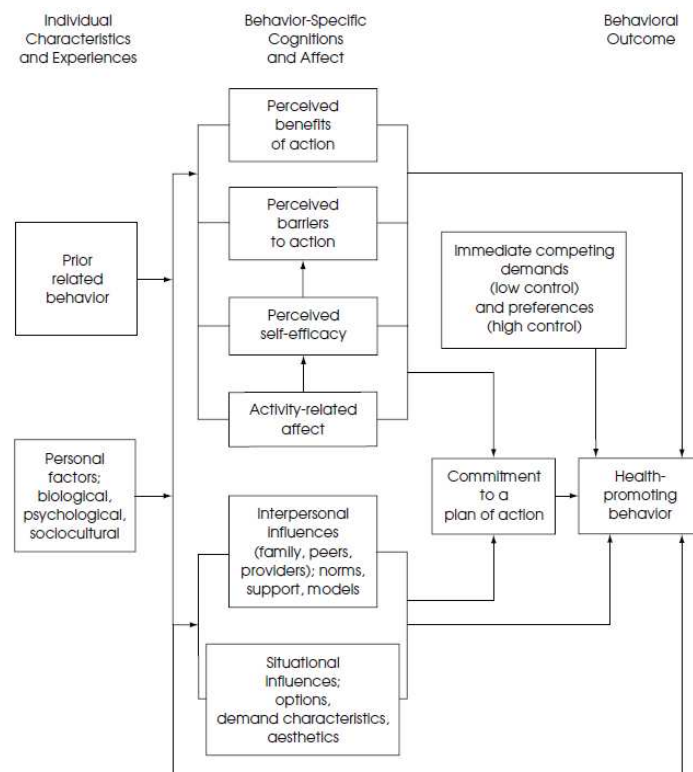
Na visão de Pender, a pessoa é um organismo biopsicossocial parcialmente moldado pelo ambiente. As suas características individuais, bem como, as suas experiências de vida moldam os comportamentos, nomeadamente os comportamentos de saúde (Pender, 2011). Por outro lado, o ambiente é o contexto social, cultural e físico em que a pessoa se insere, podendo ser manipulado de forma a criar um contexto positivo e facilitador para comportamentos que melhorem a sua saúde (Pender, 2011).

Por fim, a enfermagem que é a colaboração do enfermeiro com os indivíduos, famílias e comunidades para criar condições de saúde favoráveis e um elevado nível de bem-estar (Pender, 2011; Pender, Murdaugh & Parsons, 2015), fortalecendo os seus recursos, potenciais e capacidades (Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018).

Baseando-se neste modelo e, em colaboração com a pessoa, os enfermeiros podem apoiar a mudança de comportamentos, com vista à adoção de comportamentos de saúde. Estes, por sua vez, resultam em melhorias da saúde, da capacidade funcional e da qualidade de vida em todas as fases de desenvolvimento (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Na figura 1, apresenta-se a matriz conceptual do modelo, que representa as relações entre os conceitos e pressupostos que, determinam intervenções para promover comportamentos de saúde e bem-estar.

Figura 1: Matriz Conceptual do Modelo de Promoção da Saúde Revisto, de Nola Pender (1996)



Fonte: Pender, Murdaugh & Parsons, 2015, p.35

Este modelo identifica fatores que influenciam o comportamento de saúde e é composto por três componentes principais que se subdividem em variáveis: as características e experiências individuais, as cognições e emoções específicos do comportamento, bem como, os resultados do comportamento (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Cada indivíduo possui características e experiências únicas que exercem influência sobre as suas ações futuras. Inserem-se nestas características e experiências, o comportamento anterior relacionado, ou seja, a frequência do comportamento de saúde igual ou semelhante no passado, que tem efeitos diretos e indiretos sobre a probabilidade de ter comportamentos de promoção de saúde, bem como, os fatores pessoais (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Os fatores pessoais classificam-se como biológicos, psicológicos, sociais e culturais, como por exemplo, a idade, o estadio de desenvolvimento, a personalidade, etnia, nível socioeconômico ou a educação. Segundo Pender, estes também têm influência nos comportamentos de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Por outro lado, as cognições e emoções, específicos do comportamento, que têm uma grande importância motivacional para a adoção de determinado comportamento de saúde. São variáveis modificáveis através de intervenções de enfermagem, onde se incluem: os benefícios de ação percebidos, as barreiras à ação, a auto-eficácia percebida, os sentimentos/emoções associadas à ação, as influências interpessoais e as influências situacionais. É fundamental avaliar estas variáveis e perceber se a mudança resultou da intervenção de enfermagem (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Segundo este modelo, os resultados comportamentais, que englobam o comportamento de promoção de saúde (que se entende como o fim ou resultado da ação orientada no sentido de obtenção de resultados de saúde positivos,) pressupõem um compromisso com um plano de ação. O plano de ação corresponde à identificação e planejamento de estratégias com vista à implementação de um comportamento de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Por outro lado, estes resultados estão também dependentes das exigências e preferências de competição imediata. Entendem-se por exigências de competição imediata, os comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm pouco controlo devido às contingências ambientais, tais como o trabalho ou as responsabilidades de cuidar da família e, que interferem na realização da ação pretendida. As preferências de competição imediata,

são os comportamentos alternativos sobre os quais os indivíduos têm um controlo relativamente elevado, como por exemplo as escolhas alimentares e que também têm interferência na realização da ação pretendida (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Pender desenvolveu assim um modelo que é universalmente aplicado, tanto na investigação, como na educação e na prática clínica (Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018). Foca-se em apoiar as pessoas a alcançar um maior nível de bem-estar e identifica fatores que influenciam os comportamentos de saúde. Para além disso, fornece recursos para que o enfermeiro possa apoiar as pessoas de quem cuida a alcançar mudanças comportamentais específicas (Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018).

1.2 O conceito de auto-gestão apoiada de saúde na criança e adolescente

Na segunda metade do século XX, em grande parte dos países industrializados, devido à modificação do padrão de doença, de aguda para crónica, começou a dar-se mais importância à responsabilização das pessoas no controlo da sua saúde (Galvão & Janeiro, 2013).

Uma das primeiras referências ao termo auto-gestão foi feita por Thomas Creer, em meados dos anos 60, num livro sobre a reabilitação de crianças com doença crónica. Creer e colegas, associaram o termo auto-gestão ao seu programa de asma pediátrica, valorizando a participação ativa da mesma no tratamento da doença (Lorig & Holman, 2003).

Desde então, o conceito de autogestão tem-se tornado num termo comum na educação em saúde estando, frequentemente, associado a programas de promoção da saúde e educação, principalmente de pessoas com doença crónica (Lorig & Holman, 2003).

O envolvimento em comportamentos de saúde, bem como, a gestão de doenças crónicas, são cada vez mais reconhecidos como uma responsabilidade do indivíduo e da sua família, o que requer a integração de comportamentos de auto-gestão no seu estilo de vida (Ryan & Sawin, 2009).

Estudos sobre a eficácia dos comportamentos de autogestão de condições crónicas indicam melhorias nos resultados de saúde e na qualidade de vida, redução dos custos associados à saúde, diminuição da procura dos serviços de saúde e um contributo para a saúde geral da sociedade. Da mesma forma que a auto-gestão de fatores de risco pode

melhorar os resultados prevenindo, retardando ou atenuando as condições de saúde (Ryan & Sawin, 2009).

Apesar da sua aplicabilidade na promoção de comportamentos de saúde e na gestão da doença aguda, o conceito de auto-gestão é, frequentemente, associado à capacidade da pessoa para gerir a sua doença crónica (Lorig & Holman, 2003), sendo a maioria das definições encontradas na literatura relacionadas com a mesma.

Barlow, Wright, Sheasby, Turner & Hainsworth (2002, p.178), definem auto-gestão como *“a capacidade individual para gerir os sintomas, tratamento, consequências físicas e psicológicas e mudanças no estilo de vida inerentes a vivência com uma condição crónica.”*

De acordo com Lorig & Holman (2003), o conceito de auto-gestão advém do trabalho e de teorias de diversos autores, nomeadamente, do trabalho de Bandura sobre a auto-eficácia, do trabalho original de Creer sobre a auto-gestão, do modelo de mudança de perspetiva na doença crónica de Patterson, bem como, do trabalho de Corbin e Strauss sobre a doença crónica.

Segundo as autoras, a auto-gestão corresponde às tarefas que o indivíduo deve realizar para viver com uma condição crónica de saúde. Estas tarefas incluem a gestão médica ou comportamental, a gestão de papéis e a gestão emocional (Lorig & Holman, 2003).

Já Ryan & Sawin (2009, p. 218), contemplam a vertente de promoção da saúde na sua definição de auto-gestão, definindo-a como: *“um processo de envolvimento em comportamentos específicos que, aumentam a capacidade da pessoa para gerir uma doença crónica ou comportamentos de risco”*.

Na sua teoria de médio alcance - *Teoria de Auto-gestão Individual e Familiar* (2009), Ryan & Sawin, propõem que a auto-gestão de saúde é um fenómeno dinâmico e complexo, constituído por três dimensões: contexto, processo e resultados.

Na dimensão do contexto inserem-se os fatores protetores ou de risco, que influenciam os indivíduos e famílias no envolvimento no processo de auto-gestão, bem como, os resultados (Ryan e Sawin, 2009).

Por outro lado, a dimensão do processo que se baseia numa interação dinâmica entre conhecimentos e crenças específicos, aquisição e uso de capacidades de auto-regulação, e de facilitação social e negociação (Ryan & Sawin, 2009).

As pessoas estarão mais propensas a se envolverem nos comportamentos de saúde recomendados se tiverem conhecimentos e se adotarem crenças de saúde consistentes com o comportamento a desenvolver, se desenvolverem capacidades de auto-regulação para mudar o seu comportamento de saúde e se experimentarem a facilitação social que as influencia positivamente e as apoia a se envolverem em comportamentos de saúde (Ryan & Sawin, 2009).

Os enfermeiros têm um papel fundamental no apoio à auto-gestão de saúde, abordando o contexto ou o processo. As intervenções dirigidas ao contexto podem reduzir riscos ou promover condições que apoiem a auto-gestão de saúde e, as intervenções destinadas ao processo podem aumentar o conhecimento e alterar crenças, promover o uso de comportamentos de autorregulação de um indivíduo e promover a facilitação social (Ryan & Sawin, 2009).

Por fim, na dimensão dos resultados inserem-se os resultados proximais (a curto prazo) ou distais (a longo prazo). Os resultados proximais consistem no envolvimento em comportamentos específicos para a auto-gestão de uma determinada condição, risco ou transição. Os resultados distais estão relacionados com os primeiros e enquadram-se em três categorias: o estado de saúde, a qualidade de vida/bem-estar percebido e os custos associados à saúde (Ryan & Sawin, 2009).

Para Lorig & Holman (2003), tal como para Modi *et al.*, (2012) a auto-gestão é perspectivada como um conceito neutro, ou seja, os esforços para gerir a própria condição podem afetar positivamente ou negativamente os resultados de saúde.

Relativamente aos diagnósticos de enfermagem associados ao conceito de auto-gestão destacam-se os diagnósticos NANDA de: “*Aptidão para auto-gestão de saúde*” e o diagnóstico de “*Auto-gestão de saúde ineficaz*”. Segundo esta classificação, a aptidão para a auto-gestão é definida como: “*Padrão satisfatório de gestão de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicossociais e espirituais, e mudanças na vida, inerentes à vivência com uma doença crónica.*” (NANDA International, 2021, p. 203).

A características definidoras deste diagnóstico passam por expressar vontade em se envolver: na aceitação da condição, em escolhas da vida diária para atingir os seus objetivos de saúde, num compromisso para acompanhamento follow-up, na tomada de decisão, na inclusão do regime terapêutico na sua vida diária, na gestão de fatores de risco e de sinais e

sintomas, no reconhecimento de sinais e sintomas de doença e na satisfação com a qualidade de vida (NANDA International, 2021).

Já na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) são identificados os focos de: Auto-gestão da doença; Auto-gestão do risco de doença e auto-gestão de sintomas (CIPE, 2019)

No que cerne à idade pediátrica, a promoção de comportamentos de auto-gestão é particularmente desafiante, uma vez que as crianças e adolescentes se encontram num período de vida em que experienciam diversas mudanças ao nível do seu desenvolvimento físico, emocional, social e cognitivo. É assim fundamental ter em especial consideração as necessidades específicas e únicas desta faixa etária (Lozano & Houtrow, 2018).

Modi *et al.*, (2012, p. 475), apresentaram um modelo conceptual médico de auto-gestão pediátrica, em que definem auto-gestão como: *“uma interação de comportamentos de saúde e de outros processos relacionados em que a criança e família se envolvem para cuidar de uma condição crónica”*. Segundo este modelo, a auto-gestão é orientada para uma condição, ou seja, não se aplica à promoção da saúde em pessoas sem uma doença crónica.

Segundo Saxby, *et al.* (2019, p. 7), a auto-gestão é definida como *“um processo em que as crianças e jovens desenvolvem um vasto conjunto de atitudes, comportamentos e competências que os ajudam a minimizar o impacto da sua condição de saúde em todos os aspetos da sua vida, tanto para eles como para a sua família ou cuidadores”*.

Em contexto dos cuidados de enfermagem dirigidos às crianças, adolescentes e famílias pode-se considerar que a auto-gestão é apoiada e partilhada, na medida em que os pais e/ou cuidadores e a criança/adolescente partilham a função de gestão de saúde (Lozano & Houtrow, 2018). Os pais apoiam as necessidades dos filhos, assumindo diferentes papéis ao longo do seu ciclo vital. Na maioria das crianças, com o desenvolvimento gradual das suas competências cognitivas, motoras, sociais e de vida, a sua capacidade de auto-gestão aumenta ao longo do tempo, tornando-se mais independentes na gestão da sua saúde (Pelicanand, Fournier, Le Rhun & Aujoulat, 2013; Saxby, *et al.*, 2019; Ergun-Longmire *et al.*, 2021).

O apoio à auto-gestão pode estar associado a atividades relacionadas diretamente com os cuidados de saúde, bem como, com comportamentos sociais e de estilo de vida que tenham impacto no bem-estar da criança, como por exemplo: frequentar a escola, participar

numa aula de pintura, jogar videojogos ou pertencer a uma equipa desportiva, produzindo melhorias nos resultados de saúde não só pela promoção da adesão a um plano de tratamento, no caso de uma doença crónica mas também, apoiando a criança e família a desenvolverem competências para ultrapassar os desafios e resolver problemas (Lozano & Houtrow, 2018).

A promoção do desenvolvimento de competências de autogestão junto destas crianças/adolescentes e da sua família torna-se assim essencial para que aprendam a viver, trabalhar e participar ativamente na sociedade, com conhecimento de como gerir a sua condição e de como prevenir complicações, tanto a curto como a longo prazo (Malheiro, Gaspar & Barros, 2019).

O conceito de auto-gestão é amplamente utilizado na saúde do adulto, existindo inúmeros modelos de cuidados baseados em evidência científica para apoiar nesta população. No entanto, no ramo pediátrico, apesar de existir evidência científica de que o suporte à auto-gestão melhora os resultados de saúde, os modelos teóricos de apoio não se encontram tão bem desenvolvidos, o que implica que o suporte dado não esteja formalmente integrado nos cuidados à criança/adolescente (Lozano & Houtrow, 2018).

Existem particularidades da população pediátrica que podem explicar esta disparidade entre os dois grupos: a dependência das crianças/adolescentes de um adulto, o que implica mais do que uma pessoa envolvida no processo de auto-gestão de saúde; Um grande espectro de fases de desenvolvimento a nível cognitivo, motor, de linguagem, social e emocional, existindo poucas evidências sobre como adaptar o apoio à auto-gestão nas diferentes idades pediátricas; e, por fim, a epidemiologia, ao contrário dos adultos, nas crianças existe uma vasta gama de diagnósticos responsáveis por doença crónica, muitos deles com baixa prevalência (Lozano & Houtrow, 2018).

No âmbito do curso de mestrado, com o intuito de clarificar e compreender o conceito de auto-gestão aplicado à idade pediátrica, foi elaborada uma revisão scoping com o título: *“O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente: scoping review”* (Apêndice I), que teve como objetivo mapear o conhecimento científico produzido sobre o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem, em crianças e adolescentes.

A realização desta scoping review foi baseada na metodologia apresentada pelo The Joanna Briggs Institute (JBI) (2020). Foram incluídos todos os estudos com crianças e

adolescentes, com idades entre os 0 e os 19 anos, que abordassem o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem.

A pesquisa foi conduzida entre Janeiro e Fevereiro de 2022 e foram considerados todos os estudos publicados, com base nos critérios de inclusão, recorrendo-se às bases de dados Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos de 2017 e 2022.

O limite temporal desta revisão scoping resumiu-se a 5 anos, no entanto, no futuro será dada continuidade à mesma, dada a sua integração num projeto de investigação mais amplo, expandindo-se os limites temporais da pesquisa.

Foram incluídos na amostra final 31 estudos, publicados entre os anos de 2017 e 2021. Foram identificados os antecedentes, atributos e consequentes do conceito de auto-gestão, bem como, os seus fatores relacionados.

A doença crónica foi identificada como o antecedente do conceito mais prevalente, em 93,6% dos estudos. Os principais atributos identificados foram as capacidades de auto-regulação, em 64,5% dos estudos, a adesão ao regime de tratamento (45,2%), o suporte social (41,9%) e a partilha de papeis/colaboração com os pais (35,5%). O controlo da doença crónica foi o consequente mais identificado nos estudos (41,9%), seguindo-se o aumento da qualidade de vida associada à saúde (25,8%) e o aumento da auto-eficácia (19,4%). A educação para a auto-gestão, que foi o principal fator relacionado identificado (45,2% dos estudos), revelou ter um impacto positivo no desenvolvimento de conhecimentos e competências de autogestão nas crianças e adolescentes.

Os resultados obtidos contribuíram para uma melhor compreensão do conceito de auto-gestão na idade pediátrica, o que poderá ser útil na orientação da prática de cuidados e para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Com a realização desta revisão, foi possível concluir que o envolvimento em comportamentos de auto-gestão está associado a diversos benefícios para a criança/adolescente, tanto a curto como a longo prazo, e nas várias dimensões da sua vida. Os enfermeiros têm um papel fundamental no apoio e na educação para a auto-gestão de saúde, podendo reduzir riscos e promover condições que a apoiem.

2. ANÁLISE CRÍTICA E REFLEXIVA DO PERCURSO FORMATIVO

O presente capítulo pretende analisar criticamente e refletir sobre as experiências de estágio vivenciadas ao longo do percurso formativo, no âmbito das unidades curriculares: *“Saúde da criança e família – vigilância e decisão clínica”* e *“Estágio Final e Relatório”*.

Foi realizado um estágio, no período de 6 de Setembro a 18 de Dezembro de 2021, em diferentes contextos de intervenção: Serviço de Internamento de Pediatria, Cuidados de Saúde Primários e Urgência Pediátrica. As experiências nestes contextos de estágio contribuíram para o meu percurso académico e profissional e enriqueceram o caminho percorrido enquanto futura EEESIP.

No decorrer da prática clínica, foram aplicados os conhecimentos e competências previamente adquiridos da experiência profissional anterior e da vertente teórica do curso de mestrado em enfermagem. A mobilização e aplicação de saberes e competências para a resolução de problemas em situações novas e/ou complexas, em diferentes contextos de prestação de cuidados de enfermagem, contribuíram para o desenvolvimento de competências de mestre, nomeadamente: *“Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo”* (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março de 2006, p.11).

A escolha dos diferentes locais para a realização do estágio baseou-se nas oportunidades e contributos de aprendizagem que estes poderiam oferecer para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP, bem como, competências de mestre, tendo sempre como foco a temática da auto-gestão apoiada de saúde da criança/adolescente e família.

Decorrente da minha experiência profissional de seis anos na área da neonatologia desenvolvi, em contexto de trabalho, competências diferenciadas e especializadas na prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família com necessidades complexas de saúde. Por este motivo, no âmbito da unidade curricular *“Estágio Final e Relatório”* obtive creditação ao estágio a realizar num serviço de neonatologia.

Em cada contexto de intervenção foi realizado um projeto formativo individual no qual foram definidos objetivos gerais e específicos e atividades a desenvolver, bem como, os respetivos indicadores de avaliação, em resposta aos diagnósticos de situação identificados.

Recorreu-se à metodologia de projeto que é baseada e sustentada na investigação e que tem como principal objetivo identificar e resolver problemas através da identificação e implementação de estratégias e intervenções com vista à sua resolução. É constituída por cinco etapas: diagnóstico de situação; definição de objetivos; planeamento de atividades, estratégias e meios; execução e avaliação; divulgação dos resultados através da elaboração de um relatório final (Ruivo, Ferrito & Nunes, 2010).

Foi definido como objetivo geral, transversal a todos os contextos de estágio: *Desenvolver competências de EEESIP na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família nos diversos contextos de intervenção, tendo como foco a promoção da auto-gestão apoiada da criança e do adolescente.*

Neste capítulo será feita uma breve descrição dos diferentes contextos de estágio, bem como, a apresentação do diagnóstico situacional realizado, os objetivos específicos delineados e o caminho desenvolvido para o seu cumprimento. Será feita também uma análise e reflexão sobre as experiências vivenciadas e as competências desenvolvidas.

2.1 Contexto de Internamento Pediátrico

Para primeiro estágio da unidade curricular optei por um serviço de Internamento de Pediatria na área de Lisboa que admite crianças e jovens desde o nascimento até aos 18 anos. Atualmente é composto por 10 vagas distribuídas por quartos de acordo com o grupo etário. Admite crianças e adolescentes provenientes da urgência pediátrica, da unidade de neonatologia, da consulta externa do hospital ou crianças provenientes de outros hospitais. Para além disso, presta cuidados pré-operatórios nas áreas da neurocirurgia e da cirurgia plástica.

Sendo um centro de referência creditado da epilepsia refratária dispõe de um quarto onde se realiza a monitorização remota de eletroencefalograma (EEG). Tem em funcionamento o Hospital de Dia onde são atendidas crianças/adolescentes que necessitam de cuidados de saúde de forma programada e que não carecem de internamento no serviço.

A equipa de enfermagem é constituída por 14 enfermeiros, dos quais 6 são especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Este serviço pertence ao hospital onde exerço funções como enfermeira na neonatologia, admitindo recém-nascidos transferidos desta unidade. Os recém-nascidos são geralmente prematuros e os seus pais/cuidadores encontram-se num processo de aquisição de conhecimentos e competências parentais. Neste sentido, tive a oportunidade de perceber como decorre a continuidade dos cuidados na transição do recém-nascido e família para o serviço de internamento de pediatria e de os acompanhar num contexto diferente. Constatei que, frequentemente, os pais se sentem receosos e inseguros com a transição dos cuidados ao seu filho do serviço de neonatologia para a pediatria. Pude apoiá-los nesta fase de adaptação à mudança, facilitando a expressão de sentimentos, emoções, receios e dúvidas. Tive a possibilidade de partilhar e aplicar os conhecimentos e competências já adquiridas até então, pela experiência de trabalhar numa neonatologia, nomeadamente no que respeita à *promoção da vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido doente ou com necessidades especiais* (E3.2), bem como, à *promoção do crescimento e desenvolvimento infantil* (E3.1) (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194).

Por exercer a minha atividade laboral no serviço de neonatologia do mesmo hospital, estava integrada relativamente às normas do serviço uma vez que, na grande maioria, estas são comuns ao serviço materno-infantil. Desta forma tive a oportunidade de lhes dar continuidade, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade.

Tendo em conta que a minha experiência profissional se centra nos cuidados ao recém-nascido doente ou com necessidades especiais e à sua família reconheço que existiu uma maior necessidade de aquisição de conhecimentos e competências nas restantes fases de desenvolvimento da criança. Sendo assim, tive a oportunidade de cuidar de crianças/jovens em várias etapas de desenvolvimento, com diversas patologias associadas, o que me permitiu desenvolver competências de EEESIP, quer a nível técnico como relacional.

No que respeita aos objetivos estabelecidos para a prática clínica, após a realização do diagnóstico situacional na primeira semana de estágio e, tendo como foco a temática da promoção da auto-gestão apoiada de saúde da criança e adolescente, foram delineados como objetivos específicos:

1.Desenvolver competências no apoio à criança/adolescente e família, com regimes complexos de saúde, no processo de auto-gestão apoiada.

Com vista a concretizar o objetivo definido planeei a realização de algumas atividades. Observei e participei ativamente nos cuidados de enfermagem à criança com regimes complexos de saúde ou doença crónica e assisti à consulta de enfermagem da criança com diabetes. Para além disso, de forma a aprofundar conhecimentos sobre a auto-gestão apoiada em crianças com condições complexas de saúde, efetuei uma pesquisa bibliográfica sobre a temática e sumariei-a nos seus pontos essenciais (Apêndice II).

Tive ainda a oportunidade de participar nos cuidados à criança/adolescente com o diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 em fase inaugural. Num curto espaço de tempo foram internadas quatro crianças, até então consideradas saudáveis, com idades entre os 2 e os 11 anos, com esta patologia. Estas famílias foram confrontadas repentinamente com um diagnóstico de doença crónica que terá inúmeras implicações na sua vida.

A diabetes mellitus tipo 1 é uma das doenças crónicas mais frequentes em idade pediátrica (Pelicand, Fournier, Le Rhun & Aujoulat, 2013). É considerada uma perturbação do metabolismo, caracterizada por hiperglicemia como resultado da destruição ou disfunção das células β , por fatores genéticos e/ou ambientais. Com o tempo, a hiperglicemia crónica pode desencadear inúmeras complicações micro e macrovasculares. Por este motivo é fundamental manter o seu valor dentro dos valores próximos da normalidade, com vista a prevenir e reduzir a morbilidade e mortalidade associadas a esta patologia (Ergun-Longmire *et al.*, 2021).

Manter os níveis de glicemia estáveis implica a administração via subcutânea de insulina, bem como, um regime dietético com contabilização da ingestão de hidratos de carbono, o que requer das crianças/adolescentes e da sua família a aprendizagem e o treino de competências relacionadas com a gestão da sua condição crónica de saúde.

O apoio na auto-gestão de saúde por parte de profissionais é crucial no acompanhamento das crianças e famílias que lidam com a diabetes. Acompanha-las ao longo do internamento permitiu-me desenvolver competências específicas de EEESIP nos cuidados *à criança/jovem e família nas situações de especial complexidade* (E2), nomeadamente, ao nível da *promoção da adaptação dos mesmos à doença crónica* (E2.5), mais concretamente *na capacitação para a adoção de estratégias de coping e de adaptação* (E2.5.2), *na adequação do suporte familiar e comunitário* (E2.5.4), bem como, *nos*

conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança (E2.5.5). (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192, 19193).

Ao longo da prática clínica assisti e participei no processo de aprendizagem e capacitação destas crianças e famílias que foram alvo de ensinamentos, instrução e treino para aprender a gerir a sua doença com autonomia e segurança. Foram proporcionados momentos de educação para a saúde com recurso a folhetos informativos sobre: o processo patológico e potenciais complicações, sobre a monitorização da glicemia capilar, sobre a técnica e locais de administração de insulina, sinais de hiperglicemia e hipoglicemia, sobre como tratar a hipoglicemia, sobre a cetonemia, bem como, sobre o regime dietético, regime de exercício físico e regime medicamentoso.

A educação das famílias sobre como gerir e lidar com esta patologia deve começar no momento do diagnóstico prolongando-se ao longo do curso da doença, sendo o seu objetivo o de capacitar a criança e a família para adquirir competências de auto-gestão. Deve ser individualizada, e deve ter em conta a idade da criança, a cultura, a educação e a dinâmica familiar (Pelican, Fournier, Le Rhun & Aujoulat, 2013).

Constatei que quando a diabetes mellitus tipo 1 surge na adolescência ou em crianças em idade escolar que reúnam condições pessoais/cognitivas que lhes permitam gerir a sua doença com o apoio dos pais, é promovido e avaliado pelos profissionais de saúde o conhecimento sobre a sua condição, bem como, o seu envolvimento nos procedimentos efetuados, nomeadamente na auto-administração da terapêutica e na contabilização dos hidratos de carbono.

A exemplo do mencionado destaco um episódio de cuidados que decorreu ao longo da prática clínica, em que cuidei de uma adolescente com 11 anos de idade, com diagnóstico inaugural de diabetes. Desde o momento do diagnóstico a jovem mostrou-se bastante receptiva para a adoção de comportamentos de saúde e envolvida em todo o processo. Com supervisão dos pais e da equipa de enfermagem aprendeu a contabilizar a ingestão de hidratos de carbono, a calcular a dose de insulina e a administra-la. Manteve-se motivada e comunicativa com a equipa de saúde.

O apoio dos pais é fundamental no processo de desenvolvimento de autonomia das crianças. Os pais devem ser orientados no seu processo de partilha de responsabilidade na gestão da doença dos filhos à medida que estes crescem (Pelican, Fournier, Le Rhun & Aujoulat, 2013). Com a aproximação da idade adulta, a sua independência e capacidade de

auto-gestão de saúde aumentam. No entanto, os pais devem manter-se envolvidos e participar ativamente no cuidado aos seus filhos (Ergun-Longmire *et al.*, 2021).

Os resultados da scoping review realizada sobre “*O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente*”, corroboram esta ideia. A partilha de papéis, entre a criança/adolescente e os seus pais ou cuidadores no processo de auto-gestão de uma condição, foi identificada como atributo do conceito, tendo sido vários os estudos a fazer referência a esta característica específica (Soares & Charepe, 2022).

Tive a oportunidade de conhecer e aplicar uma diversidade de estratégias promotoras do envolvimento da criança/adolescentes e famílias em comportamentos de saúde sendo todas elas adaptadas ao seu desenvolvimento.

As crianças até, pelo menos, aos seis/ sete anos de idade, geralmente dependem dos pais para realizar todas as tarefas relacionadas com a sua patologia, desde cálculos de dosagem da insulina e a sua administração, contagem de hidratos de carbono e monitorização da glicemia (Ergun-Longmire *et al.*, 2021). No entanto, existem estratégias que promovem o seu envolvimento na gestão apoiada da sua saúde. A partir dos 3 anos as crianças podem e devem ser incluídas neste processo, perguntando-lhes por exemplo qual é o dedo que deve ser puncionado para avaliação da glicemia ou qual a localização onde vai ser administrada a insulina. Podem participar na limpeza da pele do local a ser puncionado ou ser incentivadas a explorar os equipamentos utilizados, como as canetas de insulina ou glucómetro. Os pais devem estimular a curiosidade da criança permitindo que ela participe no tratamento da forma que deseja (Ergun-Longmire *et al.*, 2021).

Ao longo do seu desenvolvimento podem também ser ensinados a reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicemia e a perceber quais são os alimentos que podem ou devem evitar ingerir (Ergun-Longmire *et al.*, 2021).

No que respeita às crianças em idade escolar e jovens, as orientações antecipatórias são fundamentais. A equipa de saúde deve garantir que a criança e família têm o suporte e recursos adequados para gerir a sua doença nos seus diversos ambientes, nomeadamente na escola. Os profissionais devem focar-se na avaliação contínua das necessidades psicossociais, preocupações e riscos para a criança/adolescente (Ergun-Longmire *et al.*, 2021).

Para além disso, os pais e as pessoas que cuidam da criança em casa ou na escola devem receber apoio contínuo neste processo de aprendizagem para o controlo adequado da diabetes. Tendo em conta o momento potencialmente stressante e de adaptação em que se encontram, as suas necessidades psicossociais devem ser avaliadas de forma consistente (Ergun-Longmire *et al.*, 2021).

Cuidar de crianças/adolescentes perante esta situação de especial complexidade e adequar as estratégias de comunicação ao seu estadio de desenvolvimento foi um desafio, no entanto, permitiu-me desenvolver competências neste âmbito e contribuiu para o desenvolvimento de uma relação terapêutica com cada uma delas.

2. Contribuir para a promoção de condições que apoiem o processo de auto-gestão apoiada na criança/adolescente.

No serviço de pediatria são admitidas crianças e adolescentes com doença aguda e doença crónica. São também internados recém-nascidos provenientes da Neonatologia, do Berçário ou da Urgência Pediátrica com condições de saúde complexas ou que exigem maior suporte e acompanhamento.

Após a alta hospitalar estas crianças, frequentemente requerem cuidados de saúde específicos e complexos, bem como, vigilância permanente. São também crianças mais vulneráveis e propensas a reinternamentos hospitalares.

Na reunião realizada na primeira semana de estágio, a enfermeira orientadora e a enfermeira chefe do serviço manifestaram a existência de uma carência de projetos e intervenções com foco no acompanhamento e apoio das crianças e famílias no seu processo de transição do internamento de pediatria para o domicílio. Foi também referido que a situação pandémica que se atravessava desde março de 2020, dificultou a comunicação e, consequentemente, o encaminhamento destas crianças e famílias para os cuidados de saúde primários, sendo um desafio promover a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Neste sentido, e com vista a contribuir para a promoção de condições que apoiem o processo de auto-gestão na criança/adolescente foi definida como atividade, a implementação do telefonema *follow-up* de acompanhamento após a alta hospitalar (Apêndice III).

A hospitalização representa um momento de crise para a criança e envolve inúmeras alterações na estrutura familiar, causando sofrimento e implicando sempre uma alteração das rotinas habituais. O impacto da doença e da hospitalização deve ser valorizado e é um forte motivo para promover e preparar o regresso a casa o mais precocemente possível (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A existência de programas ou intervenções de preparação e acompanhamento do regresso a casa podem ter um papel importante na promoção da saúde da criança/adolescente e família e na continuidade dos cuidados, bem como, no apoio na auto-gestão de condições complexas de saúde.

A realização deste telefonema 48h após a alta visa proporcionar um momento para validação dos ensinamentos realizados durante o internamento, esclarecimento de dúvidas, expressão de dificuldades e receios e, orientação para cuidados específicos, o que poderá prevenir ou detetar precocemente complicações após a alta hospitalar (Silva, Nonose, Fonseca & Mello, 2020).

O EEESIP cuida em parceria com a criança e família sempre com vista a promover o melhor estado de saúde possível. Proporciona educação para a saúde e identifica e mobiliza recursos de suporte à família (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192). Tem não só a oportunidade, mas também o dever de facilitar este regresso a casa da criança e de contribuir para o seu bem-estar, autonomia, autocuidado e qualidade de vida (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Tal como a evidência científica identifica, a forma como se processa a transição do cuidado hospitalar para o domicílio pode influenciar positivamente a saúde da criança/adolescente e família. A implementação do telefonema follow-up surgiu como mais um apoio por parte da equipa ao processo de transição destas famílias, sendo promotor da continuidade dos cuidados e das competências parentais (Weber *et al.*, 2017; British Association of Perinatal Medicine, 2017; Silva, Nonose, Fonseca & Mello, 2020).

Inicialmente a sua realização teria como população alvo todas as crianças/ jovens e família internadas no serviço com necessidades complexas de saúde. No então, após reunião com a enfermeira chefe, definiu-se que numa primeira fase seria mais passível de se concretizar com sucesso a realização do telefonema apenas aos pais de recém-nascidos com alta para o domicílio, provenientes do berçário, da neonatologia ou da urgência pediátrica. Incluir as restantes crianças e jovens neste projeto é uma ambição futura da equipa de

enfermagem que poderá ser concretizada após a avaliação desta atividade numa população mais pequena.

Os pais apoiam as necessidades complexas dos filhos, assumindo diferentes papéis ao longo da sua vida (Saxby, *et al.*, 2019). Os recém-nascidos dependem da família / cuidadores para todos comportamentos de saúde, logo, capacitar os pais e dar-lhes segurança nos cuidados poderá ser uma ferramenta para, no futuro, apoiarem os seus filhos na sua auto-gestão de saúde.

No final do estágio foi realizada uma sessão de formação à equipa de enfermagem com o intuito de apresentar o projeto, de esclarecer dúvidas e ouvir sugestões. Nesta sessão informou-se também a equipa sobre a temática da auto-gestão apoiada de saúde na criança/adolescente, fazendo-se uma breve apresentação do conceito e do papel do enfermeiro junto destas famílias (Apêndice IV).

A formação decorreu presencialmente e via Microsoft Teams. Estiveram presentes 8 enfermeiros e 1 aluna da Licenciatura de enfermagem. Todos os presentes mostraram interesse no que foi abordado na sessão formativa tendo existido uma partilha de experiências enriquecedora para a mesma. No final, foi realizada a avaliação da sessão pelos participantes anonimamente, através de um questionário de avaliação (Apêndice V). Após a análise dos dados pode-se afirmar que os resultados foram muito positivos, destacando-se alguns no seguinte parágrafo.

Relativamente à pertinência e utilidade prática da sessão formativa, 100% dos participantes consideraram de nível “Muito bom”. Os conteúdos programáticos foram considerados por 84% dos participantes de nível “Muito Bom” e por 16% de nível “Bom”. No que respeita ao interesse da sessão de formação, bem como, os recursos utilizados e a sua adequação ao tema, todos os participantes (100%) consideraram de nível “Muito Bom”. A duração da sessão, foi classificada por 5% como “Bom” e pelos restantes 95% como “Muito Bom”. No que diz respeito à classificação global da sessão, 100% dos participantes considerou de nível “Muito Bom”.

Simultaneamente à realização do estágio, frequentei o curso de cuidados paliativos pediátricos promovido pela LinQuePed a decorrer no hospital (Anexo 1), o que foi um enorme contributo, tanto a nível académico como profissional. Anteriormente, por ter especial interesse nesta área tão importante dos cuidados de saúde, frequentei formações de cuidados paliativos mais focadas na neonatologia. No entanto, foi enriquecedor ter uma

visão abrangente dos cuidados paliativos nas diversas idades pediátricas. Com esta formação complementar, para além de solidificar conhecimentos sobre o conceito de cuidados paliativos pediátricos, os seus principais pilares e a quem se destinam, pude adquirir competências de comunicação em cuidados paliativos pediátricos, nomeadamente na comunicação de más notícias, na comunicação numa abordagem de linguagem positiva e na realização de conferências familiares. Tive ainda a oportunidade, de aprofundar conhecimentos sobre o controlo de sintomas e de refletir sobre questões éticas do cuidar em cuidados paliativos.

Paralelamente à realização do curso, foi internada no serviço de internamento, uma adolescente com 16 anos, com paralisia cerebral e diversas comorbilidades associadas, em fase de fim de vida e referenciada para os cuidados paliativos pediátricos.

Perante esta situação de elevado grau de complexidade e, enquanto futura EEESIP, procurei adotar uma visão abrangente e multidimensional perante as necessidades desta adolescente e família, mobilizando conhecimentos científicos, técnicos e relacionais e adotando uma prática reflexiva e individualizada, colocando sempre a jovem e família no centro dos cuidados.

Em parceria com a equipa de cuidados paliativos do hospital foi desenvolvido um plano de cuidados onde foram identificados e antecipados problemas, bem como, planeados cuidados que respondessem às necessidades desta adolescente e família. O foco de toda a equipa multidisciplinar foi orientado para a promoção do conforto e controlo da dor, apoio à família e apoio no luto, bem como, para os cuidados de fim de vida.

Tive a oportunidade de transferir para a prestação de cuidados de enfermagem alguns dos conhecimentos e competências adquiridos na formação teórica em cuidados paliativos pediátricos e, ainda, vivenciar na prática algumas das barreiras à prestação de cuidados a estes jovens e famílias num serviço de internamento de pediatria. Constatei que as crenças pessoais de cada elemento da equipa, a sobrecarga emocional que advém desta experiência de cuidar e que, a compreensão que cada elemento da equipa tem sobre o que são os cuidados paliativos podem influenciar os cuidados prestados, sendo por isso, fundamental promover a formação da equipa multidisciplinar em cuidados paliativos pediátricos.

Destaco o papel e a importância da presença do EEESIP na equipa de enfermagem que, pela sua experiência e competências específicas e diferenciadas, funcionou como um

modelo de comportamento para a restante equipa e contribuiu para a qualidade dos cuidados prestados.

Esta experiência de cuidados permitiu-me mobilizar os recursos adequados para cuidar de uma jovem em situação de especial complexidade (E2) e assim desenvolver competências específicas de EEESIP, nomeadamente ao nível do reconhecimento de *situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e na prestação de cuidados de enfermagem apropriados* (E2.1), no que diz respeito à *aplicação de conhecimentos e capacidades facilitadores da dignificação da morte e dos processos de luto* (E2.1.3) (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192, 19193).

Para além disso, contribuiu para o desenvolvimento de competências na *gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas* (E2.2)” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19193).

2.2 Contexto de Cuidados de Saúde Primários

O segundo estágio decorreu em contexto de Cuidados de Saúde Primários (CSP), numa Unidade de Saúde Familiar (USF) pertencente ao Agrupamento de Centros de Saúde (ACeS) Lisboa Central, da Administração Regional de Saúde Lisboa e Vale de Tejo (ARSLVT).

Os cuidados de saúde primários, para além de serem um meio privilegiado para promoção da saúde e bem-estar e prevenção da doença têm um papel fundamental na vigilância e tratamento de doenças crónicas e agudas.

A equipa multidisciplinar que constitui a USF é composta por oito médicos, seis enfermeiros e quatro secretários clínicos. Dos seis enfermeiros pertencentes à equipa, três são enfermeiros generalistas, dois são especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e um em Enfermagem Médico-cirúrgica.

Sendo uma USF, a família é o alvo dos cuidados, existindo equipas de família constituídas por enfermeiro e médico, que prestam cuidados ao longo do seu ciclo vital promovendo a sua capacitação face às exigências e especificidades do seu desenvolvimento e, intervindo ao nível da promoção da saúde e prevenção da doença (Decreto-lei n.º 118/2014).

Neste contexto de cuidados, as equipas de saúde têm a oportunidade única de intervir junto dos indivíduos, famílias e comunidades de forma a promover comportamentos de saúde e um elevado nível de bem-estar. O modelo de Promoção da Saúde, de Nola Pender (1996), fornece uma estrutura útil para que tal aconteça, explorando e identificando os complexos processos biopsicossociais que motivam e influenciam os indivíduos a se envolverem em determinado comportamento de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015; Khoshnood, Rayyani & Tirgari, 2018).

Ao refletir sobre a experiência da prestação de cuidados de enfermagem, com base no método de trabalho de Enfermeiro de Família, apercebo-me de como este método promove a indissociabilidade do binómio criança e família e espelha verdadeiramente a filosofia dos cuidados centrados na família que é orientadora da prestação de cuidados do EEESIP.

No que respeita às consultas de saúde infantil e juvenil, estas estão organizadas de acordo com as idades chave definidas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (Direção-Geral da Saúde, 2013). São realizadas em conjunto entre o enfermeiro e médico de família, de forma a que ambos tenham um conhecimento abrangente sobre a criança/adolescente e família. O enfermeiro de família é também responsável pelo cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV).

Estas consultas visam a vigilância de saúde das crianças e jovens, entre o nascimento e os 18 anos, e pretendem avaliar o seu crescimento e desenvolvimento, promover comportamentos promotores de saúde, prevenir, detetar e encaminhar precocemente situações que possam colocar em risco a sua saúde ou qualidade de vida e, apoiar e estimular o papel parental (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Na primeira semana de prática clínica, com o intuito de identificar as necessidades de intervenção do contexto, pude conhecer a realidade da USF e observar e participar nas consultas de saúde infantil.

Tendo em conta o diagnóstico situacional traçado e as minhas necessidades formativas individuais foram delineados três objetivos específicos:

1. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família em contexto de consultas de Saúde Infantil e Juvenil.

Ao longo das 5 semanas de prática clínica procurei desenvolver competências de EEESIP nas diversas oportunidades de aprendizagem que tive, nomeadamente nas consultas de saúde infantil e juvenil, nas quais participei ativamente e sobre as quais refleti em conjunto com a enfermeira e médica presentes.

Considero ter desenvolvido nestas consultas, competências na *prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem* (E3), considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas do ciclo vital (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194).

A avaliação do crescimento e do desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social e a deteção precoce de algum tipo de alteração no desenvolvimento da criança/jovem é um dos objetivos da vigilância de saúde Infantil e Juvenil nos cuidados de saúde primários (Direção-Geral da Saúde, 2013).

No Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013), existem várias diretrizes e recomendações sobre a realização desta avaliação, o que foi um auxílio importante para adquirir e consolidar conhecimentos sobre esta temática.

A avaliação do desenvolvimento é feita através da observação do comportamento da criança desde o momento em que entra na consulta até ao momento em que sai, da valorização das observações feitas pelos pais sobre o seu filho, da história clínica e do reconhecimento de fatores de risco associados (Direção-Geral da Saúde, 2013). Tive a oportunidade de observar e avaliar a criança em vários momentos da consulta, nomeadamente, enquanto brincava, a desenhar, ao colo dos pais e, até mesmo, durante o exame físico. Para além disso, até aos cinco anos de idade foi aplicada a Escala de Avaliação de Desenvolvimento de Mary Sheridan (Direção-Geral da Saúde, 2013). Apesar da inexperiência na aplicação deste instrumento considero que evolui progressivamente com as várias experiências que tive.

As experiências vivenciadas nas consultas de saúde infantil e a avaliação do desenvolvimento da criança e do jovem reforçaram, mais uma vez, a importância pelo respeito da individualidade de cada criança e a importância de adequar estratégias a cada uma delas. Apesar de existirem diretrizes sobre a ordem de aquisição de capacidades, o

tempo e velocidade de aprendizagem varia de criança para criança (Direção-Geral da Saúde, 2013).

Constatei que, frequentemente, crianças da mesma idade se encontravam em diferentes estádios de desenvolvimento e que isso, não traduzia necessariamente uma perturbação ou atraso no desenvolvimento infantil. É necessário ter presente que a avaliação realizada pode ser influenciada pelo tempo limitado da consulta e pelo facto da criança se encontrar num ambiente novo e, muitas vezes, estranho para ela, mas também que, na maioria das vezes a criança só precisa de tempo e estímulos para que tal aconteça.

Tive também a oportunidade de transmitir cuidados antecipatórios às famílias sobre as atividades promotoras do desenvolvimento adequadas a cada idade e sobre a sua importância para a criança/jovem.

Assim, desenvolvi competências ao nível da *promoção do crescimento e o desenvolvimento infantil* (E3.1) (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192). A aquisição de competências nesta área alargou a minha visão relativamente à criança e família, tornando-me mais consciente e informada para identificar possíveis alterações do desenvolvimento nos diversos contextos e idades pediátricas.

No decorrer das consultas de Saúde Infantil contactei com crianças/jovens de diversas idades, desde recém-nascidos a adolescentes. Centrando-se a minha experiência profissional nos cuidados ao recém-nascido doente, a comunicação com a criança e família nas restantes fases de desenvolvimento e em contexto de cuidados de saúde primários, tornaram-se num desafio para mim. Apesar da in experiência neste contexto de intervenção, considero que demonstrei conhecimentos sobre as várias técnicas de comunicação, aplicando-as e adaptando-as ao seu nível de desenvolvimento e cultura. Assim, desenvolvi competências *na prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem* (E3) relativamente à unidade de competência: *Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e cultura* (E3.3) (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192).

Tendo em conta a situação pandémica vivenciada, destaco o uso da máscara durante a prestação de cuidados como uma barreira à comunicação eficaz com a criança/jovem e família. Foi assim imperativa a adoção de estratégias facilitadoras deste processo com vista a ultrapassar esta barreira. O brincar, o toque, o olhar, a postura, o tom de voz, o recurso ao

humor foram algumas das estratégias utilizadas no estabelecimento de uma comunicação eficaz com a criança/jovem e família.

Ainda na esfera da comunicação, destaco particularmente as consultas de Saúde Infantil realizadas ao adolescente e família. A empatia criada na consulta foi determinante para o estabelecimento de uma comunicação eficaz com esta faixa etária. Para dar resposta às suas necessidades e desenvolver competências nesta área consultei alguma bibliografia sugerida no programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, nomeadamente os textos de apoio sobre a puberdade e a entrevista ao adolescente, que foi realizada tendo como orientação o acrónimo HEEADSSS (Goldenring e Cohen, 1985 *apud* Direcção Geral da Saúde, 2013). Consultei ainda o consenso de 2005, da secção de Medicina do Adolescente, da Sociedade Portuguesa de Pediatria sobre os “Requisitos para o atendimento ao adolescente” que foi um importante auxílio para orientar os cuidados de enfermagem prestados enquanto futura EEESIP.

Seguindo as orientações deste consenso e em colaboração com a equipa de família, procurei ao longo das consultas respeitar e compreender a realidade de cada adolescente, garantido sempre a confidencialidade das informações transmitidas por ele e escutando atentamente as suas preocupações. Para além disso, apresentei-me, procurei saber como gosta de ser tratado e dirigi o diálogo preferencialmente para ele, com uma linguagem de fácil compreensão. No decorrer da consulta, foi sempre proporcionado um momento de privacidade entre a equipa e o adolescente, sem a presença dos pais/acompanhantes. Tive a oportunidade de incentivar o adolescente a adotar comportamentos de saúde e um estilo de vida saudável, com enfoque principal na promoção de uma alimentação saudável e atividade física adequada.

Com base nestas experiências, desenvolvi competências de EEESIP, nomeadamente, a unidade de competência: *Promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde* (E3.4) (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194).

A experiência de estágio proporcionou-me ainda a participação na promoção do cumprimento do PNV e na vacinação de crianças e adolescentes. Geralmente a vacinação era realizada durante a consulta de Saúde Infantil e Juvenil, sendo o enfermeiro de família o responsável pelo cumprimento do PNV. Tive a possibilidade de promover a adesão a este

programa e de esclarecer as famílias sobre o mesmo. Para além disso desenvolvei conhecimentos sobre o esquema vacinal e as suas particularidades.

Procurou-se aplicar medidas de gestão e alívio da dor durante a vacinação, uma vez que é um procedimento doloroso e invasivo para a criança e que, frequentemente, causa stress e ansiedade, tanto nas crianças e jovens como nos pais.

O medo e a ansiedade antecipatória são fatores agravantes da dor devendo ser minimizados através de uma correta abordagem da mesma desde o primeiro contacto com os serviços de saúde (Orientação Técnica nº 022/2012, 2012).

Na orientação técnica nº 022/2012 da Direção Geral da Saúde, são fornecidas algumas orientações que pude observar e colocar em prática na vacinação de crianças e jovens, tais como: planear o procedimento e preparar os pais sobre a sua conduta durante o mesmo para potenciar o apoio que dão ao seu filho, preparar previamente as crianças e jovens, utilizando estratégias adequadas ao seu nível de desenvolvimento e recorrer às intervenções não farmacológicas de alívio da dor.

De forma a reduzir a dor associada ao procedimento da vacinação foram realizadas algumas intervenções não farmacológicas, entre as quais: a amamentação, quando oportuno, a sucção não-nutritiva, a contenção, o colo dos pais em posição de “abraço”, a técnica de distração antes e durante o procedimento (cantar, ver vídeos ou imagens, contar histórias) e o reforço positivo após o mesmo, através do elogio e de pequenos prémios como os autocolantes. Desta forma, considero ter desenvolvido a competência específica de EEESIP: *“Cuida da criança/do jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) – Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas (E2.2)”* (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19193).

2. Contribuir para a melhoria da prestação de cuidados ao recém-nascido e família, na consulta de saúde infantil e juvenil.

No decorrer da prática clínica tive também a oportunidade de assistir e participar na consulta do recém-nascido, na sua primeira semana de vida. Em colaboração com a enfermeira orientadora pude realizar a avaliação do crescimento e desenvolvimento do bebé, bem como, realizar ensinamentos aos pais e esclarecer dúvidas.

Trabalhando na área da neonatologia, a prestação de cuidados de enfermagem ao recém-nascido e família faz parte da minha prática diária. Neste sentido, no decorrer das consultas, tive a oportunidade de partilhar conhecimentos, de refletir sobre os cuidados prestados e de realizar as consultas em parceria com a enfermeira orientadora e médica de família. Realizei ensinamentos aos pais sobre: os cuidados de higiene e conforto, a alimentação do bebê, sobre o sono e a prevenção da síndrome de morte súbita, sobre a prevenção de acidentes rodoviários e no domicílio, sobre os sinais de alarme no recém-nascido, sobre a importância da vigilância de saúde e sobre o desenvolvimento e comportamento do bebê.

O processo de transição para a parentalidade exige que os seus protagonistas se adaptem ao seu novo estatuto de pais (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Os cuidados ao recém-nascido são complexos e as informações fornecidas aos pais nesta fase são muitas o que, juntamente com todas as exigências da transição para a parentalidade, se pode tornar num momento de stress em que os pais têm dificuldade em integrar a informação fornecida.

As pessoas numa fase de transição tendem a ser mais vulneráveis a riscos que podem afetar a sua saúde (Meleis *et al.*, 2000). Os enfermeiros são frequentemente os principais cuidadores de pessoas/famílias que estão a passar por uma transição, preparando-as para essas transições e sendo facilitadores do processo de aquisição de novas habilidades (Meleis *et al.*, 2000). O EEESIP tem um papel fundamental em fornecer recursos aos pais que os apoiem neste processo de transição para a parentalidade.

Neste contexto, apercebi-me que não existia material de suporte, como por exemplo, folhetos informativos para entregar aos pais, que sustentassem os ensinamentos realizados ao longo da consulta. Percebi que, por ser uma unidade recente, se encontram numa fase de criação e estruturação de material de apoio à educação para a saúde e que, seria uma mais valia a existência de um documento que uniformizasse e sistematizasse os diversos ensinamentos e cuidados ao recém-nascido no domicílio.

Assim, com colaboração da equipa, elaborei o livro: “Cuidados aos Recém-Nascido” (Apêndice VI), para entregar aos pais na primeira consulta ou, se possível, na consulta de saúde materna, antes do nascimento. O documento foi elaborado com a orientação da enfermeira orientadora e foi revisto por um elemento da equipa médica. Posteriormente, foi feita uma breve apresentação do livro na reunião multidisciplinar semanal, com o intuito de o dar a conhecer à equipa, esclarecer dúvidas e ouvir sugestões. Através da concretização desta atividade atingi o segundo objetivo específico delineado.

Neste âmbito, desenvolvi também competências específicas de EEESIP nomeadamente:

- *Assiste a criança e família na maximização da sua saúde (E1) – Implementa e gere em parceria, um plano promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E.1.1) - Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde (E1.1.3.); Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença (E1.1.4); Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança e jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E.1.1.5)” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192 e 19193).*
- *Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem (E3) – Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil (E3.1) - Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do seu potencial de desenvolvimento infantojuvenil (E3.1.3) (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19194).*

Ainda no espectro da prestação de cuidados ao recém-nascido e à sua família, tive a oportunidade de participar na primeira visita domiciliária realizada na primeira semana de vida do recém-nascido. Esta visita é mais um apoio na transição para a parentalidade que permite observar e avaliar o bebé e família no seu ambiente. Durante a visita foi realizada a consulta de saúde infantil, bem como, lembrados os cuidados maternos no puerpério. Foi realizado o rastreio de doenças metabólicas e foram transmitidos cuidados antecipatórios aos pais tendo em conta as suas necessidades.

A avaliação da relação emocional pais/criança e a promoção da vinculação entre a tríade, foram intervenções de enfermagem comuns a todas as consultas. As competências parentais devem ser estimuladas precocemente uma vez que poderão influenciar o desenvolvimento do bebé (Ordem dos Enfermeiros, 2015). A vinculação destaca-se como uma das tarefas críticas da parentalidade, definindo-se como uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço (Bowbly, 1969 *apud* Silva, 2014). Neste contexto, sempre que possível, foi promovida a amamentação exclusiva

até aos 6 meses e oferecido suporte adequado e apoio emocional para que se estabelecesse com sucesso.

3. Desenvolver competências na promoção da auto-gestão apoiada de saúde na criança e família, com enfoque na promoção de comportamentos de saúde ao nível da prevenção da obesidade infantil.

Aquando da realização do diagnóstico de situação, constatei que o excesso de peso, bem como, os hábitos alimentares e de atividade física desadequados eram frequentes nas crianças/adolescentes seguidos na consulta. Muitos pais referiram a dependência dos filhos em relação aos tablets e telemóveis e manifestaram dificuldade em motiva-los para atividades físicas.

A alimentação e a atividade física são determinantes do estado de saúde do indivíduo. Uma alimentação adequada às diferentes idades e necessidades individuais de cada criança e família, bem como, a prática adequada de atividade física, permitirão expressar ao máximo o potencial genético de crescimento e prevenir o aparecimento de várias patologias, tanto a curto como a longo prazo (Direção Geral da Saúde, 2019).

A infância é um período crítico para a adoção de comportamentos saudáveis e de um estilo de vida promotor da saúde. Os comportamentos são desenvolvidos tendo em conta diversos fatores, como por exemplo: o seu nível de desenvolvimento, o ambiente social e físico em que se inserem e, as suas experiências familiares e pessoais (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Uma vez que os comportamentos apreendidos precocemente tendem a manter-se na idade adulta, as intervenções de promoção da saúde devem ser implementadas precocemente, antes que os padrões de comportamento não saudáveis sejam estabelecidos (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Alertar, ensinar e alterar crenças relativamente a comportamentos de saúde, deve ser uma prioridade para o EEESIP, com vista a contribuir para a promoção e envolvimento destas crianças/jovens e famílias em comportamentos potenciadores de saúde, que resultam em melhorias na saúde e na qualidade de vida (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

É, portanto, imperativo promover desde a infância uma alimentação e estilo de vida saudáveis, o que inclui uma alimentação equilibrada e variada, níveis adequados de atividade física, redução de comportamentos sedentários e, também, bons hábitos de sono. A adoção

destes comportamentos de saúde na infância será determinante para que os mesmos se mantenham na vida adulta (Direção Geral da Saúde, 2019) e, requer a integração de comportamentos de auto-gestão no seu estilo de vida e no da sua família (Ryan & Sawin, 2009).

Faz parte dos objetivos das intervenções realizadas no decorrer da vigilância de saúde Infantil e Juvenil estimular a opção, sempre que possível, por comportamentos promotores de saúde, entre os quais os relacionados com a nutrição adequada e a prática regular de exercício físico. As consultas de Saúde Infantil e Juvenil são uma excelente oportunidade para realizar esta sensibilização.

Ao longo da prática clínica pude observar e participar neste processo. Tive a oportunidade de promover uma alimentação adequada e hábitos de vida saudáveis desde o nascimento até à adolescência. Foi incentivada e apoiada a manutenção do aleitamento materno exclusivo até aos 6 meses, foi realizada educação para a saúde sobre o processo de diversificação alimentar adequado e sobre a prática de uma alimentação completa, equilibrada, variada e segura. Foi incentivada também a prática de exercício físico e a redução de comportamentos sedentários, bem como, a criação de bons hábitos de sono.

Com vista a concretizar o terceiro objetivo definido planeei a realização de algumas atividades. que considero ter cumprido com sucesso.

Após realizar pesquisa bibliográfica sobre a temática, introduzi nas consultas estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a prevenção da obesidade infantil, nomeadamente ao nível da promoção da alimentação saudável, atividade física e diminuição do sedentarismo.

Tive a oportunidade de realizar ensinamentos aos adolescentes e aos pais, sobre a leitura de rótulos e sobre a hábitos alimentares saudáveis.

Para além disso, desenvolvi uma atividade com vista a avaliar os hábitos alimentares das crianças e jovens nas refeições principais (almoço e jantar), com posterior ensino sobre a escolha dos alimentos para estas refeições (Apêndice VII). Solicitei-lhes que me relatassem o seu almoço e jantar e que me descrevessem a constituição do seu prato, no que diz respeito a hidratos de carbono, hortícolas, leguminosas e proteínas. Nas crianças com idades entre os 5 e os 10 anos e sempre que se justificou, recorri a imagens com vários alimentos e pedi que colocassem no prato aquilo que ingeriam habitualmente ao almoço e jantar. Posteriormente,

e com base no guia de aconselhamento breve da DGS “10 passos para a promoção da alimentação saudável”, realizei o ensino de forma adaptada a cada idade sobre como devem ser compostas as refeições principais, envolvendo a família nesse momento. Nas crianças ainda sem capacidade para realizar esta atividade, direcionei-me para os pais ensinando-os sobre como deve ser composta a refeição e sobre a importância do seu papel na escolha dos alimentos adequados.

São vários os grupos e pessoas que influenciam os comportamentos e o estilo de vida das crianças e adolescentes. O ambiente familiar desempenha um papel importante na auto-gestão de comportamentos de saúde. Os pais influenciam os comportamentos de saúde dos seus filhos, servindo como modelos de comportamento (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015; Lozano & Houtrow, 2018).

As intervenções para a promoção de comportamentos de saúde nas crianças e adolescentes devem, portanto, focar-se também nas suas famílias, grupos de pares e no contexto comunitário em que se inserem, uma vez que os seus comportamentos, valores, atitudes e crenças influenciam o comportamento e estilo de vida da criança/adolescente (Pender, Murdaugh & Parsons, 2015).

Ainda no âmbito da promoção de comportamentos de saúde, foi elaborado um documento dirigido aos profissionais de saúde (Apêndice VIII) e um folheto para os pais (Apêndice IX) com o intuito de fornecer recomendações, baseadas em evidência científica, sobre hábitos saudáveis de atividade física, comportamento sedentário e sono em crianças e adolescentes.

Com todas estas experiências e atividades realizadas, considero ter desenvolvido competências de EEESIP, nomeadamente: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) – Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E1.1); Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar (E1.1.1); Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estadios de desenvolvimento e culturalmente sensíveis (E1.1.2) Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde (E1.1.3.) Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos*

processos específicos de saúde/doença (E1.1.4) Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança e jovem no sentido de adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E.1.1.5)” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192 e 19193).

2.3 Contexto de Urgência Pediátrica

Por fim, o terceiro e último contexto de estágio desta unidade curricular decorreu numa Urgência Pediátrica Polivalente pertencente ao centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central.

Neste serviço prestam-se cuidados diferenciados à criança/adolescente e família, por atendimento direto ou referenciado. A referenciação abrange toda a área da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, zona sul do país e ilhas.

Funciona 24 horas por dia, todos os dias da semana e presta cuidados a todas as crianças e jovens dos 0 aos 18 anos. Dispõe de recursos para a resolução rápida de situações de saúde médicas ou cirúrgicas e para responder às situações urgentes e de maior gravidade.

Atualmente, devido à pandemia Covid-19, o serviço foi reestruturado e dividido fisicamente em duas valências: Urgência Respiratória e Urgência Geral. No momento da admissão, realizada pelos serviços administrativos, todas as crianças com sintomas do foro respiratório ou febre são encaminhadas para a urgência respiratória, na qual os profissionais estão protegidos com equipamentos de proteção individual (EPI), nomeadamente máscara, touca, bata, luvas e protetor de calçado.

Em cada uma das valências existe uma sala de espera, um gabinete de triagem (com 2 postos na urgência respiratória e 1 posto na urgência geral), gabinetes médicos, uma sala de tratamentos, uma sala de reanimação e um serviço de observação (SO). Na urgência geral existe ainda uma sala de pequena cirurgia e uma área destinada à urgência de pedopsiquiatria com um gabinete médico, um SO de pedopsiquiatria e uma sala de contenção.

Tendo em conta a temática da promoção da auto-gestão apoiada da criança e adolescente e o diagnóstico situacional realizado na primeira semana de estágio, foram delineados para a prática clínica os seguintes objetivos específicos:

1. Divulgar junto da equipa de enfermagem a evidência científica mais recente sobre a temática da auto-gestão apoiada de saúde da criança/jovem e família.

Frequentemente, são admitidas no Serviço de Urgência Pediátrica crianças/jovens com doença crónica (Asma, Diabetes, Epilepsia, Paralisia Cerebral, Fibrose Quística etc), bem como, com comportamentos de risco que podem comprometer a sua saúde, nomeadamente com consumo de drogas como o álcool, tabaco, cocaína ou opiáceos, com distúrbios alimentares, tentativas de suicídio, comportamentos agressivos ou com comportamento sexual de risco.

A admissão no serviço de urgência pediátrica constitui uma oportunidade para promover comportamentos de saúde e para melhorar a compreensão da criança/adolescente e família sobre a sua condição de saúde, bem como, a desenvolverem competências de auto-gestão. Neste contexto, colaborando com as crianças/ adolescentes e a sua família e fortalecendo os seus recursos, potenciais e capacidades, o enfermeiro pode contribuir para a criação de condições de saúde favoráveis e maiores níveis de bem-estar (Pender, Murdaugh e Parsons, 2015).

Foi possível admitir no SO e acompanhar durante o turno um jovem de 14 anos e a sua mãe, com diagnóstico de diabetes inaugural. O SO consiste numa unidade de internamento de curta duração, onde a criança/jovem fica em observação e vigilância e/ou onde é feita a estabilização do seu quadro clínico antes de ser transferida para outro serviço ou até ter alta clínica.

Nesta fase inicial de diagnóstico da doença e internamento no SO, constatei que a prioridade foi a estabilização do quadro clínico do jovem para que mais tarde fosse transferido para um serviço de internamento onde iriam ser realizados todos os ensinamentos para a gestão da sua patologia no domicílio. Compreendi que estavam numa fase de assimilação do diagnóstico e que a mãe se encontrava particularmente vulnerável e ansiosa. Foi assim fundamental, tal como é referido na literatura científica, apoiar esta família na gestão e expressão de emoções e a lidar com o momento de crise que enfrentavam (Pelican, Fournier, Le Rhun & Aujoulat, 2013; Ergun-Longmire *et al.*, 2021)

Neste sentido, tive a oportunidade de desenvolver competências EEESIP no que respeita à *prestação de cuidados à criança e jovem e família em situações de especial complexidade (E2)*, promovendo a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica,

doença oncológica, deficiência/incapacidade (E.2.5) (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192).

O EEESIP tem um papel fundamental no processo de aprendizagem e capacitação destas crianças/jovens e famílias para a gestão da sua doença crónica ou de comportamentos de risco, com segurança e autonomia.

Para atingir o objetivo delineado, planeei como atividade a realização de uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a temática da auto-gestão apoiada de saúde da criança/adolescente e família num serviço de urgência, que foi desenvolvida juntamente com outra atividade planeada, descrita mais à frente neste relatório. Nesta sessão foi apresentado à equipa de enfermagem o conceito de auto-gestão apoiada de saúde e a sua importância para a melhoria nos resultados, qualidade de vida e redução de custos associados à saúde. Foi também abordado o papel do enfermeiro na promoção da auto-gestão e efetuada uma reflexão sobre como pode ser promovida no serviço de urgência (Apêndice X).

2. Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à criança/jovem e família com suporte de Ventilação Não Invasiva.

Frequentemente, são admitidas no serviço de urgência pediátrica crianças/jovens com doença crónica, com necessidade de ventilação não invasiva (VNI) no domicílio. Tanto recorrem ao serviço de urgência por agudização da sua doença como por outro motivo não relacionado com a mesma.

Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento progressivo do número de crianças que necessitam de suporte ventilatório prolongado em contexto de domicílio (Pereira, Nunes & Bandeira, 2003; Figueiredo, 2017). Este aumento pode estar associado a vários fatores como: a melhoria da taxa de sobrevivência de crianças com insuficiência respiratória aguda, nomeadamente, crianças prematuras ou crianças com doenças congénitas, doenças pulmonares e doenças neuromusculares graves, aos avanços nos cuidados ao doente com patologia respiratória e ao desenvolvimento da tecnologia no que respeita ao equipamento de ventilação (Figueiredo, 2017). Esta realidade acresce a responsabilidade dos profissionais de saúde perante estas crianças e famílias em garantir uma resposta eficaz às suas necessidades especiais.

No serviço de urgência pediátrica, os enfermeiros cuidam destas crianças/jovens com necessidades complexas de saúde, sendo fundamental estarem capacitados para apoiar e colaborar com a criança/jovem e família na auto-gestão da sua doença crónica, nomeadamente, ao nível dos procedimentos de ventilação não invasiva, bem como, nas suas possíveis complicações e cuidados de enfermagem associados.

Paralelamente, a insuficiência respiratória aguda (IRA) é uma das causas mais comuns de internamentos hospitalares em crianças com menos de um ano, estando entre as maiores causas de morbilidade e mortalidade infantil. É, também, um dos motivos mais frequentes de admissão no serviço de urgência pediátrica. (Leite *et al.*, 2021).

Atualmente, sugere-se que a ventilação não invasiva pode ser eleita como primeira linha no suporte ventilatório em lactentes e crianças com IRA, apresentando inúmeras vantagens quando comparada com a ventilação mecânica invasiva (Lins, Duarte & Andrade, 2019).

A correta utilização do equipamento, a formação e a experiência dos profissionais neste âmbito da VNI, configuram-se fundamentais na eficácia deste tipo de ventilação, contribuindo para a qualidade e segurança dos cuidados prestados à criança/jovem e família.

A equipa de enfermagem que, atualmente, é constituída por vários elementos recém-licenciados e com poucos anos de experiência em urgência pediátrica, manifestou necessidade de formação relativamente aos cuidados de enfermagem relacionados com a ventilação não invasiva. Enfermeiros mais jovens referiram ter dúvidas sobre o procedimento para iniciar este método de ventilação, bem como, sobre os principais cuidados de enfermagem associados,

Foi assim identificada a necessidade de formação da equipa de enfermagem neste âmbito da ventilação não invasiva. Tendo em conta a minha experiência profissional na área da neonatologia e nos cuidados de enfermagem à criança com este método de ventilação surgiu a oportunidade de colaborar na formação da equipa com vista a colmatar esta necessidade.

O conhecimento sobre as particularidades da VNI e o domínio da temática por parte da equipa de enfermagem, serão um contributo para a capacitação da criança/jovem e família na gestão da ventilação não invasiva, na monitorização e gestão de sintomas, na prevenção de complicações, bem como, no despiste e resolução de problemas associados.

Para dar resposta ao objetivo definido planeei como atividades a realização de pesquisa bibliográfica sobre a temática da ventilação não invasiva na criança/jovem e, posteriormente, uma sessão de formação à equipa de enfermagem sobre a mesma (Apêndice XI). Com o intuito de facilitar a sua apresentação e comunicação, a sessão foi planeada para ser realizada juntamente com a formação sobre a “Auto-gestão apoiada de saúde da criança/jovem e família num serviço de urgência”.

Considero ter cumprido com sucesso os objetivos definidos. No entanto, por condicionantes externos, não foi possível a realização de uma formação presencial ou online à equipa de enfermagem. De forma a atingir os objetivos delineados no projeto e a solucionar o problema encontrado, a sessão de formação foi gravada e posteriormente divulgada e enviada por email à equipa de enfermagem. Fiquei disponível para esclarecimento de dúvidas, tendo fornecido o meu email para tal. Para além disso, disponibilizei-me para no futuro, num momento mais oportuno para o serviço, realizar a sessão de formação online.

Com as atividades realizadas desenvolvi competências comuns de EEESIP, nomeadamente no que respeita a *ser facilitador nos processos de aprendizagem em contexto de trabalho* (D2.1), *atuando como formador oportuno* (D2.1.1), *diagnosticando necessidades formativas* (D2.1.2) e *favorecendo a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros* (D2.1.4) (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro, p. 4749).

Paralelamente ao caminho percorrido para a concretização dos objetivos definidos para a prática clínica, vivenciei inúmeras experiências que foram enriquecedoras para o meu percurso formativo, promovendo o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP.

Nas duas primeiras semanas de estágio tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira orientadora, mestre e especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no processo de triagem, tanto na urgência geral como na urgência respiratória.

O processo de triagem de crianças e jovens é assegurado pela equipa de enfermagem, sendo utilizado o sistema de triagem pediátrica canadiana - Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale (CPTAS). A triagem tem como objetivo identificar de forma precisa as necessidades da criança/jovem e definir o tempo em que estas devem ser observadas pelo médico, determinando o nível de urgência, e os recursos necessários (Direção Geral da Saúde, 2015).

Esta escala define os tempos de atendimento médico por nível de prioridade, classificando a criança/jovem em 5 níveis, associados a cores, com base num processo que inclui 3 passos: a impressão inicial da gravidade clínica (avaliada com base no triângulo de avaliação pediátrica), a avaliação da queixa/motivo de consulta e a avaliação dos sinais vitais, tendo em conta a idade e os fatores de risco associados. A dor neste método de triagem tem um papel determinante na classificação da urgência (Direção Geral da Saúde, 2015). Neste contexto, pude observar e constatar a importância de uma postura assertiva por parte do enfermeiro e de formular questões claras, simples e diretas com o intuito de perceber rapidamente as necessidades da criança/jovem e família.

Por outro lado, o momento da triagem representa o primeiro contacto da criança/jovem e família com a equipa de saúde. Geralmente as crianças/jovens chegam apreensivas e/ou com medo e, os pais ansiosos e preocupados com o motivo que os levou a levar o seu filho à urgência.

Neste sentido e, apesar do processo de triagem ocorrer num curto espaço de tempo, compreendi a importância de, logo neste primeiro contacto, tranquilizar, acolher e transmitir segurança a estas famílias contribuindo para o início de uma relação de confiança entre estes e a equipa de saúde. Após ser realizada a triagem, existiu sempre a preocupação de explicar à família a prioridade da sua situação, referindo aos pais / criança ou jovem o que deveriam vigiar e fazer em caso de agravamento de sintomas, promovendo sempre a parceria de cuidados e a capacitação parental.

Destaco ainda que no processo de triagem o enfermeiro avalia a dor da criança, com o recurso a escalas de avaliação da dor adequadas para cada situação, intervindo nesse momento com estratégias farmacológicas e não farmacológicas para alívio da mesma. As escalas mais utilizadas para avaliação da dor foram a escala numérica da dor e a escala de FLACC (Face, Legs, Activity, Cry, Consolability).

Durante a prática clínica, procurei adquirir e aprofundar conhecimentos teóricos e práticos na prestação de cuidados à criança e família num serviço de urgência, nomeadamente no momento da triagem e, assim, desenvolver competências de EEESIP: *“Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (E1) - Implementa e gere em parceria, um plano promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem (E.1.1); diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou*

qualidade de vida da criança/jovem (E1.2)” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19192 e 19193). “Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (E2) - Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados (E2.1); Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho, p. 19193).

Após o processo de triagem e observação médica a criança/jovem pode ter que realizar exames de diagnóstico e/ou tratamentos de enfermagem para a resolução do seu problema de saúde o que, geralmente, também é um momento gerador de stress.

A prática clínica permitiu-me adequar estratégias comunicacionais no relacionamento com a criança/ família num serviço de urgência. Contactei com crianças/jovens de diversas idades, a vivenciar uma situação de crise, frequentemente ansiosos e assustados e, muitas vezes, com uma situação complexa de saúde associada. Apesar da inexperiência na área considero que demonstrei conhecimentos sobre as várias técnicas de comunicação com a criança/jovem e família, aplicando-as e adaptando-as ao seu nível de desenvolvimento e cultura. Deparei-me com barreiras linguísticas, uma vez que são várias as famílias com dificuldade em falar e compreender português ou inglês o que, tanto na triagem como no SO ou sala de tratamentos, exige a aplicação de estratégias de comunicação verbal e não verbal para otimizar a comunicação com as mesmas, desde o recurso ao google tradutor, desenhos, bonecos, utilização de imagens ou falar de forma pausada.

Para além disso, tendo em conta a situação pandémica que vivenciamos e, tal como em outros contextos de prática clínica destaco, mais uma vez, que o uso de máscara ou de EPI (no caso de admissão na urgência respiratória) se tornou numa barreira à comunicação eficaz com a criança/jovem e família, tendo sido fundamental a adoção de estratégias facilitadoras deste processo, como por exemplo o brincar, o toque, o olhar, a postura, o tom de voz, ou o recurso ao humor.

Por condicionantes externos, na terceira semana de estágio fiquei sob a orientação de outro enfermeiro EEESIP, mestre na área da gestão de saúde e chefe de equipa. Neste serviço, o chefe de equipa assume funções de coordenação e gestão do turno, não estando diretamente na prestação de cuidados. Tem a função de liderar a equipa, motiva-la, delegar tarefas e gerir os recursos. Define e reconhece os diferentes papéis e funções de cada membro

da sua equipa. É reconhecido como um elemento detentor de conhecimentos, competências e experiência diferenciados na área. Esta experiência enriqueceu o meu percurso enquanto futura EEESIP, permitindo-me desenvolver competências comuns do enfermeiro especialista, no que respeita à gestão de uma equipa, nomeadamente: “*Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade (A1.2)*”; “*Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (A2.2)*”; “*Gere cuidados de enfermagem otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C1) - Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão (C1.1)*; *Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade (C1.2)*”; “*Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados (C2) - Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados (C2.1)*; *Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos (C2.2)*” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019, p. 4746 - 4749).

Tive ainda a oportunidade de acompanhar a enfermeira chefe do serviço durante um turno, o que foi importante para desenvolver competências na área da gestão da saúde, nomeadamente no que respeita à gestão dos recursos humanos e à gestão de consumíveis e stock da farmácia. Fiquei também a conhecer de forma mais pormenorizada os processos de gestão de qualidade nos quais o serviço está inserido. Com esta experiência adquiri conhecimentos e desenvolvi competências no domínio da melhoria contínua da qualidade, nomeadamente: “*Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (B1.1) - Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua (B1.1.1)*; *Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados (B1.1.3)*” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019, p. 4747).

Assisti ainda, num momento de passagem de turno, à apresentação do plano de emergência interno em situação de catástrofe, nomeadamente sobre as formas de atuação, reestruturação física do serviço e atribuição de responsabilidades, o que me permitiu desenvolver a competência comum de EEESIP: “*Garante um ambiente terapêutico e seguro (B3) - Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais (B3.2)*” (Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro de 2019, p. 4747).

Por fim, participei no 4º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, tendo apresentado um poster referente à revisão scoping elaborada no âmbito da unidade curricular de Enfermagem Pediátrica, com o tema: “*O Swaddled Bathing em Recém-nascidos Internados na Neonatologia: Revisão Scoping*” (Anexo 2). Através desta apresentação foram comunicados os conhecimentos adquiridos, bem como, os resultados da revisão desenvolvida o que contribuiu para a aquisição de competências de mestre (Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março de 2006).

CONCLUSÃO

Ao longo deste relatório foram abordados os constructos teóricos e conceptuais que fundamentaram e orientaram o percurso académico. Destaca-se o modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que se foca em apoiar as pessoas a alcançar maiores níveis de bem-estar, identificando e relacionando fatores que influenciam os comportamentos de saúde.

Destaca-se, também, a análise conceptual realizada sobre a temática central deste relatório - O conceito de auto-gestão apoiada na criança e adolescente. Foi ainda apresentada sucintamente a revisão scoping elaborada, com o título: “*O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente: scoping review*” e os seus principais resultados. A realização desta revisão contribuiu para uma melhor compreensão do conceito de auto-gestão na idade pediátrica, o que poderá ser útil na orientação da prática de cuidados e no desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Seguidamente, descreveu-se e refletiu-se criticamente sobre o percurso desenvolvido durante a prática clínica. Foi feita uma breve introdução aos vários contextos de estágio, bem como, a apresentação do diagnóstico situacional realizado, os objetivos específicos delineados e o caminho desenvolvido para o seu cumprimento.

No decorrer da prática clínica, foram aplicados os conhecimentos e competências previamente adquiridos da experiência profissional anterior e da vertente teórica do curso de mestrado em enfermagem.

O caminho percorrido para a concretização dos objetivos definidos promoveu o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP e de mestre e, permitiu-me aprofundar conhecimentos sobre a temática da auto-gestão apoiada de saúde e transferi-los para a prestação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família.

Acredito ter atingido os objetivos deste relatório, de descrever e refletir criticamente sobre o percurso individual de formação desenvolvido, bem como, de comunicar os resultados de aprendizagem clínica e de investigação aplicada, numa perspetiva académica avançada.

O presente relatório integra a articulação dos conhecimentos e competências adquiridos e as experiências vivenciadas ao longo do percurso formativo. No seu todo, alargaram a minha visão sobre a prática de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e família, tornando-me mais consciente e preparada, tanto a nível técnico, como a nível científico, relacional e emocional, para prestar cuidados de enfermagem de qualidade, com segurança, competência e em verdadeira parceria com a criança e família.

Foram várias as dificuldades encontradas ao longo de todo este processo de aquisição de conhecimentos e competências de EEESIP. No entanto, todas essas limitações proporcionaram oportunidades de crescimento e evolução, tanto a nível pessoal, como a nível profissional e académico. Adequar as estratégias comunicacionais e prestar cuidados de enfermagem a crianças e jovens de diversas idades, foi um dos desafios encontrados. Considero que ultrapassei esta barreira com sucesso e, acrescento ainda, que esta experiência suscitou a vontade de ampliar a minha experiência profissional para além da área da neonatologia.

Com a finalização desta etapa preveem-se novos projetos e desafios. Durante este percurso, tive a oportunidade de integrar um grupo de investigação que pretende dar continuidade ao trabalho desenvolvido, expandindo o limite temporal da revisão scoping realizada sobre o conceito de auto-gestão de saúde. A partir daí, pretende-se realizar uma análise de conceito e publicá-la em formato de artigo científico. A longo prazo, tenciono manter-me ativa na procura de novos saberes e de novas oportunidades de aprendizagem.

A conclusão desta etapa representa o início de um novo caminho a nível pessoal e profissional, sempre com vista à melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barlow, J., Wright, C., Sheasby, J., Turner, A., & Hainsworth, J. (2002). Self-management approaches for people with chronic conditions: A review. *Patient Education and Counseling*, 48(2), 177–187. [https://doi.org/10.1016/S0738-3991\(02\)00032-0](https://doi.org/10.1016/S0738-3991(02)00032-0)
2. British Association of Perinatal Medicine. (Outubro de 2017). A Framework for Neonatal Transitional Care.
3. Conselho Internacional de Enfermeiros. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Obtido de <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
4. Diário da República. (24 de Março de 2006). Decreto-Lei n.º 74/2006. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior
5. Direção-Geral da Saúde. (2012). Orientações técnicas sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos). Direção-Geral Da Saúde, 1–11
6. Direcção Geral da Saúde. (Junho de 2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Obtido em 27 de Outubro de 2021
7. Direcção Geral da Saúde. (Outubro de 2019). Alimentação Saudável dos 0 aos 6 anos: Linhas De Orientação Para Profissionais E Educadores. 1ª. Obtido em 1 de Novembro de 2021
8. Direcção-Geral da Saúde. (6 de Março de 2015). Sistemas de Triagem dos Serviços de Urgência e Referenciação Interna Imediata. Norma N° 002/2015.
9. Ergun-Longmire, B., Clemente, E., Vining-Maravolo, P., Roberts, C., Buth, K., & Greydanus, D. E. (2021). Diabetes education in pediatrics: How to survive diabetes. *Disease-a-Month*, 67(8). <https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2021.101153>
10. Figueiredo, A. (2017). Ventilação Não-invasiva Domiciliária – Que Impacto na Qualidade de Vida dos Doentes? Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra .

11. Galvão, M. T. dos R. L. S., & Janeiro, J. M. da S. V. (2013). Self-care in nursing: self-management, self-monitoring, and the management of symptoms as related concepts. *Reme: Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225–230. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>
12. Joanna Briggs Institute. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis (Chapter 11: Scoping Reviews). Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global>.
13. Khoshnood, Z., Rayyani, M., & Tirgari, B. (2018). Theory analysis for Pender's health promotion model (HPM) by Barnum's criteria: A critical perspective. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 32(4). <https://doi.org/10.1515/ijamh-2017-0160>
14. Leite, C. T., Sant'Anna, M. de F. P., Sant'Anna, C. C., & Toledo, M. L. G. (2021). Fatores associados ao sucesso da ventilação não invasiva em crianças com insuficiência respiratória aguda em situação de emergência. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(2), e6108. <https://doi.org/10.25248/reas.e6108.2021>
15. Lins, A., Duarte, M. d., & Andrade, L. (2019). Ventilação não invasiva como primeira escolha de suporte ventilatório em crianças. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(33), 333-339.
16. Lorig, K. R., Holman, H. R., & Med, A. B. (2003). Self-Management Education : History , Definition , Outcomes and Mechanisms.
17. Lozano, P., & Houtrow, A. (2018). Supporting self-management in children and adolescents with complex chronic conditions. *Pediatrics*, 141, S233–S241. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1284H>
18. Malheiro, M. I. D. da C., Gaspar, M. F., & Barros, L. (2019). Programa de educação para a autogestão em adolescentes com Spina Bífida: o que dizem os jovens e seus cuidadores. *Cogitare Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.62222>
19. Meleis, A., Sawyer, L., Im, E.-O., Messias, D. K., & Schumacher, K. (Julho de 2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advances in Nursing Science*, 12-28.
20. Modi, A. C., Pai, A. L., Hommel, K. A., Hood, K. K., Cortina, S., Hilliard, M. E., Guilfoyle, S. M., Gray, W. N., & Drotar, D. (2012). Pediatric self-management: A framework for research, practice, and policy. In *Pediatrics* (Vol. 129, Issue 2). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1635>

21. NANDA International. (2021). NANDA International, Inc. nursing diagnoses : definitions and classification (T. H. Herdman, S. Kamitsuru, & C. T. Lopes (eds.); 12th ed.).
22. Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guia Orientador De Boa Prática: Em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. In Cadernos OE (Vol. 3, Issue 3).
23. Ordem dos Enfermeiros. (2014). Decreto de Lei nº 118. Diário da República 1.ª série — N.º 149.
24. Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à Parentalidade durante a Hospitalização.
25. Ordem dos Enfermeiros. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica n.º 422. Diário da República, 2.ª série, nº 133.
26. Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista n.º 140. Diário da República, 2ª série, nº 26.
27. Pelicand, J., Fournier, C., Le Rhun, A., & Aujoulat, I. (2013). Self-care support in paediatric patients with type 1 diabetes: Bridging the gap between patient education and health promotion? A review. *Health Expectations*, 18(3), 303–311. <https://doi.org/10.1111/hex.12041>
28. Pender, N. J. (2011). The Health Promotion Model. 1–17.
29. Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). Health promotion in nursing practice. In *Health promotion in nursing practice* (7a, pp. 34–40). Julie Levin Alexander.
30. Pereira, L., Nunes, T., & Bandeira, T. (2003). Ventilação domiciliária “fora de casa”. *Revista Portuguesa de Pneumologia*, 9(5).
31. Ruivo, M. A, Ferrito, C, Nunes L. Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, 2010. 38p.
32. Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
33. Saxby, N., Ford, K., Beggs, S., Battersby, M., & Lawn, S. (2019). Patient Education and Counseling Developmentally appropriate supported self-management for children and young people with chronic conditions : A consensus. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.029>

34. Silva, M. A., & Graveto, J. (2008). Modelo conceptual versus “modelo oculto” para a (na) prática da enfermagem. *Pensar Enfermagem*, 12(2), 67–70.
35. Silva, N. (2014). Teoria da Vinculação. Faculdade Medicina Universidade do Porto. Porto.
36. Silva, R. M. M., Zilly, A., Nonose, E. R. D. S., Fonseca, L. M. M., & Mello, D. F. (2020). Care opportunities for premature infants: Home visits and telephone support. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3520.3308>
37. Soares, B., Charepe, Z. (2022). O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente: scoping review.
38. Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). Teóricas de Enfermagem e a sua obra (p. 764).
39. Victor, J. V., Lopes, M., & Ximenes, L. (Fevereiro de 2005). Análise do diagrama do modelo de promoção da saúde de Nola J. Pender. *ACTA*, pp. 235-240.
40. Weber, L., Lima, M., Costa, A., & Marques, G. (2017). Transição do Cuidado do Hospital para o Domicílio: Revisão Integrativa . *Cogitare Enferm*.

ANEXOS

ANEXO 1

Certificado de Participação no “Curso de Cuidados Paliativos Pediátricos: Formação Inicial”

Serviço de Gestão Estratégica de Recursos Humanos
Núcleo de Formação

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL
(Decreto Regulamentar n.º 35/2002 de 23 de Abril)

Bárbara Bacharel Sampaio Soares, nascido(a) a 12/11/1993, natural de Portalegre, nacionalidade Portuguesa, sexo feminino,
portador(a) do Cartão de Cidadão n.º 14320100, frequentou o Curso:

"Cuidados Paliativos Pediátricos - Formação Inicial"

Data de Realização: Dias 14, 16, 21 e 23 de Setembro de 2021

Duração: 24 horas

Lisboa, 23 de Setembro de 2021

A Diretora do Serviço

ISABEL MARIA DE MOURA ELISIÁRIO Aprovado de forma digital por ISABEL
MOURA DE MOURA ELISIÁRIO
Data: 2021-09-23 14:58:18 -05'00'

(Isabel Elisiário)

Certificado n.º 236/2021

Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental, E.P.E. - Estrada do Forte do Alto do Duque, 1449-005 Lisboa NIF: 507618319
Entidade Formadora Acreditada, Processo de Renovação n.º 028/08-11-2000, Despacho de 04-12-2000 do Ministério da Saúde

ANEXO 2

Certificado de apresentação de poster no 4º Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem - Enfermagem Especializada: Um valor em Saúde, com o tema: *“O Swaddled Bathing em Recém-Nascidos Internados na Neonatologia: Revisão Scoping”*



CERTIFICADO

Certifica-se que o(a) Enfermeira Bárbara Soares, em coautoria com Enfermeira Filomena Leitão; Prof. Doutora Elisabete Nunes, Prof. Doutora Margarida Lourenço, Prof. Doutora Sílvia Caldeira e Prof. Doutora Zaida Charepe, participaram no IV Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, com a apresentação do Poster n.º 33 com o tema *"O Swaddled Bathing em Recém-nascidos Internados na Neonatologia: Revisão Scoping"*, no dia 26 de novembro de 2021, Auditório 2, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 26 de novembro de 2021.

A Diretora
Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP

Universidade Católica Portuguesa
Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN
Professora Auxiliar

Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal



PROGRAMA

9:00 – Mesa 1: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
Moderador: António Borges

Ana Paula Silva "Estratégias promotoras da comunicação, com recurso à tecnologia, entre pessoa adulta internada e família durante a pandemia covid-19"

Ricardo Faria "Oxigenoterapia Nasal de Alto Fluxo na Pessoa com Infecção por SARS-CoV-2"

Isabel Faia "Critical Care Nursing to Acute Respiratory Distress Syndrome Patients Undergoing Extracorporeal Membrane Oxygenation: a Scoping Review"

10:00 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Anna Lindberg (RN, CCNS, ECMO Specialist, ECMO Centrum – Karolinska University Hospital, Estocolmo Suécia)
"ECMO: Pandemic experiences through the eyes of an ECMO specialist nurse"

10:45 – INTERVALO

11:00 – MESA DE ABERTURA

11:15 – Mesa 2: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA
Moderador: Amélia Alpoim

Ana Isabel Lopes "Oportunidades e desafios da era digital no cuidado especializado"

Ana Paramos "A esperança na intervenção especializada junto do adolescente"

Débora Querido "A promoção da vinculação – um valor em saúde"

12:15 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Profª Doutora Monika Wernet (Universidade Federal de São Carlos, Brasil)
"Integração de tecnologias por um cuidado humano e seguro na Enfermagem em Neonatologia"

13:00 – Almoço

14:30 – Mesa 3: ENFERMAGEM ESPECIALIZADA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA
Moderador: Laurina Gomes

Elsa Calado "Crianças e o Covid-19: Intervenção de enfermagem comunitária"

Sónia Coelho "As pessoas idosas e o suporte social formal em tempo de pandemia"

Maria do Céu Pires "Intervenção de enfermagem comunitária num bairro social em tempos de pandemia"

15:30 – CONFERÊNCIA INTERNACIONAL
Profª Doutora Lislaine Aparecida Fracoli (Universidade de São Paulo)
"Desafios para a incorporação de novas tecnologias na Atenção Primária em Saúde: em foco a pesquisa de implementação"

16:15 – Lançamento do Livro "25 anos de regulação na Enfermagem, 96 perfis e trajetórias assinaláveis"

16:45 – ENCERRAMENTO

17:00 – MOMENTO CULTURAL



Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal

APÊNDICES

APÊNDICE I

Relatório da Revisão *Scoping*: “*O conceito de auto-gestão de saúde na criança e adolescente: scoping review*”

O CONCEITO DE AUTO-GESTÃO DE SAÚDE NA CRIANÇA E ADOLESCENTE: *SCOPING REVIEW*

Bárbara Soares ^a

Zaida Charepe ^b

- a. Enfermeira de Cuidados Gerais na Neonatologia do Hospital São Francisco Xavier; Mestranda do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica;
- b. Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. Lisboa, Portugal

RESUMO

Objetivo: mapear o conhecimento científico produzido sobre o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem, em crianças e adolescentes.

Introdução: O envolvimento em comportamentos de saúde, bem como, a gestão de doenças crónicas, são cada vez mais reconhecidos como uma responsabilidade do indivíduo e da sua família (Ryan e Sawin, 2009). A auto-gestão é um processo em que as crianças e jovens desenvolvem um vasto conjunto de atitudes, comportamentos e competências que os ajudam a minimizar o impacto da sua condição de saúde em todos os aspetos da sua vida, tanto para eles como para a sua família ou cuidadores (Saxby, et al., 2019). O apoio à auto-gestão pode estar associado a atividades relacionadas diretamente com os cuidados de saúde, bem como, com comportamentos sociais e de estilo de vida que tenham impacto no bem-estar da criança (Lozando e Houtrow, 2018).

Crítérios de Inclusão: Foram incluídos todos os estudos com crianças e adolescentes, com idades entre os 0 e os 19 anos, que abordassem o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem.

Método: A metodologia da scoping review segue as recomendações propostas pelo Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi conduzida entre Janeiro e Fevereiro de 2022. Foram considerados todos os estudos publicados, com base nos critérios de inclusão, recorrendo-se às bases de dados MEDLINE e CINAHL, nos idiomas português, inglês e espanhol, entre os anos de 2017 e 2022.

Resultados: Foram incluídos 31 estudos nesta revisão, publicados entre os anos de 2017 e 2021. 11 estudos utilizaram uma metodologia quantitativa, 7 uma metodologia qualitativa, 8 eram revisões da literatura e 5 recorreram a uma metodologia mista. Foram identificados os antecedentes, atributos e consequentes do conceito de auto-gestão, bem como, os seus fatores relacionados. A doença crónica foi identificada como o antecedente do conceito mais prevalente, em 93,6% dos estudos. Os principais atributos identificados foram as capacidades de auto-regulação, em 64,5% dos estudos, a adesão ao regime de tratamento (45,2%), o suporte social (41,9%) e a partilha de papeis/colaboração com os pais (35,5%). O controlo da doença crónica foi o consequente mais identificado nos estudos (41,9%), seguindo-se o aumento da qualidade de vida associada à saúde (25,8%) e o aumento da auto-eficácia (19,4%). A educação para a auto-gestão, que foi o principal fator relacionado identificado (45,2% dos estudos), revelou ter um impacto positivo no desenvolvimento de conhecimentos e competências de autogestão nas crianças e adolescentes.

Conclusão: O envolvimento em comportamentos de auto-gestão está associado a diversos benefícios para a criança/adolescente, tanto a curto como a longo prazo, e nas várias dimensões da sua vida. Os enfermeiros têm um papel fundamental no apoio e na educação para a auto-gestão de saúde, podendo reduzir riscos e promover condições que a apoiem.

Palavras-chave: Auto-gestão; Criança; Adolescente; Cuidados de Enfermagem

INTRODUÇÃO

Na segunda metade do século XX, em grande parte dos países industrializados, devido à modificação do padrão de doença, de aguda para crónica, começou a dar-se mais importância à responsabilização das pessoas no controlo da sua saúde (Galvão e Janeiro, 2013).

Uma das primeiras referências ao termo auto-gestão foi feita por Thomas Creer, em meados dos anos 60, num livro sobre a reabilitação de crianças com doença crónica. Creer e colegas, associaram o termo auto-gestão ao seu programa de asma pediátrica, valorizando a participação ativa da mesma no tratamento da doença (Lorig e Holman, 2003).

O envolvimento em comportamentos de saúde, bem como, a gestão de doenças crónicas, são cada vez mais reconhecidos como uma responsabilidade do indivíduo e da sua família (Ryan e Sawin, 2009).

A auto-gestão de saúde é um processo de envolvimento em comportamentos específicos que, aumentam a capacidade da pessoa para gerir uma doença crónica ou comportamentos de risco (Ryan e Sawin, 2009). Apesar da sua aplicabilidade na promoção de comportamentos de saúde e na gestão da doença aguda, o conceito de auto-gestão é, frequentemente, associado à capacidade da pessoa para gerir a sua doença crónica.

Para enquadramento teórico desta revisão scoping destaca-se a teoria de médio alcance de Ryan e Sawin - Teoria de Auto-gestão Individual e Familiar - que propõe que a auto-gestão de saúde é um fenómeno dinâmico e complexo constituído por três dimensões: contexto, processo e resultados (Ryan e Sawin, 2009).

Na dimensão do contexto inserem-se os fatores, protetores ou de risco, que influenciam os indivíduos e famílias no envolvimento no processo de auto-gestão, bem como, os resultados (Ryan e Sawin, 2009).

Por outro lado, a dimensão do processo de auto-gestão de saúde, que se baseia numa interação dinâmica entre conhecimentos e crenças específicos, aquisição e uso de capacidades de auto-regulação, e de facilitação social e negociação (Ryan e Sawin, 2009).

As pessoas estarão mais propensas a se envolverem nos comportamentos de saúde recomendados se tiverem conhecimentos e se adotarem crenças de saúde consistentes com o comportamento a desenvolver, se desenvolverem capacidades de auto-regulação para mudar o seu comportamento de saúde e se experimentarem a facilitação social que as influencia positivamente e as apoia a se envolverem em comportamentos de saúde (Ryan e Sawin, 2009).

Os enfermeiros têm um papel fundamental no apoio à auto-gestão de saúde, abordando o contexto ou o processo. As intervenções dirigidas ao contexto podem reduzir riscos ou promover condições que apoiem a auto-gestão de saúde e, as intervenções destinadas ao processo podem aumentar o conhecimento e alterar crenças, promover o uso de comportamentos de autorregulação de um indivíduo e promover a facilitação social (Ryan e Sawin, 2009).

Por fim, na dimensão dos resultados, inserem-se os resultados proximais (a curto prazo) ou distais (a longo prazo). Os resultados proximais levam à obtenção de resultados distais e, consistem no envolvimento em comportamentos específicos para a auto-gestão de uma determinada condição, risco ou transição. Os resultados distais estão relacionados com os primeiros e enquadram-se em três categorias: o estado de saúde, a qualidade de vida/bem-estar percebido e os custos associados à saúde (Ryan e Sawin, 2009).

No que respeita à idade pediátrica, segundo Saxby, et al. (2019), a auto-gestão é um processo em que as crianças e jovens desenvolvem um vasto conjunto de atitudes, comportamentos e competências que os ajudam a minimizar o impacto da sua condição de saúde em todos os aspetos da sua vida, tanto para eles como para a sua família ou cuidadores.

Na pediatria, pode-se considerar que a auto-gestão é partilhada na medida em que os pais e/ou cuidadores e a criança/adolescente partilham a função de gestão de saúde (Lozando e Houtrow, 2018). Os pais apoiam as necessidades dos filhos, assumindo diferentes papéis ao longo do seu ciclo vital. Na maioria das crianças, com o desenvolvimento gradual das suas competências cognitivas, motoras, sociais e de vida, a sua capacidade de auto-gestão aumenta ao longo do tempo, tornando-se mais independentes na gestão da sua saúde (Saxby, et al., 2019).

O apoio à auto-gestão pode estar associado a atividades relacionadas diretamente com os cuidados de saúde, bem como, com comportamentos sociais e de estilo de vida que tenham impacto no bem-estar da criança, como por exemplo: frequentar a escola, participar numa aula de pintura, jogar videojogos, pertencer a uma equipa desportiva, produzindo melhorias nos resultados de saúde não só pela promoção da adesão a um plano de tratamento, no caso de uma doença crónica, mas também apoiando a criança e família a desenvolverem competências para ultrapassar os desafios e resolver problemas (Lozando e Houtrow, 2018).

O conceito de auto-gestão é amplamente utilizado na saúde do adulto, existindo inúmeros modelos de cuidados baseados em evidência científica para apoiar nesta população. No entanto, no ramo pediátrico, apesar de existir evidência científica de que o suporte à auto-gestão melhora os resultados de saúde, os modelos teóricos de apoio não se encontram tão bem desenvolvidos o que implica que o suporte dado não esteja formalmente integrado nos cuidados à criança/ adolescente (Lozando e Houtrow, 2018).

Existem particularidades da população pediátrica que podem explicar esta disparidade entre os dois grupos: a dependência das crianças/adolescentes de um adulto, o que implica mais do que uma pessoa envolvida no processo de auto-gestão de saúde; Um grande espectro de fases de desenvolvimento a nível cognitivo, motor, de linguagem, social e emocional, existindo poucas evidências sobre como adaptar o apoio à auto-gestão nas diferentes idades pediátricas; e, por fim, a epidemiologia, ao contrário dos adultos, nas crianças existe uma vasta gama de diagnósticos responsáveis por doença crónica, muitos deles com baixa prevalência.

A presente revisão scoping, surgiu então para clarificar e compreender o conceito de auto-gestão aplicado à idade pediátrica e tem como objetivo mapear o conhecimento científico produzido sobre o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem, em crianças e adolescentes.

Após uma pesquisa preliminar nas bases de dados Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE) e no Joanna Briggs Institute (JBI) não se identificaram revisões sistemáticas da literatura ou revisões de escopo publicadas sobre esta temática.

QUESTÃO DE REVISÃO

Qual o conhecimento científico produzido sobre o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem, em crianças e adolescentes?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

A realização desta scoping review foi baseada na metodologia apresentada pelo The Joanna Briggs Institute (JBI) (2020). Os critérios de inclusão foram elaborados de acordo com esta metodologia, com base na mnemónica PCC – população, conceito e contexto.

Foram incluídos os estudos com crianças e adolescentes, com idades entre os 0 e os 19 anos, que abordassem o conceito de auto-gestão, que se entende como um processo de envolvimento em comportamentos específicos que aumentam a capacidade da pessoa para gerir uma doença crónica ou comportamentos de risco (Ryan e Sawin, 2009), em contexto de cuidados de enfermagem.

Nos termos da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos da Criança entende-se por criança todo o ser humano menor de 18 anos de idade (Unicef, 2019). A organização Mundial de Saúde (1986), define adolescente como a pessoa com idade compreendida entre 10 e os 19 anos.

Tipos de Estudo: Foram considerados estudos de natureza quantitativa, qualitativa e mista, bem como, revisões sistemáticas da literatura que respondessem aos critérios de inclusão estabelecidos. Foram excluídos para esta revisão artigos de opinião, relatos de experiência, editoriais, cartas ao editor e resumos. Foram incluídos os estudos redigidos em português, inglês e espanhol, publicados entre os anos de 2017 e 2022.

MÉTODO

Estratégia de Pesquisa

A estratégia de pesquisa foi estabelecida de acordo com as etapas sugeridas pelo JBI Manual for Evidence Synthesis (2020) e teve como objetivo localizar estudos primários e secundários publicados e não publicados.

Numa primeira fase procedeu-se a uma pesquisa preliminar nas bases de dados eletrônicas Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), via EBSCO Host e na Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE), via PubMed, de forma a explorar o tema e a identificar os termos e palavras-chave mais comuns contidas no título e resumo dos artigos. Estes termos foram posteriormente adaptados e validados na plataforma de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS).

Seguidamente, foi feita a pesquisa principal nas bases de dados utilizando os termos/palavras previamente identificadas, juntamente com os operadores booleanos (AND E OR). Na base de dados MEDLINE resultou a seguinte equação de pesquisa: ((Self-management*[Title/Abstract]) AND (Child*[Title/Abstract]) AND (Nurs*[All Fields])). Na base de dados CINAHL foi utilizada a equação de pesquisa: ((AB "Self-management*") AND (AB Child*) AND (TX Nurs*)). No apêndice 1 encontra-se descrita a estratégia de pesquisa relativa a cada base de dados.

Por fim, foram consultadas as referências bibliográficas dos artigos selecionados com o intuito de perceber se existiam mais documentos a ser incluídos no estudo.

Seleção das Fontes

Após a pesquisa, todos os estudos identificados foram exportados para o software de apoio bibliográfico selecionado – Mendeley.

O processo de seleção iniciou-se com a exclusão dos estudos repetidos. Seguidamente, com recurso ao software de apoio Rryan Intelligent Systematic Review, foi feita a seleção dos artigos através da leitura e avaliação do título e resumo, tendo em conta os critérios de inclusão pré-definidos.

Posteriormente foi feita a leitura integral dos artigos tendo sido integrados na amostra final aqueles que respeitarem os critérios de inclusão e responderam à questão de investigação.

Extração dos dados

Os dados foram extraídos de acordo com o objetivo e questão de revisão. Foi desenvolvido um instrumento de extração de dados para resumir de forma lógica e descritiva os resultados, tendo em conta o objetivo e a questão de revisão.

A informação recolhida incluiu dados sobre: título, autor, ano de publicação, país, objetivo, desenho, população, antecedentes, atributos, consequentes e fatores relacionados.

Análise e apresentação dos resultados

Os dados extraídos foram sintetizados e analisados através do instrumento de extração de dados construído. Foi realizada uma análise descritiva dos resultados, com uma síntese narrativa e discussão.

RESULTADOS

Tal como apresentado no fluxograma que se segue (Figura 1), após a pesquisa nas bases de dados CINAHL e MEDLINE resultaram 430 artigos. Após serem retirados os duplicados identificaram-se 312 artigos.

Posteriormente procedeu-se à leitura do título e resumo. Após esse procedimento, foram excluídos 244 artigos por não responderem aos critérios de inclusão. Dos 68 artigos resultantes, procedeu-se à leitura integral dos mesmos, tendo sido excluídos 37. Desses, 14 não respeitavam a população do estudo, 9 não abordavam o conceito de auto-gestão, 8 artigos cujo tipo de estudo não se inseria nos critérios de elegibilidade, 3 estudos aos quais não foi possível aceder apesar de terem sido solicitados aos autores, 2 estudos não se inseriam no contexto de cuidados de enfermagem e, por fim, 1 não se incluía nos idiomas pré-definidos.

Resultaram assim, 31 estudos para análise. Após a consulta da bibliografia dos estudos incluídos na revisão não foram adicionados mais estudos à amostra final.

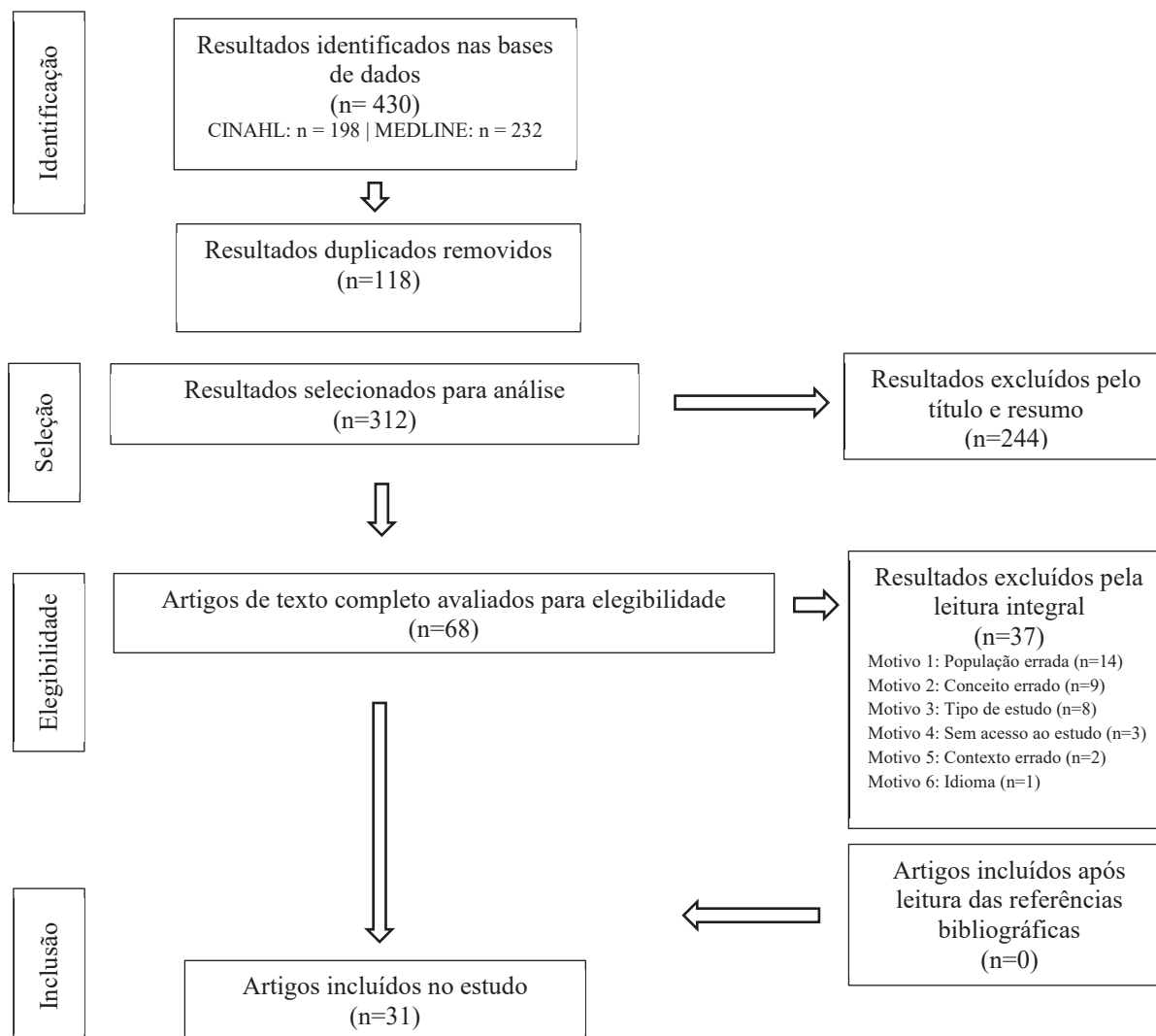


Figura 1: Diagrama de fluxo de Itens de relatórios preferidos para Revisões Sistemáticas e Meta-análises para Scoping Reviews (PRISMA-ScR). Adaptado de Page et al., (2021).

Análise e Discussão dos resultados

Características dos estudos

Os artigos selecionados nesta revisão scoping foram publicados entre os anos de 2017 e 2021, tendo origem em 9 países diferentes, entre eles: Estados Unidos da América (n=12), Coreia do Sul (n=5), Inglaterra (n=4), China (n=3), Canadá (n=2), Austrália(n=2) e, por fim, Portugal (n=1), Irlanda (n=1), e Brasil (n=1). Quanto à sua natureza, 35,5% utilizaram uma metodologia quantitativa, 25,8% eram revisões da literatura, 22,6% recorreram a uma metodologia qualitativa, e, 16,1%, a uma metodologia mista. No apêndice 2, apresentam-se os resultados quanto à identificação do artigo, título, autor, ano de publicação, país, desenho do estudo e objetivos.

Antecedentes, Atributos, Consequentes e Fatores relacionados

Antecedentes do conceito de Auto-Gestão	
1. Doença crônica (n=29)	
• Asma (n= 10) • Obesidade (n=3) • Diabetes (n=4) • Espinha Bífida (n=3) • Cancro (n=2) • Idiopática Juvenil(n=2) • Anemia falciforme (n=2) • Deficiência de acil-CoA desidrogenase de cadeia média (n=1) • Fibrose quística (n=1)	• Elevado absentismo escolar(n=3) • Baixa qualidade de vida associada à saúde (n=3) • Dor (n=2) • Complicações da doença na idade adulta (n=2) • Dificuldade em envolvimento em atividades(n=2) • Necessidades emocionais e psicossociais (n=1) • Sobrecarga familiar (n=1) • Sobrecarga dos sistemas de saúde (n=1) • Distúrbios do sono (n=1) • Isolamento social (n=1) • Regimes de tratamento complexos (n=1) • Baixa adesão ao regime terapêutico (n=1)
2. Baixos dos níveis de atividade física (n= 1)	
3. Controlo da dor (n=1)	

Quadro 1: Antecedentes do conceito de Auto-Gestão

No quadro 1 encontram-se representados os antecedentes do conceito de auto-gestão, que se entendem como as situações, eventos ou fenómenos que ocorrem para que o conceito se operacionalize. Apoiam na compressão do contexto social no qual o conceito é utilizado (*Rodgers, 1989 apud Bousso, Poles e Cruz, 2014*)

Foram identificados como antecedentes do conceito: a gestão de doenças crónicas (93,6%), a diminuição dos níveis de atividade física entre crianças e adolescentes (3,2%) e a necessidade de controlo da dor (3,2%).

As doenças crónicas identificadas nos estudos incluídos nesta revisão foram: a asma, a mais prevalente (n=10), a diabetes (n=4), a obesidade (n=3), a espinha bífida (n=3), o cancro (n=2), a artrite idiopática juvenil (n=2), a anemia falciforme (n=2), a deficiência de acil-CoA desidrogenase de cadeia média (n=1) e a fibrose quística (n=1). Associadas à doença crónica encontram-se a baixa qualidade de vida associada à saúde (n=3), o elevado absentismo escolar (n=3), as dificuldades em envolvimento em atividades (n=2), a dor (n=2), as possíveis complicações da doença na idade adulta (n=2), as necessidades emocionais e psicossociais das crianças e adolescentes (n=1), a sobrecarga familiar (n=1), a sobrecarga dos sistemas de saúde (n=1), o isolamento social (n=1), os distúrbios de sono (n=1), os regimes de tratamento complexos (n=1), e a fraca adesão ao regime terapêutico (n=1).

É assim notória a estreita relação entre o conceito de autogestão e a doença crónica, sendo esta a experiência de vida da criança/adolescente que está mais frequentemente na origem da operacionalização da auto-gestão. A evolução dos cuidados de saúde e o avanço da medicina pediátrica têm possibilitado a sobrevivência e o aumento da esperança média de vida de muitas crianças com doença crónica (Modi et al., 2012), tendo a sua prevalência vindo a aumentar nesta população (Brigden, et al., 2020). As condições complexas de saúde ou doença crónica apresentam um elevado risco de complicações médicas, psicossociais, familiares e de desenvolvimento, sendo este um desafio importante para as crianças/adolescentes e as suas famílias (Lozano e Houtrow, 2018). Neste contexto, o desenvolvimento de competências de autogestão irá permitir que a criança/adolescente e a sua família aprendam a viver, trabalhar e participar ativamente na sociedade, com conhecimento de como gerir a sua condição e como prevenir complicações, tanto a curto como a longo prazo (Malheiro, Gaspar e Barros, 2019).

Por outro lado, no estudo de Huang, Hung, Shyuc, Chang, Chen (2019), foi identificado como antecedente do conceito de auto-gestão o baixo nível de atividade física na população pediátrica. Sabe-se que um estilo de vida fisicamente ativo, pode contribuir para a redução do risco de desenvolvimento de algumas doenças crónicas, bem como, para um crescimento e desenvolvimento saudáveis. Apesar de ser pouco explorado na literatura científica, a integração de comportamentos de auto-gestão, no âmbito da promoção da saúde, no estilo de vida das crianças e adolescentes e da sua família pode levar à mudança de comportamentos e a adoção de comportamentos de saúde (Ryan e Sawin, 2009).

Por fim, num dos estudos incluídos foi identificado como antecedente a necessidade de controlo da dor de crianças e adolescentes, em contexto de pós cirurgia no domicílio (Birnie et al., 2019).

Atributos do Conceito de Auto-Gestão

Adesão ao regime de tratamento (n=14)

- Gestão Terapêutica (n=13)
- Uso adequado de dispositivos médicos (n=1)
- Gestão da dieta (n=1)

Capacidades de Auto-Regulação (n=20)

- Definição de objetivos (n=5)
- Auto-monitorização (n=12)
- Tomada de decisão (n=5)
- Estabelecimento de um plano de ação (n=2)
- Auto-avaliação (n=1)
- Gestão de Sintomas (n=7)
- Gestão de Emoções (n=5)
- Gestão do stress (n=2)

Suporte social (n=13)

- Por profissionais de saúde (n=6)
- Pelos pares (n= 2)
- Através da tecnologia (n=10)
- Por organizações (n=1)

Partilha de papéis/colaboração com os pais (n=11)**Comunicação sobre a doença (n=8)**

- Com profissionais de Saúde (n= 6)
 - Com os pais (n=5)
 - Com os pares (n=2)
 - Com professores (n=2)
-

Mudanças no estilo de vida (n=7)

- Mudanças na Dieta (n= 4)
- Mudança da atividade física (n=2)

Conhecimentos e Crenças (n=9)

- Conhecimentos para agir (n=6)
- Auto-eficácia (n=8)

Resolução de problemas (n=5)**Responsabilidade (n=4)****Auto-Cuidado (n=4)****Participação ativa (n=4)****Consciencialização (n=2)****Prevenção (n=2)****Desenvolvimento de competências (n=2)****Colaboração negociada (n=1)****Auto-controlo (n=1)****Quadro 2:** Atributos do conceito de Auto-Gestão

No quadro 2, encontram-se representados os atributos do conceito de auto-gestão que se definem como palavras e/ou expressões utilizadas com frequência pelos autores para descrever as características do conceito (Rodgers, 1989 *apud* Bousso, Poles e Cruz, 2014).

As capacidades de auto-regulação, entre elas: a capacidade para definição de objetivos (n=5), auto-monitorização (n=12), tomada de decisão (n=5), estabelecimento de um plano de ação (n=2), a auto-avaliação (n=1), a gestão de sintomas (n=7), a gestão de emoções (n=5) e, por fim, a gestão do stress (n=2) foram identificadas em 64,5% dos estudos incluídos nesta revisão.

A auto-regulação, segundo a Teoria de Auto-Gestão Individual e Familiar de Ryan e Sawin (2009), é definida como um processo interativo, no qual as pessoas se envolvem para conseguir uma mudança de comportamentos de saúde e que envolve diversas capacidades. Os atributos do conceito encontrados nesta revisão são congruentes com as capacidades de auto-regulação enumerados nesta teoria (definição de objetivos, a auto-monitorização e pensamento reflexivo, tomada de decisão, planeamento e ação, auto-avaliação e gestão de respostas físicas, emocionais e cognitivas associadas à mudança de comportamento de saúde) (Ryan e Sawin, 2009).

No estudo de Birnie et al. (2019), referente à auto-gestão da dor no período pós-operatório, a definição de objetivos foi identificada como um auxílio para lidar com a incerteza sobre o regresso à normalidade. Neste estudo, um adolescente partilhou relativamente à ideia de definir objetivos individualizados e realistas para cada criança e jovem que: *“Poderia ser útil porque seria uma espécie de desafio para mim (...)”*.

Paralelamente, a adesão ao regime de tratamento, na qual se incluem a gestão terapêutica (n=13), o uso adequado de dispositivos médicos (n=1), bem como, a gestão da dieta (n=1), foi um dos atributos do conceito de auto-gestão identificado com mais frequência, mais concretamente em 45,2% dos estudos.

Por outro lado, o suporte social, identificado em 41,9% dos artigos, é considerado um elemento chave da auto-gestão de saúde. Ocorre dentro das relações e aumenta a capacidade de um indivíduo para mudar (Ryan e Sawin, 2009).

Segundo a teoria de Auto-gestão Individual e Familiar de Ryan e Sawin (2009), o suporte social consiste no apoio emocional, instrumental ou informativo fornecido a uma pessoa ou família com o objetivo explícito de auxiliar ou facilitar o seu envolvimento em comportamentos de saúde. Nos estudos incluídos nesta revisão este suporte foi dado por profissionais de saúde (n=6), pelos pares (n= 2), através da tecnologia (n=10), ou por organizações de apoio à doença (n=1).

Na revisão integrativa da literatura de Camp-Spivey, Logan e Nichols (2021), é destacado o papel fundamental das relações com os pares e das conexões sociais na adoção de comportamentos de auto-gestão. Para além disso, na revisão destes autores, o suporte tecnológico também se revelou uma via promissora para o seu desenvolvimento, tendo seis dos estudos incluídos utilizado a tecnologia para implementar intervenções de autogestão. Os seus participantes relataram satisfação com os componentes tecnológicos e melhoraram os comportamentos de autogestão (Camp-Spivey, Logan e Nichols, 2021). Com o aumento do acesso à tecnologia móvel, este tipo de intervenções tem grande potencial para melhorar os resultados de saúde em crianças e adolescentes com doença crónica (Badawy et al., 2018).

A partilha de papeis entre a criança/adolescente e os seus pais ou cuidadores principais no processo de auto-gestão de uma condição, foi também identificada como atributo do conceito, tendo sido referido em 35.5% dos estudos incluídos.

Na pediatria, a definição do conceito de auto-gestão é particularmente desafiante, uma vez que na realidade, as crianças não têm capacidades cognitivas, motoras, sociais e de vida para gerir a sua saúde de forma totalmente independente (Lozano e Houtrow, 2018). É, portanto, vital a partilha de papéis entre os pais/cuidadores e a criança/adolescente. São vários os estudos que fazem referência a esta característica específica do conceito de auto-gestão, aplicado à idade pediátrica (Choi, Park e Choi, 2021; Piercy, Nutting, e Yap, 2021; Luo, Guo, Yang, Ou e Grey, 2021; Phillips et al., 2021; Kelada et al., 2021; Catarino, Charepe e Festas, 2021; Camp-Spivey, Logan e Nichols, 2021; Pugh, Hemingway, Christianb e Higginbottoma, 2021; Lee, Chen, Wong, Chang, Tsai e Wang, 2018; Buckner, Copeland, Miller e Op't Holt, 2018).

A revisão de Camp-Spivey, Logan e Nichols (2021), acrescenta ainda que a segunda infância e a adolescência são períodos da vida associados a um aumento da independência, mas que o suporte e apoio dado pelos pais são necessários até que estes sejam completamente autónomos, sendo para isso fundamental fomentar e manter a sua relação.

Na revisão scoping de Catarino, Charepe e Festas (2021) sobre a promoção da Auto-gestão da Doença Crónica nas Crianças e Adolescente, salientou-se que os termos apoio e suporte foram frequentemente associados ao conceito de auto-gestão. Os resultados do estudo corroboram assim os resultados obtidos nesta revisão, reforçando que a auto-gestão na pediatria é um processo apoiado e que a partilha de papéis entre criança/adolescentes e figuras parentais/cuidadores é essencial.

Num consenso de 2019, foi estudado o conceito de “auto-gestão apoiada”, que tem em consideração que as crianças se encontram em constante desenvolvimento e que, especialmente as mais pequenas, não podem gerir a sua condição de saúde sozinhas (Saxby, et al., 2019). Tal como referem Lozano e Houtrow (2018), as crianças dependem total ou parcialmente dos pais/cuidadores para os seus cuidados, o que significa que os cuidados pediátricos envolvem, quase sempre, mais do que um agente de auto-gestão.

Os conhecimentos e crenças, onde se incluem o conhecimento para agir (n=6) e a auto-eficácia (n=8) foram também identificados como atributos do conceito, em 29% dos estudos.

A auto-eficácia é um importante componente da auto-gestão (Bravo et al., 2020; Camp-Spivey, Logan e Nichols, 2021), sendo definida como o grau de confiança do indivíduo na sua capacidade para se envolver com sucesso num determinado comportamento (Ryan e Sawin, 2009). Segundo Bandura (1997) *apud* Bravo et al. (2020) consiste na confiança que a pessoa tem nas suas capacidades para gerir adequadamente a sua doença.

Na revisão de Camp-Spivey, Logan e Nichols (2021) constatou-se que incorporação da promoção da auto-eficácia em intervenções de autogestão esteve na origem de melhores resultados de saúde para crianças e adolescentes com doenças crônicas. Os resultados encontrados na revisão sistemática da literatura de Lercha e Thraneb (2019) corroboram esta ideia. Num dos estudos incluídos nesta revisão, os adolescentes atribuem um papel importante aos conhecimentos sobre a doença e à auto-eficácia na auto-gestão da sua doença.

Acrescentam-se aos atributos incluídos a capacidade de comunicação sobre a doença (em 25,8% dos estudos), com os pais, profissionais de saúde, com os pares e com professores, bem como, as mudanças no estilo de vida, em 22,6% dos estudos, nomeadamente na dieta (n= 4) e na atividade física (n=2).

No estudo qualitativo de Kelada et al. (2021), que explorou as experiências das crianças com asma relativamente à gestão da sua doença, foi descrito pelas mesmas que encontravam segurança junto dos pais ao alertá-los sobre os seus sintomas.

A importância da comunicação direta entre crianças/adolescentes e profissionais de saúde foi também reforçada (Luo, Guo, Yang, Ou e Grey, 2021; Phillips et al., 2021; Lercha e Thraneb, 2019; Birnie et al., 2019; Buckner, Copeland, Miller, Op't Holt, 2018; Lee, Chen, Wong, Chang, Tsai, Wang, 2018). No estudo de Birnie et al. (2019) foi sugerido por alguns adolescentes, como forma de melhoria de uma aplicação de telemóvel de auto-gestão, a criação de um chat para facilitar a comunicação com os profissionais: *“Talvez um sistema de chat para se [pacientes] tiverem dúvidas puderem facilmente questionar a equipa [do hospital](...)”*.

As mudanças no estilo de vida traduzem-se em escolhas de vida diária que permitem à criança/família atingir os objetivos a que se propuseram, sendo fundamentais no processo de auto-gestão de uma condição de saúde. Estas mudanças podem também ser importantes para o controlo de sintomas, nomeadamente da dor, como se constatou num estudo com jovens com artrite idiopática juvenil: *“Para a maioria dos adolescentes, o controlo da dor e do desconforto foi alcançado reduzindo ou alternando algumas atividades”* (O’Sullivan, O’Higgins, Caes, Saetes, McGuire e Stinson, 2018).

Por fim, destacam-se como atributos do conceito a capacidade de resolução de problemas (n=5), bem como, a responsabilidade pela auto-gestão da sua condição de saúde(n=4), o auto-cuidado (n=4), a participação ativa na gestão da saúde (n=3), a consciencialização sobre a doença (n=2), a prevenção (n=2), o desenvolvimento de competências (n=2), o auto-controlo (n=1), e a colaboração negociada entre a criança, família e profissionais de saúde (n=1).

A responsabilidade pela auto-gestão de uma condição de saúde, nomeadamente por uma doença crónica, foi referida em 12,9% dos estudos. Os estudos incluídos referem-se a uma responsabilidade inicialmente partilhada com os pais, que se torna progressivamente maior à medida que as crianças/adolescentes crescem e desenvolvem competências de auto-gestão. Reforçam ainda, que a transferência de responsabilidade é, muitas vezes, um desafio tanto para os pais como para os filhos (Piercy, Nutting, e Yap, 2021; Lercha e Thraneb, 2019; Buckner, Copeland, Miller, Op't Holt, 2018; Nichols, Miller, Treiber, Ruggiero, Dawley, Teufel, 2020).

Consequentes do Conceito de Auto-Gestão	
Controlo da doença crónica (n=13)	Adoção de comportamentos de saúde (n=3)
• Diminuição dos sintomas (n=6)	Adesão ao tratamento (n=3)
• Diminuição das agudizações da doença (n=2)	Diminuição dos distúrbios de sono (n=2)
• Diminuição do risco de complicações (n=2)	Maior participação nas atividades de vida diária (n=2)
Aumento da qualidade de vida associada à saúde (n=8)	Diminuição do número de internamentos (n=2)
Aumento da auto-eficácia (n=6)	Melhorias na comunicação sobre a doença (n=2)
Maior envolvimento em atividades (n=6)	Aumento da responsabilidade (n=1)
Aumento do conhecimento sobre a gestão da doença (n=5)	Diminuição dos custos associados à saúde (n=1)
Diminuição das ausências escolares (n=4)	Aumento da satisfação (n=1)
Autonomia (n=4)	Transição eficaz para os serviços de adulto (n=1)
Diminuição das idas ao serviço de urgência (n=4)	Melhoria da gestão diária dos cuidados (n=1)
Aumento dos comportamentos de auto-gestão (n=4)	Auto-controlo (n=1)
	Cumprimento de objetivos (n=1)

Quadro 3: Consequentes do conceito de Auto-Gestão

No quadro 3, encontram-se representados os consequentes do conceito de auto-gestão que representam os eventos ou situações resultantes da sua utilização (Rodgers, 1989 *apud* Bousso, Poles e Cruz, 2014).

Os consequentes encontrados traduzem-se nos resultados que advêm da aplicação do conceito da auto-gestão. Segundo Ryan e Sawin (2009), o envolvimento no processo de auto-gestão manifesta-se em resultados positivos a nível individual e familiar o que contribuirá para a melhoria dos resultados ao nível do sistema de saúde.

Dois dos consequentes mais identificados nos estudos incluídos foram: o controlo da doença crónica, em 41,9% dos estudos e, o aumento da qualidade de vida associada à saúde, em 25,8% dos estudos.

Os restantes consequentes identificados foram: o aumento da auto-eficácia (19,4%), um maior envolvimento em atividades (n=19,4%), o aumento do conhecimento sobre a gestão doença (16,1%), diminuição das ausências escolares (n=12,9%), autonomia (12,9%), diminuição das idas ao serviço de urgência (12,9%), comportamentos de auto-gestão (12,9%), a adoção de comportamentos de saúde (9,7%), adesão ao tratamento (n=9,7%), maior participação nas atividades de vida diária (6,5%), diminuição do número de internamentos (6,5%), diminuição dos distúrbios de sono (6,5%), melhorias na comunicação sobre a doença (6,5%), aumento da responsabilidade (3,2%), diminuição dos custos associados à saúde (3,2%), aumento da satisfação da criança e família (3,2%), uma transição eficaz para os serviços de adulto (3,2%), melhoria da gestão diária dos cuidados (3,2%), auto-controlo (3,2%) e cumprimento de objetivos (3,2%).

O envolvimento em comportamentos de auto-gestão pode implicar inúmeros benefícios para a criança/adolescente a família, tanto a curto como a longo prazo, e nas várias dimensões da sua vida, tanto ao nível da saúde como a nível familiar, escolar e de lazer

Fatores relacionados ao conceito de Auto-Gestão	
Educação para a auto-gestão da doença (n=14)	Fatores Individuais (n=7)
Contexto físico e social (n=9)	• Idade (n=1)
• Apoio escolar (n=3)	• Nível de desenvolvimento (n=6)
• Acesso aos serviços de saúde (n=2)	Fatores específicos da condição (n=1)
• Apoio domiciliário (n=1)	• Gravidade da condição (n=1)
• Apoio da comunidade (n=2)	Plano de cuidados (n=2)
• Apoio do Sistema de Saúde (n=2)	Equipa interprofissional (n=1)
• Apoios sociais (n=1)	
• Aceitação social (1)	
• Contexto económico (n=1)	

Quadro 4: Fatores relacionados ao conceito de Auto-Gestão

Por fim, no quadro 4 encontram-se representados os fatores relacionados ao conceito de auto-gestão na pediatria. Os fatores relacionados influenciam de alguma forma o envolvimento da criança/adolescente no processo de auto-gestão.

A educação para a auto-gestão foi identificada em 45,2% dos estudos como tendo um impacto positivo no desenvolvimento de conhecimentos e competências de autogestão nas crianças e adolescentes.

No estudo de Saxbya, Beggsb, Battersbya e Lawna (2018), as intervenções de educação de autogestão em crianças com asma, diabetes mellitus tipo 1 e fibrose quística contribuíram para que estas desenvolvessem competências, atitudes e comportamentos eficazes para gerir a sua saúde. Neste estudo foram identificadas várias abordagens de ensino, com base no nível de desenvolvimento da criança/adolescente.

Para bebês e crianças na primeira infância as intervenções educacionais foram direcionadas aos pais/famílias. Na segunda infância, as intervenções tornaram-se mais centradas na criança e promoveram a sua autonomia, recorrendo-se por exemplo ao brincar. Por outro lado, as intervenções com adolescentes deram maior ênfase à comunicação, resolução de problemas e divisão de papéis (Saxby, Beggsb, Battersby e Lawna, 2018).

Foi também identificado como fator relacionado ao conceito de auto-gestão, o contexto em que as crianças/adolescentes se inserem. Segundo a teoria de médio alcance de Ryan e Sawin (2009), o contexto tem influência no envolvimento individual e familiar no processo de auto-gestão, bem como, nos resultados.

Incluem-se nos fatores contextuais, que podem ser protetores ou de risco, os fatores ambientais, físicos e sociais (nos quais se incluem fatores como o acesso aos serviços de saúde, a transição de um ambiente para outro, o acesso a transportes, o bairro, a escola, a cultura ou classe social), os fatores individuais e familiares (características do indivíduo e família, nomeadamente o seu estadió de desenvolvimento, status cognitivo, perspetivas, literacia e capacidades) e, por fim, os fatores específicos da condição (características fisiológicas, estruturais ou funcionais da condição, o seu tratamento ou a prevenção) (Ryan e Sawin, 2009).

O contexto físico e social da criança/adolescente foi identificado em 29% dos estudos. Neste incluíram-se o apoio escolar fornecido (n=3), o acesso aos serviços de saúde (n=2), o apoio domiciliário (n=1), o apoio da comunidade (n=2), o apoio do sistema de saúde (n=2), os apoios sociais (n=1), a aceitação social (1) e o contexto económico (n=1).

Foram também identificados os fatores individuais da criança/adolescente, em 22,6% dos estudos, nas quais se incluíram a idade (n=1) e o nível de desenvolvimento (n=6), bem como, os fatores específicos da condição, em 3,2% dos estudos, nos quais se incluiu a gravidade da condição (n=1).

Intervir perante os fatores contextuais poderá promover condições que apoiem a auto-gestão da criança e adolescente, bem como, diminuir riscos.

Ainda no campo do contexto, destaca-se que a influência do grau de desenvolvimento da criança/adolescente no processo de auto-gestão foi identificada em 19,4% dos artigos. Segundo Catarino, Charepe e Festas (2021) a auto-gestão requer adaptação gradual, devido ao desenvolvimento das competências cognitivas e motoras que ocorrem durante o período da infância e adolescência.

Kelada et al. (2021) reforçam esta ideia, alertando que o grau de desenvolvimento da criança pode explicar alguns dos seus comportamentos na gestão da sua doença, nomeadamente na gestão da terapêutica: *“(...) pode explicar o porquê das crianças no nosso estudo serem reativas na gestão da asma, tendo iniciado a gestão da mesma assim que os sintomas surgiram. Têm dificuldade em compreender o porquê de ser necessário tomar medicação quando se sentem bem e sem sintomas ativos.”* De acordo com os estádios de desenvolvimento de Piaget, crianças com idades entre os 7 e 11 anos são pensadores lógicos, não tendo ainda desenvolvido a capacidade de pensar no abstrato e no hipotético (Piaget, 1952 *apud* Kelada et al., 2021). Assim, crianças com esta idade, podem não ter desenvolvido ainda competências cognitivas, físicas e psicossociais para antecipar ou prevenir sintomas de forma autónoma e proativa (Kelada et al., 2021).

No estudo de Saxbya, Beggsb, Battersbya e Lawna (2018), que tinha como objetivo principal mapear os componentes de intervenções educacionais eficazes para a promoção da auto-gestão junto de crianças e adolescentes, concluiu-se que um dos componentes identificado passou pela adaptação das intervenções à sua idade/estádio de desenvolvimento.

Lozano e Houtrow (2018), corroboram os resultados desta revisão, afirmando que a capacidade das crianças e adolescentes para a autogestão se encontra em constante desenvolvimento e que os cuidados prestados a esta população devem ter em consideração esta particularidade.

Por fim, foram também identificados como fatores relacionados ao conceito de auto-gestão, a existência de uma equipa interprofissional e de um plano de cuidados elaborado por profissionais de saúde de forma individualizada a cada criança/adolescente.

No apêndice 3, apresentam-se os resultados em pormenor quanto aos antecedentes, atributos, consequentes e fatores relacionados ao conceito de auto-gestão de saúde da criança e do adolescente.

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Com a realização da presente scoping review procurou-se mapear o conhecimento científico sobre o conceito de auto-gestão, em contexto de cuidados de enfermagem, em crianças e adolescentes.

De forma a dar resposta à questão de investigação definida procurou-se identificar na literatura os antecedentes, atributos e consequentes do conceito, bem como, os fatores relacionados ao mesmo. Os resultados obtidos contribuíram para uma melhor compreensão do conceito de auto-gestão na idade pediátrica, o que poderá ser útil na orientação da prática de cuidados e para o desenvolvimento da disciplina de enfermagem.

Pode-se concluir com esta revisão scoping que a auto-gestão na pediatria se encontra intimamente relacionada com a doença crónica, sendo esta a experiência de vida da criança/adolescente que precede frequentemente a operacionalização do conceito.

Por outro lado, foram identificados como elementos-chave e características do conceito de auto-gestão, o desenvolvimento de capacidades de auto-regulação, a adesão ao regime de tratamento, o suporte social, a partilha de papéis entre a criança e os pais/cuidadores, a capacidade de comunicação sobre a doença com pais, profissionais de saúde, pares e professoras, as mudanças no estilo de vida, o conhecimento e crenças sobre a sua condição, bem como, a capacidade de resolução de problemas, a responsabilidade pela gestão da sua saúde, o auto-cuidado, a participação ativa e consciencialização sobre a sua condição, a prevenção, o desenvolvimento de competências, a colaboração negociada e o auto-controlo.

Os atributos identificados são congruentes com a definição do diagnóstico de enfermagem de Auto-gestão de Saúde, segundo a classificação NANDA, que define a capacidade para melhorar a auto-gestão como: *“Padrão satisfatório de gestão de sintomas, regime de tratamento, consequências físicas, psicosociais e espirituais, e mudanças na vida, inerentes à vivência com uma doença crónica.”* (NANDA International, 2021).

A partilha de papéis/colaboração entre as crianças/adolescentes e os seus pais/cuidadores, bem como, a responsabilidade partilhada, muito específicas da idade pediátrica, destacaram-se como atributos do conceito de auto-gestão, sendo elementos fundamentais para que este se operacionalize.

Por outro lado, a capacidade de comunicação sobre a doença foi outro dos atributos identificados, no entanto, não consta na definição do diagnóstico de enfermagem, nem nas suas características definidoras. No futuro, seria interessante estudar a possibilidade da sua inclusão no mesmo, e assim, contribuir para a melhoria dos resultados.

Por fim, com esta revisão scoping pode-se concluir que o envolvimento em comportamentos de auto-gestão está associado a diversos benefícios para a criança/adolescente, tanto a curto como a longo prazo, e nas várias dimensões da sua vida. Os enfermeiros têm um papel fundamental no apoio e na educação para a auto-gestão de saúde, podendo reduzir riscos e promover condições que a apoiem.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não existiram quaisquer conflitos de interesse durante todo o processo de realização desta scoping review.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Badawy, S. M., Cronin, R. M., Hankins, J., Crosby, L., DeBaun, M., Thompson, A. A., Shah, N., & Shah, N. (2018). Patient-Centered eHealth Interventions for Children, Adolescents, and Adults With Sickle Cell Disease: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(7), 5–17. <https://doi.org/10.2196/10940>
2. Bayless, A. K., Wyatt, T. H., & Raynor, H. (2021). Obese-Asthma Phenotype Self-Management: A Literature Review. *Journal of Pediatric Nursing*, 60, 154–163. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.04.027>
3. Birnie, K. A., Campbell, F., Nguyen, C., Lalloo, C., Tsimicalis, A., Matava, C., Cafazzo, J., & Stinson, J. (2019). iCanCope PostOp: User-centered design of a smartphone-based app for self-management of postoperative pain in children and adolescents. *JMIR Formative Research*, 3(2), 1–15. <https://doi.org/10.2196/12028>
4. Bousso, R. S., Poles, K., & Da Cruz, D. de A. L. M. (2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Revista Da Escola de Enfermagem*, 48(1), 141–145. <https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018>
5. Bravo, L., Killela, M. K., Reyes, B. L., Santos, K. M. B., Torres, V., Huang, C. C., & Jacob, E. (2020). Self-Management, Self-Efficacy, and Health-Related Quality of Life in Children With Chronic Illness and Medical Complexity. *Journal of Pediatric Health Care*, 34(4), 304–314. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.11.009>
6. Brigden, A., Anderson, E., Linney, C., Morris, R., Parslow, R., Serafimova, T., Smith, L., Briggs, E., Loades, M., & Crawley, E. (2020). Digital behavior change interventions for younger children with chronic health conditions: Systematic review. In *Journal of Medical Internet Research* (Vol. 22, Issue 7). <https://doi.org/10.2196/16924>
7. Buckner, E. B., Copeland, D. J., Miller, K. S., & Op'T Holt, T. (2018). School-based interprofessional asthma self-management education program for middle school students: A feasibility trial. *Progress in Community Health Partnerships: Research, Education, and Action*, 12(Special Issue), 45–59. <https://doi.org/10.1353/cpr.2018.0020>
8. Camp-Spivey, L. J., Logan, A., & Nichols, M. (2021). Theoretical and contextual considerations for self-management strategies of children and adolescents with chronic diseases: An integrative review. *Journal of Child Health Care : For Professionals Working with Children in the Hospital and Community*, 13674935211013696. <https://doi.org/10.1177/13674935211013697>
9. Catarino, M., Charepe, Z., & Festas, C. (2021). Promotion of Self-Management of Chronic Disease in Children and Teenagers: Scoping Review. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(12). <https://doi.org/10.3390/healthcare9121642>
10. Choi, E. K., Jung, E., Bae, E., Ji, Y., & Lee, A. (2020). Two-Step Integrative Education Program and mHealth for Korean Children with Spina Bifida: A Quasi-Experimental Pre-Post Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, e92–e99. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.006>
11. Choi, E. K., Jung, E., Ji, Y., & Bae, E. (2019). A 2-Step Integrative Education Program and mHealth for Self-Management in Korean Children with Spina Bifida: Feasibility Study. *Journal of Pediatric Nursing*, 49, e54–e62. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.09.002>

12. Choi, J., Park, Y. C., & Choi, S. (2021). based on the information-motivation-behavioral skills model. 27(1), 13–23.
13. de Cássia Sparapani, V., Liberatore, R. D. R., Damião, E. B. C., de Oliveira Dantas, I. R., de Camargo, R. A. A., & Nascimento, L. C. (2017). Children With Type 1 Diabetes Mellitus: Self-Management Experiences in School. *Journal of School Health*, 87(8), 623–629. <https://doi.org/10.1111/josh.12529>
14. Fernandes, J. C., Biskupiak, W. W., Brokaw, S. M., Carpenedo, D., Loveland, K. M., Tysk, S., & Vogl, S. (2019). Outcomes of the Montana Asthma Home Visiting Program: A home-based asthma education program. *Journal of Asthma*, 56(1), 104–110. <https://doi.org/10.1080/02770903.2018.1426766>
15. Galvão, M. T. dos R. L. S., & Janeiro, J. M. da S. V. (2013). Self-care in nursing: self-management, self-monitoring, and the management of symptoms as related concepts. *Remex: Revista Mineira de Enfermagem*, 17(1), 225–230. <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20130019>
16. Harris, K., Kneale, D., Lasserson, T., McDonald, V. M., Grigg, J., & Thomas, J. (2019). School-based asthma self-management interventions for children and adolescents with asthma. *Paediatric Respiratory Reviews*, 31, 40–42. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2019.06.005>
17. Horner, S. D., Timmerman, G. M., & McWilliams, B. C. (2018). Feasibility study of a combined lifestyle behaviors and asthma self-management intervention for school-aged children. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 23(3). <https://doi.org/10.1111/jspn.12224>
18. Huang, S., Hung, W., Shyu, M.-L., Chang, K., & Chen, C.-K. (2019). Web-based intervention to promote physical activity in Taiwanese children. *Journal of Pediatric Nursing*, 45, e35–e43. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.12.016>
19. Isik, E., Fredland, N. M., Young, A., & Schultz, R. J. (2021). A School Nurse–Led Asthma Intervention for School-Age Children: A Randomized Control Trial to Improve Self-Management. *Journal of School Nursing*, 37(6), 480–490. <https://doi.org/10.1177/1059840520902511>
20. Joanna Briggs Institute. (2020). JBI Manual for Evidence Synthesis (Chapter 11: Scoping Reviews). Obtido de <https://synthesismanual.jbi.global>.
21. Kelada, L., Molloy, C. J., Hibbert, P., Wiles, L. K., Gardner, C., Klineberg, E., Braithwaite, J., & Jaffe, A. (2021). Child and caregiver experiences and perceptions of asthma self-management. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 31(1), 42. <https://doi.org/10.1038/s41533-021-00253-9>
22. Kneale, D., Harris, K., McDonald, V. M., Thomas, J., & Grigg, J. (2019). Effectiveness of school-based self-management interventions for asthma among children and adolescents: findings from a Cochrane systematic review and meta-analysis. *Thorax*, 74(5), 432–438. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211909>
23. Lee, S., Chen, B., Wong, S., Chang, S., Tsai, M., & Wang, R. (2018). Psychometric testing of the short-form Chinese version of the self-management for adolescents with type 1 diabetes scale. *Research in Nursing & Health*, 41(6), 563–571. <https://doi.org/10.1002/nur.21910>
24. Lerch, M. F., & Thrane, S. E. (2019). Adolescents with chronic illness and the transition to self-management: A systematic review. *Journal of Adolescence*, 72, 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2019.02.010>

25. Linder, L. A., Bratton, H., Nguyen, A., Parker, K., & Wawrzynski, S. E. (2018). Symptoms and self-Management strategies identified by children with cancer using draw-and-Tell interviews. In *Oncology Nursing Forum* (Vol. 45, Issue 3, pp. 290–300). <https://doi.org/10.1188/18.ONF.290-300>
26. Lorig, K. R., Holman, H. R., & Med, A. B. (2003). Self-Management Education : History , Definition , Outcomes and Mechanisms.
27. Lozano, P., & Houtrow, A. (2018). Supporting self-management in children and adolescents with complex chronic conditions. *Pediatrics*, 141, S233–S241. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-1284H>
28. Luo, J., Guo, J., Yang, J., Ou, X., & Grey, M. (2021). Parent–Child Relationship Quality as a Mediator of the Association between Perceived Stress and Diabetes Self-Management in Adolescents With Type 1 Diabetes. *Journal of Family Nursing*, 27(1), 73–82. <https://doi.org/10.1177/1074840720971584>
29. Malheiro, M. I. D. da C., Gaspar, M. F., & Barros, L. (2019). Programa de educação para a autogestão em adolescentes com Spina Bífida: o que dizem os jovens e seus cuidadores. *Cogitare Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.5380/ce.v24i0.62222>
30. Modi, A. C., Pai, A. L., Hommel, K. A., Hood, K. K., Cortina, S., Hilliard, M. E., Guilfoyle, S. M., Gray, W. N., & Drotar, D. (2012). Pediatric self-management: A framework for research, practice, and policy. In *Pediatrics* (Vol. 129, Issue 2). <https://doi.org/10.1542/peds.2011-1635>
31. NANDA International. (2021). NANDA International, Inc. nursing diagnoses : definitions and classification (T. H. Herdman, S. Kamitsuru, & C. T. Lopes (eds.); 12th ed.).
32. Nichols, M., Miller, S., Treiber, F., Ruggiero, K., Dawley, E., & Teufel, R. (2020). Patient and parent perspectives on improving pediatric asthma self-management through a mobile health intervention: pilot study. *JMIR Formative Research*, 4(7), 1–13. <https://doi.org/10.2196/15295>
33. O’Sullivan, G., O’Higgins, S., Caes, L., Saetes, S., McGuire, B. E., & Stinson, J. (2018). Self-management needs of Irish adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA): How can a Canadian web-based programme meet these needs? *Pediatric Rheumatology*, 16(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12969-018-0287-0>
34. Page, M., McKenzie, J., Bossuyt, P., & al., e. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *The BMJ*(71), 1-8.
35. Park, B. K., Kim, J. Y., & Rogers, V. E. (2020). Development and Usability Evaluation of a Facebook-Based Intervention Program for Childhood Cancer Patients: Mixed Methods Study. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.2196/18779>
36. Phillips, S., Kanter, J., Mueller, M., Gullledge, A., Ruggiero, K., Johnson, M., & Kelechi, T. J. (2021). Feasibility of an mHealth self-management intervention for children and adolescents with sickle cell disease and their families. *Translational Behavioral Medicine*, 11(3), 724–732. <https://doi.org/10.1093/tbm/ibaa132>
37. Piercy, H., Nutting, C., & Yap, S. (2021). “It’s Just Always Eating”: The Experiences of Young People Growing up Medium Chain Acyl-coA Dehydrogenase Deficiency. *Global Qualitative Nursing Research*, 8, 23333936211032204. <https://doi.org/10.1177/23333936211032203>
38. Pugh, P., Hemingway, P., Christian, M., & Higginbottom, G. (2021). Children’s, parents’, and other stakeholders’ perspectives on the factors influencing the initiation of early dietary change in the

- management of childhood chronic disease: a mixed studies systematic review using a narrative synthesis. *Patient Education and Counseling*, 104(4), 844–857. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2020.09.021>
39. Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*, 57(4), 217–225. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
 40. Saxby, N., Beggs, S., Battersby, M., & Lawn, S. (2019). What are the components of effective chronic condition self-management education interventions for children with asthma, cystic fibrosis, and diabetes? A systematic review. In *Patient Education and Counseling* (Vol. 102, Issue 4, pp. 607–622). Elsevier Ireland Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.11.001>
 41. Saxby, N., Ford, K., Beggs, S., Battersby, M., & Lawn, S. (2019). Patient Education and Counseling Developmentally appropriate supported self-management for children and young people with chronic conditions : A consensus. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.029>
 42. Stinson, J. N., Laloo, C., Hundert, A. S., Campillo, S., Cellucci, T., Dancey, P., Duffy, C., Ellsworth, J., Feldman, B. M., Huber, A. M., Johnson, N., Jong, G., Oen, K., Rosenberg, A. M., Shiff, N. J., Spiegel, L., Tse, S. M. L., Tucker, L., & Victor, J. C. (2020). Teens Taking Charge: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Self-Management Program With Telephone Support for Adolescents With Juvenile Idiopathic Arthritis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(7), N.PAG-N.PAG. <https://doi.org/10.2196/16234>
 43. Unicef. (2019). Convenção sobre os direitos da criança. In *El cincuentenario de los Pactos Internacionales de Derechos Humanos de la ONU*. <https://doi.org/10.2307/j.ctt2111g8r.107>
 44. World Health Organization. (1986). *Young People's Health – a Challenge for Society*. Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva
 45. Yun, H. J., & Kim, H. S. (2017). Self-management behaviors of children with Spina Bifida. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(1), 15–21. <https://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000223>

APÊNDICE 1

Tabela 1: Estratégia de Pesquisa MEDLINE

Search	Query	Records retrieved
#1	Self-management*[[Title/Abstract]	10,689
#2	Child*[Title/Abstract]	349,830
#3	Nurs*[All Fields]	219,802
	#1 AND #2 AND #3	232
Filters applied: 5 years, English, Portuguese, Spanish.		
MEDLINE, via PUBMED 30/1/2022		

Tabela 2: Estratégia de Pesquisa CINAHL Complete

Search	Query	Records retrieved
#1	AB (“Self-management”)	4,783
#2	AB (Child*)	128,154
#3	TX (Nurs*)	301, 438
	#1 AND #2 AND #3	198
Filters applied: 5 years, English, Portuguese, Spanish.		
CINAHL Complete 30/01/2022		

APÊNDICE 2

Tabela 3: Resultados quanto à identificação do artigo, título, autor, ano de publicação, país, desenho do estudo e objetivos.

	Título, autor,ano de publicação e país	Objetivo	Desenho do Estudo	População
E1	Obese-Asthma Phenotype Self-Management: A Literature Review Bayless, Wyatt & Raynor,2021 USA	Sintetizar criticamente o conhecimento científico produzido sobre programas de auto-gestão para crianças com asma e obesidade	Revisão da Literatura	15 estudos, que têm como população crianças e adolescentes com diagnóstico de asma e obesidade (0-18 anos)
E2	Theoretical and contextual considerations for self-management strategies of children and adolescents with chronic diseases: An integrative review Camp-Spivey, Logan e Nichols, 2021 USA	Avaliar criticamente e sintetizar estudos publicadas para conhecer quais as estratégias de autogestão de crianças e adolescentes com doença crônica	Revisão Integrativa da Literatura.	11 estudos, que têm como população crianças entre os 10 e 17 anos com doença crônica
E3	Promotion of Self-Management of Chronic Disease in Children and Teenagers: Scoping Review Catarino, Charepe e Festas, 2021 Portugal	Mapear na literatura científica a natureza e a extensão das intervenções promotoras da auto-gestão da doença crônica, implementadas e avaliadas em contextos de cuidados de saúde prestados à criança e adolescente.	Revisão Scoping	23 estudos que têm como população crianças e adolescentes, com idades entre os 6 e 18 anos, com doença crônica
E4	Development of a mobile-based self-management health alarm program for obese children in South Korea and a test of its feasibility for metabolic outcomes: A study based on the information-motivation-behavioral skills model Choi, Park e Choi, 2021 Coreia do Sul	Desenvolver e testar a viabilidade e eficácia de um programa de auto-gestão de saúde baseado em dispositivos móveis, com base no modelo de competências de informação-motivação-comportamento, com vista a modificar o estilo de vida de crianças com obesidade.	Estudo quantitativo, quase experimental	Crianças com idade entre os 10 e 12anos com índice de massa corporal maior ou igual a 95%.
E5	A School Nurse–Led Asthma Intervention for School-Age Children: A Randomized Control Trial to Improve Self-Management Isik, Fredland, Young e Schultz, 2021 USA	Conhecer a eficácia de uma intervenção teórica liderada por enfermeiros escolares nos sintomas e autogestão da asma.	Estudo quantitativo, Ensaio Clínico Randomizado	Csrianças com asma, com idades entre os 7 e 12 anos.
E6	Child and caregiver experiences and perceptions of asthma self- management Kelada et al., 2021 Austrália	Explorar as experiências e a perspetiva das crianças com asma e dos seus cuidadores e a forma como gerem os sintomas, terapeutica e prevenção da doença dentro e fora de casa.	Estudo qualitativo	Crianças com diagnóstico médico de asma, com idade entre 6 e 11 anos.
E7	Parent–Child Relationship Quality as a Mediator of the Association between Perceived Stress and Diabetes Self-Management in Adolescents With Type 1 Diabetes Luo, Guo, Yang, Ou e Grey, 2021 China	Investigar o impacto da relação pais-criança na qualidade da auto-gestão de adolescentes com diabetes	Estudo quantitativo, correlacional descritivo.	Adolescentes entre os 13 e 18 anos, com diabetes tipo 1.
E8	Feasibility of an mHealth self-management intervention for children and adolescents with sickle cell disease and their families. Phillips et al., 2021 USA	Avaliar a viabilidade da intervenção de autogestão mHealth (aplicação) Voice Crisis Alert V2 para crianças com Doença Falciforme e famílias.	Estudo quantitativo	Crianças com idade entre os 0 e 17 anos com Doença falciforme.
E9	“It’s Just Always Eating”: The Experiences of Young People Growing up Medium Chain Acyl-coA Dehydrogenase Deficiency Piercy, Nutting, e Yap, 2021 Inglaterra	Explorar as experiências dos jovens ao viver com deficiência de acil-CoA desidrogenase de cadeia média e de gerir a sua condição de saúde	Estudo qualitativo, descritivo.	Participantes com idades entre os 10 a 15 anos, com deficiência de acil-CoA desidrogenase de cadeia média
E10	Children’s, parents’, and other stakeholders’ perspectives on the factors influencing the initiation of early dietary change in the management of childhood chronic disease: a mixed studies systematic review using a narrative synthesis. Pugha, Hemingwaya, Christianb e Higginbottoma, 2021 Inglaterra	Explorar os fatores que influenciam o início da mudança alimentar precoce na gestão de doenças crônicas infantis.	Revisão sistemática da literatura.	6 artigos cuja população era composta por crianças com idade igual ou inferior a 16 anos
E11	Self-management, Self-efficacy and Health-related Quality Of Life In Children with Chronic Illness and Medical Complexity Bravo et al., 2020 USA	Avaliar as percepções da criança e dos pais sobre auto-gestão, autoeficácia e qualidade de vida associada à saúde.	Estudo quantitativo transversal	Crianças com idades entre os 8 e 17 anos.
E12	Two-Step Integrative Education Program and mHealth for Korean Children with Spina Bífida: A Quasi-Experimental Pre-Post Study Choi, Jung, Bae, Ji e Lee, 2020 Coreia do Sul	Investigar o efeito de um programa de auto-gestão em crianças com espinha bífida.	Estudo misto	Crianças com espinha bífida, com idades entre os 7 e 12 anos
E13	Patient and Parent Perspectives on Improving Pediatric Asthma Self-Management Through a Mobile Health Intervention: Pilot Study Nichols1, Miller, Treiber, Ruggiero, Dawley,Teufel 2020 USA	Explorar as percepções de jovens com asma de alto risco e dos seus cuidadores sobre o uso da aplicação-Smartphone Asthma Management System.	Estudo qualitativo	Crianças e adolescentes, com idades entre 8 e 17 anos, com asma de alto risco.

E14	Development and Usability Evaluation of a Facebook-Based Intervention Program for Childhood Cancer Patients: Mixed Methods Study Park, Kim e Rogers, 2020 Coreia do Sul	Descrever o processo de desenvolvimento do programa educacional para adolescentes com cancro - "Healthy Teens for Soam" e avaliar a sua utilidade.	Estudo Misto	Adolescentes com cancro com idades entre os 13 e 18 anos
E15	Teens Taking Charge: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Self-Management Program With Telephone Support for Adolescents With Juvenile Idiopathic Arthritis Stinson et al., 2020 Canadá	Avaliar a eficácia da intervenção de auto-gestão – "Teens Taking Charge" baseada na redução de sintomas e melhoria da qualidade de vida relacionada à saúde, em adolescentes com artrite idopática juvenil.	Estudo quantitativo, quasi-experimental	Adolescentes com artrite idiopática juvenil com idades entre os 12 e 17,9 anos.
E16	iCanCope PostOp: User-Centered Design of a Smartphone-Based App for Self-Management of Postoperative Pain in Children and Adolescents Birnie et al., 2019 Canadá	- Avaliar as necessidades sob a perspectiva de crianças e adolescentes que passaram por qualquer tipo de cirurgia, pais e profissionais de saúde na auto-gestão da dor pos operatória, através de uma aplicação de telemovel. - Desenvolver um algoritmo preliminar para o tratamento de dor pos-operatória através uma aplicação de telemovel em crianças e adolescentes	Estudo qualitativo	Crianças e adolescente com idades entre os 8-18 anos.
E17	2-Step Integrative Education Program and mHealth for Self-Management in Korean Children with Spina Bifida: Feasibility Study Choi, Jung, Ji e Bae, 2019 Coreia do Sul	Desenvolver e testar a viabilidade de um programa de autogestão que inclui uma sessão de educação e uma intervenção móvel de saúde, para crianças com espinha bifida	Estudo quantitativo, quasi-experimental	Crianças com espinha bifida com idades entre os 7 e 12 anos.
E18	Outcomes of the Montana Asthma Home Visiting Program: A home-based asthma education Program Fernanes et al., 2018 USA	Avaliar os resultados e a viabilidade da implementação de um programa específico para a asma, em contexto de visita domiciliar numa zona rural.	Estudo quantitativo, quasi-experimental	Crianças, com asma não controlada, com idades entre os 0 e 17 anos
E19	School-based asthma self-management interventions for children and adolescents with asthma Harris, Kneale, Lasserson, McDonald, Grigg e Thomas, 2019 Inglaterra	- Avaliar que componentes de uma intervenção de auto-gestão contribuem para o seu sucesso ou fracasso. - Avaliar a eficácia de intervenções de autogestão a nível escolar.	Estudo misto	Crianças e adolescentes com asma
E20	Web-Based Intervention to Promote Physical Activity in Taiwanese Children Huang, Hung, Shyue, Chang, Chen, 2019 China	Avaliar a eficácia de um website, desenhado com uma estratégia de autogestão, na promoção de atividade física de crianças em idade escolar	Estudo quantitativo, quasi-experimental	Crianças com idades entre os 8 e 12 anos.
E21	Effectiveness of school-based self-management interventions for asthma among children and adolescents: findings from a Cochrane systematic review and meta-analysis Kneale, Harris, McDonald, Thomas Grigg, 2018 Inglaterra	- Identificar os principais recursos de projeto e processos associados à implementação bem-sucedida de intervenções de autogestão da asma nas escolas. - Compreender se as intervenções escolares podem mudar o comportamento de autogestão da asma.	Revisão sistemática da Literatura	33 estudos de avaliação de resultados que têm como população crianças e adolescentes com asma, com idades entre os 5 e 18 anos.
E22	Adolescents with chronic illness and the transition to selfmanagement: A systematic review Lercha e Thraneb, 2019 USA	Avaliar o impacto das relações pais-adolescentes nos comportamentos de adesão à doença durante a transição para a auto-gestão.	Revisão sistemática da Literatura	9 estudos que têm como população adolescentes dos 10 aos 19 anos, com diagnóstico de doença crónica.
E23	What are the components of effective chronic condition self-management education interventions for children with asthma, cystic fibrosis, and diabetes? A systematic review Saxbya, Beggsb , Battersbya e Lawna, 2018 Austrália	Mapear os componentes de intervenções educacionais eficazes, que apoiam crianças/adolescentes a aprender sobre a gestão de condições crónicas	Revisão Sistemática da Literatura	30 estudos em que a população eram crianças e adolescentes até aos 20 anos de idade, com asma, diabetes ou fibrose quística
E24	Patient-Centered eHealth Interventions for Children, Adolescents, and Adults With Sickle Cell Disease: Systematic Review Badawy et al., 2018 USA	- Identificar os diferentes tipos de ferramentas tecnológicas utilizadas para a auto-gestão da anemia falciforme - Identificar e descrever para que atividades de autogestão essas ferramentas foram utilizadas e avaliar a eficácia dessas tecnologias na autogestão	Revisão sistemática da literatura	16 artigos cuja população eram crianças ou adultos com anemia falciforme.
E25	School-Based Interprofessional Asthma Self-Management Education Program for Middle School Students: A Feasibility Trial Buckner, Copeland, Miller, Op't Holt, 2018 USA	Avaliar a viabilidade e eficácia de um programa de educação para a autogestão da asma na escola, para adolescentes com asma, numa região medicamente carente.	Estudo quantitativo, quasi-experimental	Crianças do ensino médio, com diagnóstico de Asma, com idades entre os 11 e 14 anos
E26	Feasibility Study of a Combined Lifestyle Behaviors and Asthma Self-Management Intervention for School-aged Children Horner, Timmerman, McWilliams, 2018 USA	- Testar a viabilidade de uma intervenção que combina a autogestão da asma e a promoção de um estilo de vida saudável, com foco no controlo do peso para crianças com asma - Identificar mudanças nos comportamentos de autogestão da asma e de estilo de vida saudável antes e após a intervenção.	Estudo misto	Crianças com idades entre os 9 e 14 anos, com asma
E27	Psychometric testing of the short-form Chinese version of the self-management for adolescents with type 1 diabetes scale	Desenvolver uma versão curta da escala chinesa de 52 itens: Self-Management of Type 1 Diabetes for Adolescents (C-SMOD-A-52) e avaliar as suas propriedades psicométricas.	Estudo misto	Adolescentes com diabetes mellitus tipo 1, com idades entre os 10 e 18 anos.

	Lee, Chen, Wong, Chang, Tsai, Wang, 2018 China			
E28	Symptoms and Self-Management Strategies Identified by School-Age Children with Cancer Using Draw-and-Tell Interviews Linder, Bratton, Nguyen, Parker, Wawrzynski, 2018 USA	Descrever como crianças com cancro, em idade escolar, percebem e representam os seus sintomas e as suas características associadas.	Estudo qualitativo transversal	Crianças com idades entre os 6 e 12 anos a receber tratamento para o cancro
E29	Self-management needs of Irish adolescents with Juvenile Idiopathic Arthritis (JIA): how can a Canadian web-based programme meet these needs? O'Sullivan, O'Higgins, Caes, Saetes, McGuire e Stinson, 2018 Irlanda	- Explorar as necessidades de auto-gestão dos adolescentes irlandeses; - Avaliar a aceitabilidade de uma versão adaptada de um programa canadiano de autogestão da Artrite idopática juvenil (Teens Taking Charge: Managing Arthritis Online) para utilizadores irlandeses.	Estudo qualitativo, exploratório	Adolescentes entre os 12 e 18 anos, com diagnóstico de artrite idiopática juvenil.
E30	Children With Type 1 Diabetes Mellitus: Self-Management Experiences in School. Sparapani, Liberatore, Damiao Dantas, Camargo e Nascimento, 2017 Brasil	Analisar as experiências de crianças com Diabetes Mellitus tipo 1 na auto-gestão da doença na escola.	Estudo qualitativo	Crianças com Diabetes Mellitus tipo 1, com idades entre os 7 e 12 anos.
E31	Self-Management Behaviors of Children With Spina Bifida Yun e Kim, 2017 Coreia do Sul	Identificar fatores associados a comportamentos de auto-gestão, em crianças com espinha bifida.	Estudo quantitativo transversal	Crianças com idades entre os 7 e 12 anos com espinha bifida.

Apêndice 3

Tabela 4: Resultados quanto à identificação dos antecedentes, atributos, consequentes e fatores relacionados ao conceito de auto-gestão.

	Antecedentes	Atributos	Consequentes	Fatores Relacionados
E1	Doença crónica (Asma e Obesidade)		Controlo da doença crónica	Equipa: Criança, família e profissional de Saúde Contexto social, económico, ambiental Fatores determinantes sociais da saúde (acesso aos serviços de saúde, disponibilidade de recursos para atender às necessidades diárias, apoios de transporte, segurança pública apoio social...) Educação em Saúde Grau de desenvolvimento da criança Rede de Apoio de acompanhamento profissional Plano de Cuidados personalizado
E2	Doença crónica - Regimes complexos de saúde	Envolvência como membros ativos da equipa de saúde/ Participação ativa no plano de tratamento Colaboração com pais Apoio da Comunidade Apoio do Sistema de Saúde	Aumento da autoeficácia (crença nas suas capacidades para gerir os seus comportamentos) Maior envolvimento em atividades Aumento da frequência escolar Diminuição dos distúrbios do sono; Melhoria da qualidade de vida Controlo da doença (redução de sintomas)	Desenvolvimento e nível de maturidade adequados às atividades de auto-gestão <i>“A contabilização de considerações de desenvolvimento ajudou crianças e adolescentes a compreender o conteúdo e a serem motivados a participar adequadamente em atividades de autogestão”</i>
E3	Doença crónica	Identificação de sintomas Automonitorização Prevenção Gestão e Adesão terapêutica Resolução de Problemas Mudança no estilo de vida Papel ativo na tomada de decisão Auto-controlo Gestão emocional Construção de planos de ação Apoio das figuras parentais Auto-eficácia	Capacidade de resolução de problemas, responsabilidade, capacidade de adesão ao tratamento, redução de custos em saúde, conhecimento/alfabetização, redução de sintomas, melhoria na qualidade de vida, autoeficácia, autocontrole, satisfação.	Capacitação <i>“Requer adaptação gradual, devido ao desenvolvimento das competências cognitivas e motoras que ocorrem durante o período da infância e adolescência.”</i>
E4	Doença crónica: obesidade Possíveis complicações da doença na idade adulta	Auto-monitorização Modificações do estilo de vida (dieta e atividade física) Colaboração com pais Suporte tecnológico Apoio por profissionais	Adoção de comportamentos de saúde/ auto-gestão Redução do risco de desenvolvimento de alterações metabólicas	Educação / Informação
E5	Doença Crónica - Asma	Identificação e gestão de sintomas Gestão de terapêutica Tomada de decisão Resolução de problemas Estabelecimento de objetivos e planos de Ação	Diminuição dos sintomas de asma Aumento do controlo da doença Menor interrupção das atividades de vida diárias Menos ausências escolares	Educação Capacitação (Indiretamente)- <i>“exercícios respiratórios úteis; método de medição e utilidade do uso de GFP”</i>
E6	Doença crónica - Asma - Sobrecarga familiar e dos sistemas de Saúde - Distúrbios do sono - Elevado absentismo escolar	Comportamentos preventivos Administração de medicação Partilha de papéis entre cuidador e criança Comunicação com os pais: <i>“As crianças ficaram assustadas com a natureza incontrolável dos seus sintomas (...) descreveram a importância de buscar segurança contra seus sintomas de asma alertando seus pais.</i> Suporte social: apoio dos profissionais de saúde		Adequada ao desenvolvimento e nível de maturidade da criança: <i>“crianças com doenças crônicas podem não ter competências cognitivas, físicas e psicossociais para gerir os seus medicamentos de forma proativa e autónoma.”</i> Educação sobre a doença e auto-gestão Apoio escolar: relata algumas barreiras à auto-gestão no ambiente escolar (comunicação de sintomas aos professores e acesso à medicação),
E7	Doença Crónica: Diabetes	Tomada de decisão Atividades de cuidado para com doença Resolução de problemas Definição de objetivos Colaboração com os pais Comunicação sobre a doença (com pais, profissionais de saúde e amigos)		
E8	Doença Crónica: Doença Falciforme Dor Pouca qualidade de vida Regimes de tratamento complexos	Gestão de terapêutica Identificação e Auto-monitorização de sintomas Colaboração entre criança e cuidador Comunicação com o profissional de saúde Suporte tecnológico		Educação sobre a doença

E9	Doença crónica - deficiência de acil-CoA desidrogenase de cadeia média Necessidades emocionais ou psicossociais	Consciência e compreensão da sua condição Tomada de decisão Responsabilidade crescente pela sua condição Colaboração com pais e profissionais de saúde Suporte Social: Apoio emocional, por parte da equipa de saúde	Independência Transição eficaz para os serviços de adulto	Recursos da comunidade
E10	Doença crónica que exija alterações nos hábitos alimentares.	Mudanças no estilo de vida (Dieta) Colaboração com os pais: <i>“Pais e cuidadores desempenham um papel central na gestão da dieta de crianças com doenças crónicas”</i>	Redução dos sintomas Aumento do envolvimento em atividades de lazer Aumento do conhecimento e de comportamentos de auto-gestão Melhorias na comunicação sobre a doença	Educação <i>“Os resultados dos métodos mistos [45] e do estudo quantitativo [46] demonstraram o impacto positivo da educação, no conhecimento e nas competências de autogestão de pais e filhos”</i>
E11	Doença crónica com condições complexas de saúde Baixa qualidade de vida associada à saúde (bem-estar físico, emocional, mental e social)	Ítems de uma escala de AG - Autoeficácia: Papel importante na auto-gestão <i>“confiança que a pessoa tem nas suas capacidades para gerir adequadamente a sua doença (Bandura 1997; Bandura 1986) / Crença de que tem um papel importante na gestão da sua doença”</i> <i>“Elevada autoeficácia está altamente correlacionada com a auto-gestão”</i> - Conhecimento para agir - Gestão do stress	Manutenção de Atividades de vida diária Qualidade de vida relacionada à saúde (avaliada em 4 dimensões: saúde física, menta, social e cognitiva) <i>“A auto-gestão correlacionou-se significativamente com a QVRS física”</i> <i>“Houve diferenças significativas por autogestão para os escores das subescalas física (p = 0,006) e social (p = 0,005), sendo a QVRS nesses domínios significativamente maior à medida que o nível de autogestão aumentou”</i>	
E12	Doença Crónica – Espinha Bífida Dependencia elevada de um cuidador para gerir a doença	Auto-monitorização Auto-cuidado Gestão de medicação Gestão emocional Auto-eficácia Suporte tecnológico		Educação
E13	Doença crónica – Asma Dificuldade em se envolver em atividades. Diminuição da frequência escolar - Isolamento social	Auto-gestão da terapêutica e de sintomas Adesão ao regime terapêutico Papel ativo no controlo da doença Transferência de responsabilidades dos pais para os filhos - responsabilidade partilhada. Relações com pares Suporte tecnológico: Tecnologias são um recurso importante para o conceito	Maior nível de autonomia Melhoria na gestão diária dos cuidados Redução de idas não planeadas aos serviços de saúde Redução das exacerbações da doença	Educação Aceitação social
E14	Doença crónica: Cancro Complicações a longo prazo do cancro infantil e do seu tratamento	Suporte Tecnológico (internet – Facebook)		Educação adequada à população
E15	Doença crónica: Artrite ideopática juvenil Frac adesão ao regime de tratamento da doença	Automonitoização Gestão de sintomas Gestão de emoções Gestão de stress Mudança no estilo de vida Comunicação Suporte social -Suporte tecnológico	Melhoria no controlo de sintomas – redução da intensidade da dor Melhoria da qualidade de vida relacionada com a saúde (relativamente à dor, atividades de vida diária e problemas no tratamento)	Educação Capacitação
E16	Dor em crianças e adolescentes, de grau moderado a intenso, no domicílio nos dias após a cirurgia Dificuldade de controlo da dor no domicílio	Papel dos pais e profissionais de saúde no controlo da dor <i>“(…) crianças e adolescentes enfatizaram o papel primordial dos profissionais de saúde e dos pais no controlo da dor”</i> Definição de metas individualizadas e realistas <i>“As metas foram identificadas como um auxílio para lidar com a incerteza sobre o retorno à função normal”,</i> <i>“relativamente à necessidade de metas individualizadas e realistas. Um adolescente partilhou: Poderia ser útil porque seria uma espécie de desafio para mim (…)”</i> Comunicação sobre a doença: enfatizada a importância da comunicação direta entre crianças/adolescentes e profissionais de saúde. Suporte tecnológico	Aumento da independência no controlo da dor	

E17	Doença Crônica – Espinha Bífida	Automonitorização Gestão terapêutica Gestão emocional Conhecimentos de auto-gestão Auto-eficácia Suporte tecnológico	Aumento dos Comportamentos de auto-gestão Aumento da qualidade de vida associada à saúde (avaliada através do instrumento SB-HRQOL)	Educação
E18	Doença Crônica - Asma		Controlo da doença Menos ausências escolares Redução das idas aos serviços de urgência Aumento da auto-eficácia Menor nível de restrição na realização de atividades.	Educação Apoio domiciliário
E19	Doença Crônica: Asma		Redução do número de hospitalizações Redução das idas ao serviço de urgência Maior envolvimento em atividades. Melhoria da qualidade de vida	
E20	Baixos níveis de atividade física	Definição de objetivos Resolução de problemas Automonitorização Auto-avaliação Suporte tecnológico (Web-Based Intervention)	Aumento da Auto-eficácia Mudança de Comportamentos (aumento do nível de atividade física)	
E21	Doença Crônica: Asma		Redução das idas ao serviço de urgência Redução do número de internamentos. Redução do número de episódios agudos de doença e da utilização dos cuidados de saúde Redução das ausências escolares e das restrições em atividades escolares	Apoio escolar - Intervenções promotoras de auto-gestão a nível escolar
E22	Doença crônica	Automonitorização de sinais e sintomas Mudanças no estilo de vida (dieta) Tomada de decisão Desenvolvimento de competências Auto-cuidado Participação Ativa: “Desenvolver estratégias para manter o controlo sobre as suas vidas”. Gestão e administração de terapêutica Conhecimento sobre a doença Transição da responsabilidade dos pais para os filhos à medida que crescem Comunicação com os pais, colegas, profissionais de saúde e professores. Auto-eficácia “a promoção da autoeficácia dos adolescentes e dos pais apoiou uma maior adesão ao tratamento (...)” “Pais e adolescentes tiveram opiniões semelhantes sobre a importância do conhecimento sobre a diabetes e da autoeficácia para a competência de auto-gestão do adolescente”.	Adesão terapêutica Prevenção de complicações da doença Independência/autonomia	Grau de desenvolvimento da criança: “Muitos adolescentes relataram que a gestão da doença se tornou mais fácil e rotineiro à medida que amadureceram”
E23	Doença crônica: Asma, diabetes, fibrose quística		Competências e comportamentos de Auto-gestão Conhecimentos de auto-gestão da doença Melhoria da comunicação aberta com pais, profissionais de saúde e amigos Aumento da qualidade de vida Aumento da auto-eficácia	“As intervenções de educação de autogestão que são adaptadas à idade/ estadio de desenvolvimento de uma criança ajudam as crianças com asma, DM1 e FC a desenvolver competências, atitudes e comportamentos eficazes para gerir a sua saúde.” Componentes educacionais: Currículos estruturados e sequenciados Reforço; Participação ativa; Colaboração (atividades em grupo) Autonomia; Feedback Exposições múltiplas; Resolução de problemas. Educação - Abordagens de ensino (Com base no nível de desenvolvimento da criança/adolescente): - Aprendizagem activa e experiencial: múltiplas exposições ao treino de - Aprendizagem cooperativa e entre pares - Bricadeira interativa - Aprendizagem baseada na investigação - foi incorporada por meio de demonstrações práticas, resolução de problemas e atividades de tomada de decisão em intervenções em asma Aprendizagem diferencial e integrada

E24	Doença Crônica: Anemia falciforme	Adesão terapêutica Gestão de sintomas (dor) Suporte tecnológico	Aumento da adesão terapêutica	
E25	Doença Crônica – Asma	Desenvolvimento de Competências Responsabilidade pela gestão da doença Comunicação entre criança/pais e profissionais Auto-gestão partilhada entre pais e criança/adolescente. Auto-eficácia	Melhor controlo da doença Aumento do conhecimento Aumento da auto-eficácia	Plano de cuidados Equipa interprofissional
E26	Doenças Crônicas: Asma e Obesidade	Programa de intervenção - Automonitorização - Mudança de comportamentos (ao nível da nutrição, gestão da asma e atividade física) - Definição de objetivos - Uso de dispositivos (inalador)/ auto-administração de terapêutica - Conhecimentos sobre a doença e auto-gestão - Autoeficácia	Cumprimento de objetivos Mudança no estilo de vida (alimentação/atividade física) Melhoria na qualidade de vida (no que respeita a diminuição de sintomas, dimensão emocional e diminuição de limitações na realização de atividades)	Educação Apoio individualizado por parte de profissionais de saúde
E27	Doença Crônica: Diabetes Mellitus tipo 1	Ítems de uma escala de auto-gestão: - Atividades de cuidado para com a doença (auto-monitorização, gestão da dieta, gestão da terapêutica) - Resolução de problemas (“...se a glicemia estiver baixa atuo e verifico mais tarde; Ajusto a insulina com base nos valores de glicemia ...”) - Comunicação sobre a doença com a família e profissionais de saúde: <i>Penso no que dizer ao enfermeiro e médico; Se os pais estiverem preocupados conversamos (...).</i> - Colaboração com pais “ <i>Consulto os pais quando não tenho a certeza; os pais e eu analisamos as leituras da glicemia; aviso os pais quando a glicemia está baixa; converso com os pais;</i> ”		
E28	Doença crônica; Cancro	Auto- Gestão de sintomas (estratégias de cuidados físicos, de cuidados psicossociais e gestão da terapêutica)	Prevenção de sintomas Envolvimento em atividades do dia-a-dia ("Algumas crianças descreveram que as suas estratégias de autogestão as ajudaram a se envolver em atividades consideradas normais, do dia-a-dia e, até mesmo, a prevenir sintomas")	
E29	Doença Crônica – Artrite Idopática juvenil Associada a: Dor e fadiga Ausências escolares Restrições na realização de tarefas do dia-a-dia. Impacto negativo na qualidade de vida relacionada à saúde	Auto-monitorização e gestão de sintomas (dor) Mudanças no estilo de vida: “ <i>Para a maioria dos adolescentes, o controlo da dor e do desconforto foi alcançado reduzindo ou alterando as atividades</i> ” Gestão de emoções Conhecimentos e consciencialização sobre a doença		Apoio social (pelos pares e por organizações de apoio à doença) Acesso aos serviços de saúde
E30	Doença crônica: (DM1)	Automonitorização de sintomas Gestão terapêutica Auto-cuidado (onde se insere a alimentação e administração de insulina)		Apois de adultos a nível escolar (profissionais de saúde, professores, funcionários)
E31	Doença Crônica: Espinha bífida	Conhecimentos sobre a gestão da doença Auto-eficácia	Aumento dos comportamentos de auto-gestão	Fatores contextuais - Idade e gravidade da condição (influenciam a auto-gestão)

APÊNDICE II

Pesquisa efetuada sobre a auto-gestão apoiada em crianças e jovens com condições complexas de saúde (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)

AUTO-GESTÃO APOIADA EM CRIANÇAS E JOVENS COM CONDIÇÕES COMPLEXAS DE SAÚDE

Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Unidade Curricular:
Estágio Final e Relatório

Outubro 2021

Bárbara Soares | nº 192020044

ÍNDICE

1. Objetivo
2. Problemática
3. Autogestão Apoiada
4. Referências Bibliográficas

Objetivo

- Desenvolver competências no apoio à criança/adolescente e família, com regimes complexos de saúde, no processo de auto-gestão apoiada.
 - Aprofundar conhecimentos sobre a auto-gestão apoiada através de pesquisa bibliográfica sobre a temática.

Problemática

Doença Crónica

- A prevalência de condições crónicas de saúde em crianças e jovens tem vindo a aumentar (Brigden, et al., 2020).
- A evolução dos cuidados de saúde e o avanço da medicina pediátrica possibilitaram a sobrevivência e o aumento da esperança média de vida de muitas crianças com doença crónica (Modi et al., 2012).
- Pode desenvolver-se a qualquer momento e ser resultado de condições genéticas e/ou de fatores ambientais (Saxby, et al., 2019).

Problemática

Doença Crónica

Qualquer condição física, emocional ou mental que impeça a criança/ adolescente de frequentar a escola regularmente, fazer trabalhos escolares, ou participar em atividades infantis habituais ou que exige atenção frequente dos profissionais de saúde e/ou tratamento médico, administração regular de terapêutica, ou uso de equipamento especial (Mokkink, Van der, Grootenhuis, Offringa, Heymans, 2008 *apud* Brigden, et al., 2020).

- Asma
- Diabetes
- Fibrose Quística
- Epilepsia
- Paralesia Cerebral
- Excesso de peso
- Deficiências físicas

Estas crianças apresentam um elevado risco de resultados adversos quer a nível médico, do desenvolvimento infantil, psicossocial e familiar (Lozano e Houtrow, 2021).

Auto-Gestão Apoiada

- Embora com diferente nível de gravidade e complexidade todas as crianças com doença crónica ou necessidades complexas de saúde requerem cuidados diários de auto-gestão apoiada da doença (Saxby, et al., 2019).
- Melhorar a gestão de condições crónicas numa idade precoce pode levar a melhorias imediatas na saúde da criança mas também terá influência na sua saúde ao longo da vida (Brigden, et al., 2020).

Estudos sobre a eficácia dos comportamentos de autogestão de condições crónicas indicam:

- Melhorias nos resultados de saúde
- Melhoria da qualidade de vida;
- Redução dos custos associados à saúde
- Diminuição da procura dos serviços de saúde
- Contributo para a saúde geral da sociedade

Da mesma forma, a auto-gestão de fatores de risco pode melhorar os resultados de saúde, prevenindo, retardando ou atenuando as condições de saúde.

(Ryan e Sawin, 2009).

Auto-Gestão Apoiada



Assim, é fundamental que as crianças e as suas famílias sejam apoiadas a melhorar a compreensão da sua condição de saúde e a desenvolverem competências de auto-gestão.

(Brigden, et al., 2020)

Auto-Gestão Apoiada Conceito

A Teoria de Auto-gestão individual e familiar de Ryan e Sawin, propõe que:

- A auto-gestão de saúde é um fenómeno dinâmico, complexo e multidimensional que pode ser aplicado a indivíduos, díades ou famílias.
- Envolve três dimensões: contexto, processo e resultados.

(Ryan e Sawin, 2009)

Auto-Gestão Apoiada Conceito

Segundo o modelo de Autogestão Pediátrica de Modi et al., (2012):

- A **auto-gestão** é a interação de comportamentos de saúde e outros processos relacionados, em que a criança e família se envolvem para cuidar de uma condição crônica.
- Adesão: A medida em que o comportamento de uma pessoa coincide com conselhos médicos ou de saúde.
 - ✓ Não existe sem um intercâmbio entre a pessoa e os profissionais
 - ✓ Indica o grau de correspondência entre autogestão e o aconselhamento de saúde

Auto-Gestão Apoiada Conceito

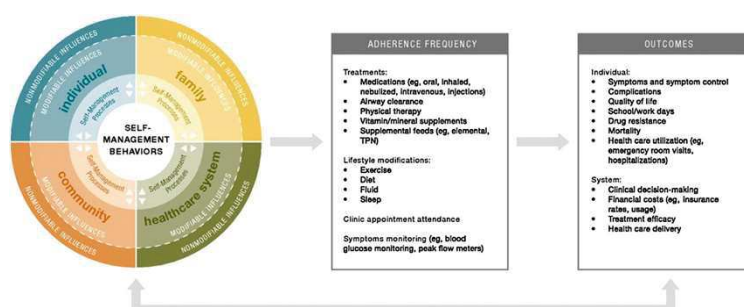


Figura 1: Modelo de auto-gestão pediátrica (Modi et al., 2012). Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/e473.full.html>

- No modelo de autogestão pediátrica, os comportamentos de autogestão que são conduzidos pela criança ou um membro da família, são utilizados em contexto de gestão de uma doença crônica.
- Estes comportamentos de autogestão ocorrem em 4 domínios: no indivíduo, família, comunidade e no sistema de saúde.

(Modi et al., 2012)

Auto-Gestão Apoiada Conceito

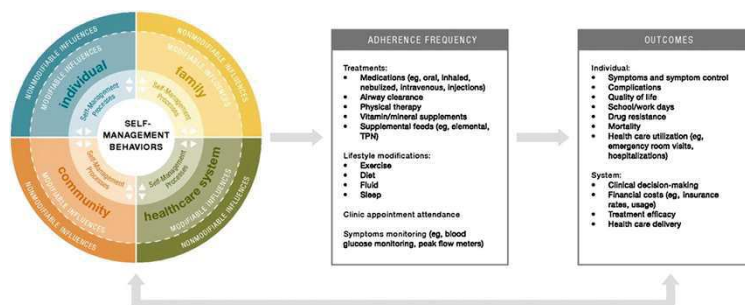


Figura 1: Modelo de auto-gestão pediátrica (Modi et al., 2012). Disponível em: <https://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/e473.full.html>

- As influências específicas dos 4 domínios, que podem ser modificáveis ou não modificáveis, têm impacto na auto-gestão de saúde através de processos cognitivos, emocionais e sociais.
- A auto-gestão de saúde afeta a adesão e, em última instância, os resultado de saúde, tanto individuais como para o sistema.

(Modi et al., 2012)

Auto-Gestão Apoiada Conceito

A **auto-gestão** inclui um conjunto de **atividades** que visam otimizar a saúde e o bem-estar do indivíduo com uma condição crónica, entre elas:

- Adesão à terapêutica
- Administração de terapêutica
- Gestão da terapêutica ou tratamento
- Monitorização e Gestão de sintomas ou dados biométricos
- Adequar Dieta
- Adequar Atividade física
- Definição de objetivos
- Resolução de problemas
- Estabelecimento de um plano de ação
- Prevenir e gerir complicações
- Gestão de serviços e tecnologia no domicílio
- Desenvolvimento de estratégias de coping para lidar com o impacto da sua condição
- Adequar hábitos de sono
- Redução do stress

(Bodenheimer T, Lorig, Holman, Grumbach, 2002 *apud* Lozando e Houtrow, 2021)

Auto-Gestão Apoiada

Conceito

Pode estar associada a **atividades relacionadas diretamente com os cuidados de saúde**, bem como, com **comportamentos sociais** e de **estilo de vida** que tenham impacto no bem estar da criança, como por exemplo: frequentar a escola, participar numa aula de pintura, jogar videojogos, pertencer a uma equipa desportiva



A auto-gestão produz melhorias nos resultados de saúde não só pela promoção da **adesão ao plano de tratamento** mas também apoiando a criança e família a desenvolverem **competências para ultrapassar os desafios e resolver problemas**.

(Lozando e Houtrow, 2021)

Auto-Gestão Apoiada

Conceito

Na pediatria a auto-gestão é realmente partilhada...

- Num consenso de 2019, foi definido o conceito de **Auto-gestão apoiada** para crianças e jovens com condições crónicas de saúde, que tem em conta que as crianças se encontram numa fase de rápido desenvolvimento (Saxby, et al., 2019).
- Este novo termo reflete que os pais e/ou cuidadores e a criança/adolescente devem partilhar a função de gestão de saúde (Lozando e Houtrow, 2021)

Autogestão Apoiada

- É um processo em que as crianças e jovens desenvolvem um vasto conjunto de atitudes, comportamentos e competências que os ajudam a minimizar o impacto da sua condição de saúde em todos os aspetos da sua vida, tanto para eles como para a sua família ou cuidadores.
- Para a maioria destas crianças e jovens esta capacidade de auto-gestão mudará ao longo do tempo, com o desenvolvimento das suas competências cognitivas, motoras, sociais e de vida

(Saxby, et al., 2019).

Auto-Gestão Apoiada

Barreiras

Barreiras à Auto-Gestão apoiada nas Crianças e Jovens associadas à doença crónica

- Condicionantes biomédicas
- Condicionantes logísticas,
- Condicionantes financeiras
- Condicionantes psicossociais

(Lozando e Houtrow, 2021)

Auto-Gestão Apoiada

Apoios

Apoios à Auto-Gestão

- Conjunto de serviços que os sistemas de saúde fornecem às pessoas com doença crónica e à sua família com o objetivo de facilitar a autogestão de saúde.
- O apoio à autogestão é uma colaboração entre a criança/família e os profissionais de saúde.

Existe um contraste no que respeita ao desenvolvimento no apoio à auto-gestão no adulto e na pediatria.

Porquê?



(Lozando e Houtrow, 2021)

Auto-Gestão Apoiada

Apoios

Auto-gestão no adulto

- Associada a melhores resultados de saúde e experiência do indivíduo e família
- Existência de inúmeros modelos de cuidados baseados na evidência científica para apoiar a auto-gestão de saúde
- É parte integrante dos cuidados de qualidade ao adulto com doença crônica.

Auto-gestão apoiada na criança e adolescente

- Há evidência de que o apoio à auto-gestão em pediatria melhora os resultados de doenças crônicas
- Modelos de apoio à auto-gestão são menos desenvolvidos para crianças e adolescentes com condições crônicas complexas
- O apoio à autogestão não está formalmente integrado no atendimento pediátrico.

(Lozando e Houtrow, 2021)

Auto-Gestão Apoiada

Apoios

Existem 3 diferenças nestes dois grupos que podem explicar esta disparidade :

- 1. A Dependência:** As crianças dependem de um adulto para todos ou parte dos cuidados. Assim, os cuidados pediátrico envolvem mais do que uma pessoa na auto-gestão de saúde.
- 2. O Desenvolvimento:** A idade pediátrica abrange um grande espectro de fases do desenvolvimento a nível cognitivo, motor, de linguagem, social e emocional. Existem poucas evidências sobre como adaptar o apoio à auto-gestão nas diferentes idades pediátricas
- 3. A Epidemiologia:** Ao contrário dos adultos, nas crianças existe uma vasta gama de diagnósticos responsáveis por doença crónica, cada um com baixa prevalência.

(Lozando e Houtrow, 2021)

Auto-Gestão Apoiada

Apoios

Papel do Enfermeiro:

- Reduzir de riscos
- Promover condições que apoiem a Auto-gestão
- Aumentar o conhecimento e alterar crenças,
- Promover o uso de comportamentos de autorregulação
- Promover a facilitação social

(Ryan e Sawin, 2009).

Referências Bibliográficas

- Brigden, A. (2020). Digital Behavior Change Interventions for Younger Children With Chronic Health Conditions: Systematic Review. *Journal Of Medical Internet Research*, 22.
- Modi, A., AL, P., Hommel, K., Hood, K., Cortina, S., & Hilliard, M. e. (2012). Pediatric Self-management: A Framework for Research, Practice, and Policy. *Pediatrics*.
- Lozano, P., & Houtrow, A. (2021). Supporting Self-Management in Children and Adolescents With Complex Chronic Conditions. *PEDIATRICS*, 141.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*.
- Saxby, N., Ford, K., Beggs, S., Battersby, M., & Law, S. (2019). Developmentally appropriate supported self-management for children and young people with chronic conditions: A consensus. *Patient Education and Counseling*.

APÊNDICE III

Projeto de Telefonema follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)

**TELEFONEMA FOLLOW-UP DE ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-
NASCIDO APÓS A ALTA PARA O DOMICÍLIO**

Serviço de Internamento de Pediatria

Realizado por:

Bárbara Soares

Enfermeira Orientadora:



Lisboa, Setembro 2021

ÍNDICE

1.OBJETIVOS.....	3
2. POPULAÇÃO ALVO.....	4
3. PROBLEMÁTICA.....	5
4. PROCEDIMENTO.....	9
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	10

1. OBJETIVOS

- Promover a vigilância de saúde do recém-nascido e apoiar a família no processo de transição do hospital para o domicílio
- Implementar o telefonema follow-up de acompanhamento dos recém-nascidos internados no serviço de pediatria 48 horas após a alta para o domicílio.

2. POPULAÇÃO ALVO

- Recém-nascidos e família internados no serviço de pediatria, provenientes do berçário, neonatologia ou urgência pediátrica.

3. PROBLEMÁTICA

Para muitas crianças o regresso a casa não significa que a sua recuperação esteja completa, mas sim que os cuidados necessários poderão ser prestados no domicílio. Frequentemente, os recém-nascidos internados na pediatria provenientes da Neonatologia, do Berçário ou da Urgência Pediátrica têm condições de saúde complexas ou que exigem maior vigilância, suporte e acompanhamento de saúde.

Geralmente estes recém-nascidos têm alta do serviço diretamente para o domicílio, com necessidades acrescidas e diversos cuidados associados.

No seguimento da realização de um telefonema follow-up aos recém-nascidos internados na Unidade de Neonatologia do hospital e da experiência positiva relatada pela equipa de enfermagem desta unidade, considerou-se pertinente implementar este procedimento no serviço de pediatria, uma vez que é comum este serviço receber recém-nascidos prematuros ou com uma patologia de base antes de terem alta para o domicílio.

A evolução científica e tecnológica que ocorreu nos últimos anos na área da neonatologia aumentou a sobrevivência de recém-nascidos mais pequenos e com situações clínicas mais críticas (Ferraz, 2017). No entanto, como consequência desta realidade, apresentam um maior risco de desenvolver diversas morbilidades a curto e longo prazo e estão sujeitos a internamentos prolongados (Chawanpaiboon et al., 2019).

A hospitalização representa um momento de crise para a criança e envolve inúmeras alterações na estrutura familiar, causando sofrimento e implicando sempre uma alteração das rotinas habituais. O impacto da doença e da hospitalização deve ser valorizado e é um forte motivo para promover e preparar o regresso a casa o mais precocemente possível (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A forma como se processa a transição do cuidado hospitalar para o domicílio pode influenciar positivamente a saúde do recém-nascido e família.

Neste contexto, os Cuidados de Transição Neonatal são os cuidados que apoiam os pais a tornarem-se o principal prestador de cuidados do recém-nascido com algum tipo de necessidade especial. Este conceito pode ser adequado para recém-nascidos de termo ou prematuros que requeiram suporte ou vigilância adicional na transição do hospital para o domicílio (British Association of Perinatal Medicine, 2017).

A implementação bem-sucedida deste tipo de cuidados exige um trabalho multidisciplinar e, é parte integrante da filosofia de cuidados centrados na família. São cuidados flexíveis que devem responder às necessidades físicas e emocionais do recém-nascido e família. Devem estar intimamente ligados aos cuidados na comunidade, facilitando a alta precoce e o apoio adequado ao recém-nascido e família após a mesma (British Association of Perinatal Medicine, 2017).

A experiência dos pais neste processo de transição pode ser emocionalmente desafiante, requerendo mecanismos de apoio para os ajudar a lidar com este período (Purdy et al., 2015; Petty et al., 2018).

Estes recém-nascidos, pela sua prematuridade ou patologia de base, são um grupo particularmente vulnerável e a família terá que gerir e responder às suas necessidades acrescidas. No que respeita por exemplo aos recém-nascidos prematuros, segundo Bockli et al. (2014), após a alta apresentam frequentemente complicações médicas, como dificuldades alimentares, atraso no crescimento, morbilidades respiratórias, anemia e alterações do desenvolvimento.

Muitas vezes requerem cuidados complexos, tendo alta para o domicílio com oxigenoterapia, alimentação entérica com fórmulas de leite com alto teor calórico, alimentação entérica por sonda gástrica e terapêutica específica. Têm também inúmeras

consultas de diversas especialidades (Lakshmanan, 2017; Bockli et al., 2014). Para além disso, apresentam um maior risco de reinternamentos e morte neonatal durante o primeiro ano de vida (American Academy of Pediatrics, 2008).

Com o aproximar da alta hospitalar, o *stress* e ansiedade dos pais começa gradualmente a relacionar-se com a necessidade de aquisição de competências parentais para lidar com a situação e manter a continuidade dos cuidados no domicílio. Podem ficar apreensivos e questionar a sua capacidade para cuidar do seu filho sem o apoio da equipa hospitalar e de toda a tecnologia que, até então, estiveram permanentemente presentes (Petty et al., 2018). Frequentemente descrevem um misto de emoções, por um lado alegria por levar o seu filho para casa, por outro, medo e ansiedade por não se sentirem preparados para assumir essa responsabilidade (Osório et al., 2017 *apud* Aloysius et al., 2018).

Esta realidade acresce a responsabilidade dos profissionais de saúde perante estas crianças e famílias em garantir uma resposta eficaz às suas necessidades especiais, nomeadamente na preparação e acompanhamento no regresso a casa. O Enfermeiro deve cuidar em parceria com a criança e família sempre com vista a promover o melhor estado de saúde possível. Proporciona educação para a saúde e identifica e mobiliza recursos de suporte à família. Tem não só a oportunidade, mas também o dever de facilitar este regresso a casa da criança e família e de contribuir para o seu bem-estar.

A existência de programas de planeamento, preparação e acompanhamento da alta hospitalar que atendam às necessidades e preocupações específicas de cada família e que, incluam estratégias de educação para a saúde aos pais sobre os cuidados específicos aos filhos, suporte emocional, um contato telefónico / videoconferência de acompanhamento após a alta ou a visita domiciliar, podem ser um suporte importante neste período de transição (Lopez, Anderson e Feutchinger, 2012; Purdy et al., 2015; Hall, Phillips e Hynan, 2016; Aloysius et al., 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2011), a alta para o domicílio deve ser preparada por etapas e seguir um plano individual de cuidados que promova a participação da criança e família enquanto parceiros nos cuidados. Este plano deve compreender três etapas:

- Preparação do regresso a casa durante o internamento;
- Preparação do regresso a casa previamente à alta
- Acompanhamento após a alta

Após a alta hospitalar, as necessidades da criança e família e a sua adaptação à nova situação devem ser avaliadas. Para além disso, os pais devem ser ensinados sobre estratégias de *coping* para ultrapassar as dificuldades, bem como, sobre comportamentos de procura de cuidados de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A implementação do telefonema follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio surge como mais um apoio por parte da equipa ao processo de transição destas famílias, promotor da continuidade dos cuidados e das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido com alta do serviço de de pediatria.

Consiste na realização de um telefonema 48h após a alta do recém-nascido e visa proporcionar um momento para validação dos ensinamentos realizados durante o internamento, esclarecimento de dúvidas, expressão de dificuldades e receios e, orientação para cuidados específicos, o que poderá prevenir ou detetar precocemente complicações após a alta hospitalar (Silva, Nonose, Fonseca e Mello, 2020).

4. PROCEDIMENTO

Antes da Alta:

(A realizar por qualquer enfermeiro do serviço)

- Questionar os pais sobre a receptividade para o contacto telefónico por parte da equipa de enfermagem
- Solicitar por escrito o consentimento informado para a realização do contacto telefónico após a alta (Apêndice 1) e guardar no processo do recém-nascido (entregar uma cópia aos pais).

No dia da Alta:

(A realizar pelo enfermeiro do serviço responsável pela alta recém-nascido)

- Preencher na folha de registo os dados de identificação do recém-nascido, contactos dos pais e principais informações sobre o internamento (Apêndice 2, p.1).
- Arquivar a folha de registo e consentimento informado, previamente solicitado, no dossier do telefonema follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio

48h após a alta:

(A realizar pela enfermeira chefe, pela enfermeira coordenadora ou pelo enfermeiro envolvido com a família na preparação da alta)

- Efetuar contacto telefónico, seguindo o guião de entrevista orientador do contacto telefónico e registar as informações relevantes (Apêndice 2, p. 2)
- Detetar problemas, esclarecer dúvidas, orientar cuidados e, se necessário, articular cuidados com outros serviços de saúde.
- Se se justificar reagendar novo telefonema com os pais.
- Arquivar os dados recolhidos no dossier próprio para tal.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., & Banerjee, J. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 55-60.
- American Academy Of Pediatrics. (2008). Hospital Discharge of the High-Risk. *Pediatrics*, 1119-1126.
- Bockli, K., Andrews, B., Pellerite, M., & Meadow, W. (2014). Trends and challenges in United States neonatal intensive care units follow-up clinics. *Journal of Perinatology*, 71-74.
- British Association of Perinatal Medicine. (Outubro de 2017). A Framework for Neonatal Transitional Care.
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J., & al., e. (Janeiro de 2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis.
- Ferraz, L. (2017). *Cuidados centrados no desenvolvimento do recém-nascido prematuro. Dissertação de Mestrado Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Coimbra.
- Hall, S., Phillips, R., & Hynan, M. T. (2016). Transforming NICU Care to Provide Comprehensive Family Support. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 69-73.
- Lakshmanan, A., Agni, M., Lieu, T., Fleegler, E., Kipke, M., Friedlich, P. S., . . . Belfort, M. B. (2017). The impact of preterm birth <37 weeks on parents and families: a cross-sectional study in the 2 years after discharge from the neonatal intensive care unit. *Health and Quality of Life Outcomes*.
- Lopez, G. L., Anderson, K. H., & Feutchinger, J. (2012). Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. *Neonatal Netw*, 207-214.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*, 3(3).
- Petty, J., Whiting, L., & Green, J. (2018). Parents' views on preparation to care for extremely premature infants at home. *Nursing Children and Young People*, Junho.
- Purdy, I., Craig, J., & Zeanah, P. (2015). NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *Journal of Perinatology*, 24-28.
- Silva, R., Nonose, E., & Fonseca, L. M. (2020). Care opportunities for premature infants: home visits and telephone. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido para o telefonema Follow-Up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio

O telefonema follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio consiste num apoio, por parte da equipa, ao processo de transição do recém-nascido e família do serviço de pediatria para casa.

O contacto telefónico será realizado 48h após a alta do recém-nascido e tem a finalidade de validar os ensinamentos realizados durante o internamento, esclarecer dúvidas, permitir a expressão de dificuldades e receios e orientar para cuidados específicos, o que poderá prevenir ou detetar precocemente complicações após a alta hospitalar.

Gostaríamos de contar com a sua colaboração, autorizando o contacto telefónico por parte da equipa de enfermagem e o levantamento e registo dos dados.

A sua participação é uma decisão voluntária e gratuita e não irá expor o seu filho(a) a qualquer risco ou procedimento. Os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se exclusivamente ao fim acima indicado. A revogação do consentimento informado, esclarecido e livre pode ocorrer a qualquer momento, sem exigência de qualquer formalidade, e não acarreta qualquer prejuízo no acompanhamento clínico do seu filho(a).

Solicitamos que, por meio de assinatura, confirme que foi informado(a) das condições de recolha e utilização dos dados, cedidos de sua livre vontade, e que aceita a sua utilização por parte da equipa de enfermagem.

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido. Se entender que tudo está em conformidade e se estiver de acordo com a proposta que lhe é feita, então assine este documento.

Representante legal:

Assinatura:

Lisboa, ____/____/____

Assinatura Enfermeiro Responsável:

Lisboa, ____/____/____

APÊNDICE IV

Sessão de apresentação sobre a implementação do telefonema follow-up (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)



TELEFONEMA FOLLOW-UP DE ACOMPANHAMENTO DO RECÉM-NASCIDO APÓS A ALTA PARA O DOMICÍLIO



Serviço de Internamento de Pediatria

06.10.2021

Bárbara Soares

Aluna do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

Sumário



1. Objetivos
2. Introdução
3. Telefonema Follow-up
 - População-Alvo
 - Problemática
 - Procedimento
4. Referências Bibliográficas

1. Objetivos



- Dar a conhecer à equipa de enfermagem o projeto de implementação do telefonema follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio.

2. INTRODUÇÃO



No âmbito do Curso de Mestrado na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi proposta a realização de um projeto formativo individual.



Procurei neste contexto de estágio formular objetivos que respondam às necessidades do serviço, tendo como linha orientadora a temática da **auto-gestão apoiada** de saúde que pretendo desenvolver e estudar ao longo do meu processo formativo

2. INTRODUÇÃO

Autogestão Apoiada

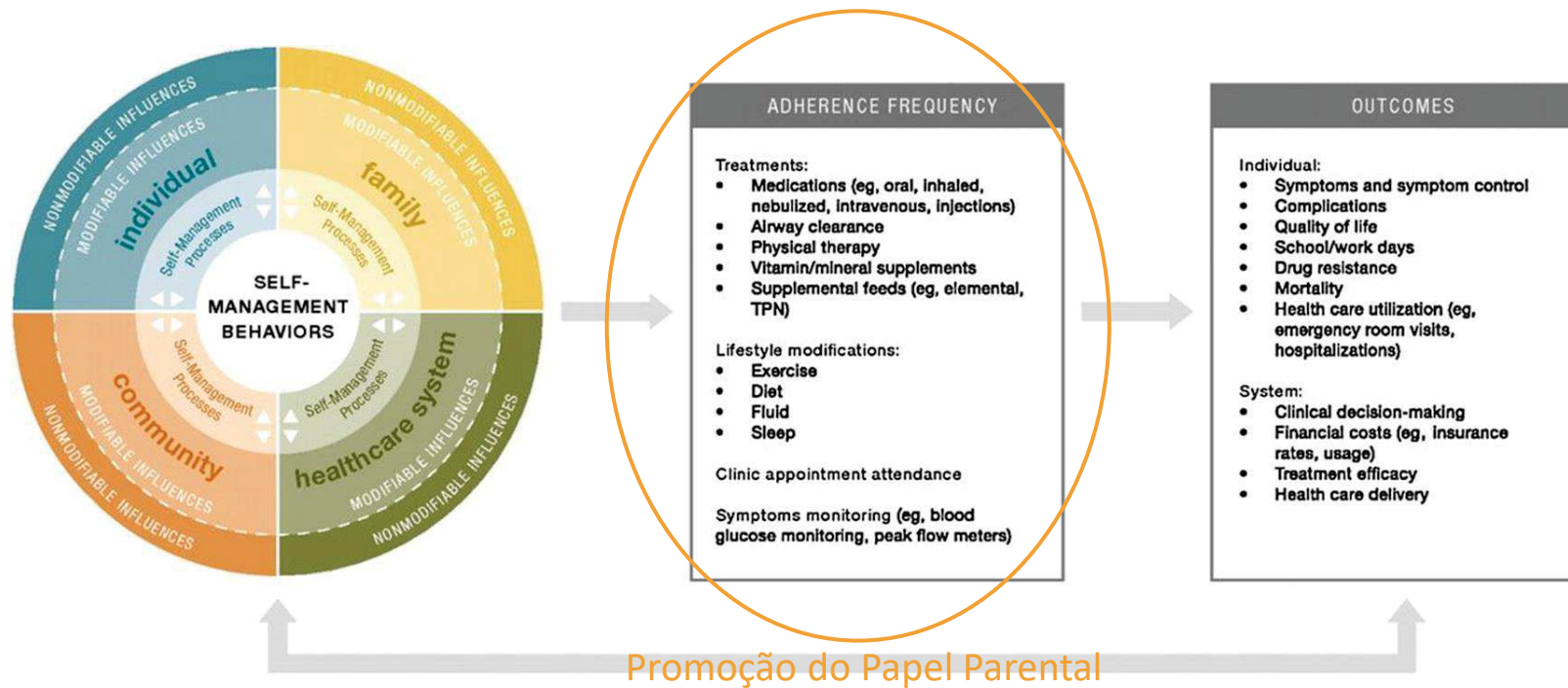
- É um processo em que as crianças e jovens desenvolvem um vasto conjunto de atitudes, comportamentos e competências que os ajudam a minimizar o impacto da sua condição de saúde em todos os aspetos da sua vida, tanto para eles como para a sua família ou cuidadores.
- Para a maioria destas crianças e jovens esta capacidade de auto-gestão mudará ao longo do tempo, com o desenvolvimento das suas competências cognitivas, motoras, sociais e de vida (Saxby, et al., 2019).

Papel do Enfermeiro:

- Reduzir de riscos
- Promover de condições que apoiem a Auto-gestão
- Aumentar o conhecimento e alterar crenças,
- Promover o uso de comportamentos de autorregulação
- Promover a facilitação social

(Ryan e Sawin, 2009).

2. INTRODUÇÃO



Os pais apoiam as necessidades complexas dos filhos, assumindo diferentes papéis ao longo do seu ciclo vital

2. INTRODUÇÃO



Telefonema de Follow-up



Promotor das competências parentais

Capacitar os pais e dar-lhes segurança nos cuidados poderá ser uma ferramenta para, no futuro, apoiarem os seus filhos na sua auto-gestão de saúde.

(Pais seguros... filhos seguros!)

3. Telefonema Follow-up

Consiste na realização de um telefonema 48h após a alta do recém-nascido e visa proporcionar um momento para:

- ↘ Validação dos ensinamentos realizados durante o internamento
- ↘ Esclarecimento de dúvidas
- ↘ Expressão de dificuldades e receios
- ↘ Orientação para cuidados específicos
- ↘ Prevenir ou detetar precocemente complicações após a alta hospitalar

3. Telefonema Follow-up

População alvo

Recém-nascidos e família internados no serviço provenientes:

- Do Berçário
- Da Neonatologia
- Urgência pediátrica



3. Telefonema Follow-up

Problemática

- Para muitas crianças o regresso a casa não significa que a sua recuperação esteja completa, mas sim que os cuidados necessários poderão ser prestados no domicílio.
- Os Recém-nascidos internados na Pediatria:
 - Condições de saúde complexas
 - Condições que exigem maior vigilância, suporte e acompanhamento de saúde
- Geralmente têm alta do serviço diretamente para o domicílio, com necessidades acrescidas e diversos cuidados associados.

3. Telefonema Follow-up

Problemática

- A experiência dos pais neste processo de transição para o domicílio pode ser emocionalmente desafiante, requerendo mecanismos de apoio para os ajudar a lidar com este período (Purdy et al., 2015; Petty et al., 2018).
- Com o aproximar da alta hospitalar, o stress e ansiedade dos pais começa gradualmente a relacionar-se com a necessidade de aquisição de competências parentais para lidar com a situação e manter a continuidade dos cuidados no domicílio (Petty et al., 2018).

3. Telefonema Follow-up

Problemática

- Podem ficar apreensivos e questionar a sua capacidade para cuidar do seu filho sem o apoio da equipa hospitalar e de toda a tecnologia que, até então, estiveram presentes (Petty et al., 2018).
- Descrevem, frequentemente, um misto de emoções:

Alegria por levar o
seu filho para casa



Medo e ansiedade
por não se sentirem
preparados

3. Telefonema Follow-up

Problemática

- A forma como se processa a transição do cuidado hospitalar para o domicílio pode influenciar positivamente a saúde do recém-nascido e família.

Os **Cuidados de Transição** são os cuidados que apoiam os pais a tornarem-se o principal prestador de cuidados do recém-nascido com algum tipo de necessidade especial.



- São parte integrante da filosofia de cuidados centrados na família.
- São flexíveis
- Devem responder às necessidades físicas e emocionais do recém-nascido e família.
- Devem estar intimamente ligados aos cuidados na comunidade
- Facilitam a alta precoce e o apoio adequado ao recém-nascido e família após a mesma

3. Telefonema Follow-up

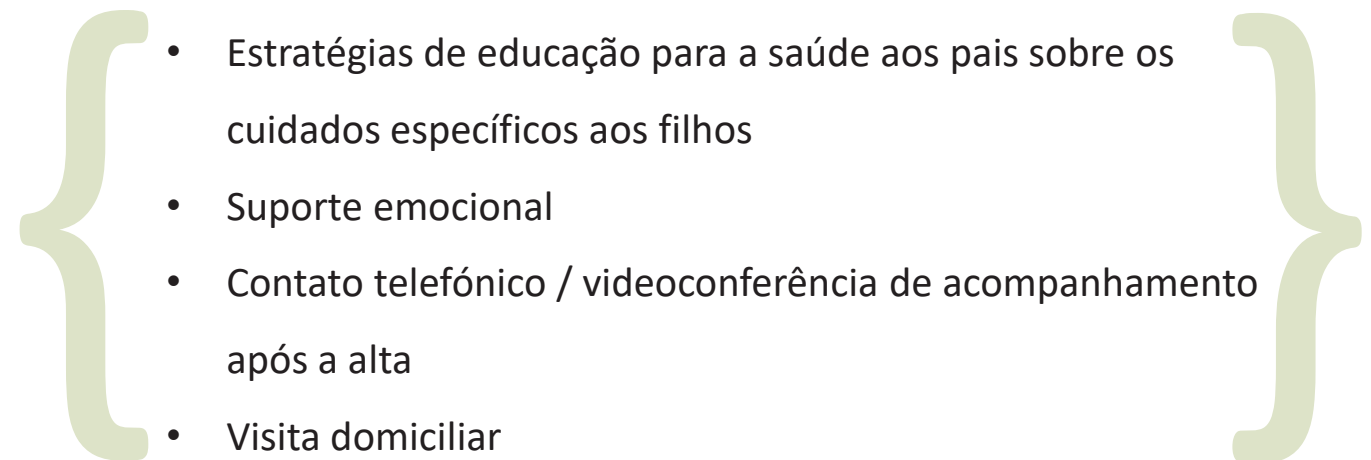
Problemática

O enfermeiro tem não só a oportunidade, mas também o dever de facilitar este regresso a casa da criança e família e de contribuir para o seu bem-estar, garantindo uma resposta eficaz às suas necessidades especiais, nomeadamente na preparação e acompanhamento no regresso a casa.

3. Telefonema Follow-up

Problemática

- A existência de **programas** de **planeamento, preparação e acompanhamento** da alta hospitalar que atendam às necessidades e preocupações específicas de cada família podem ser um suporte importante neste período de transição
- Estes programas podem incluir:

- 
- Estratégias de educação para a saúde aos pais sobre os cuidados específicos aos filhos
 - Suporte emocional
 - Contato telefónico / videoconferência de acompanhamento após a alta
 - Visita domiciliar

3. Telefonema Follow-up

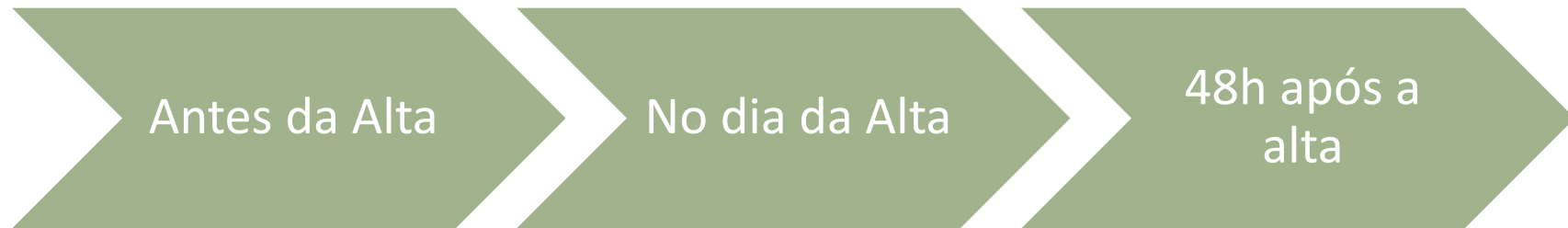
Problemática

- A implementação do telefonema follow-up surge como mais um apoio por parte da equipa ao processo de transição destas famílias.
- É promotor da continuidade dos cuidados e das competências parentais nos cuidados ao recém-nascido com alta do serviço.



3. Telefonema Follow-up

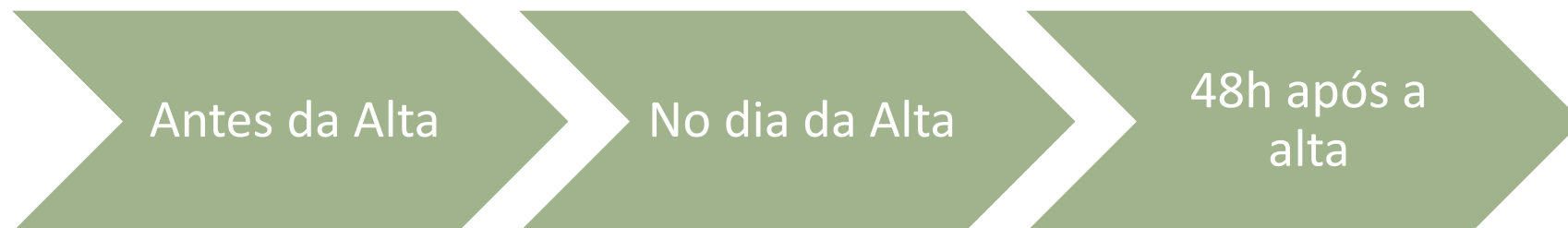
Procedimento



- Questionar os pais sobre a recetividade para o contacto telefónico por parte da equipa de enfermagem.
- Solicitar por escrito o consentimento informado para a realização do contacto telefónico após a alta e guardar no processo do recém-nascido (entregar uma cópia aos pais).

3. Telefonema Follow-up

Procedimento



- Preencher na folha de registo os dados de identificação do recém-nascido, contactos dos pais e principais informações sobre o internamento.
- Arquivar a folha de registo e consentimento informado, previamente solicitado, no dossier do telefonema follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio

3. Telefonema Follow-up Procedimento

TELEFONEMA DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM
DO RECÉM-NASCIDO APÓS A ALTA PARA O DOMICÍLIO



A PREENCHER NO MOMENTO DA ALTA

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Idade Gestacional: _____

Peso ao nascer: _____

Mãe: _____ Contacto telefónico: _____

Pai: _____ Contacto telefónico: _____

Data de Alta: _____ Peso: _____ Idade Corrigida: _____

Cuidador Principal: _____

• Principais Diagnósticos no internamento:

• Potenciais problemas após a alta:

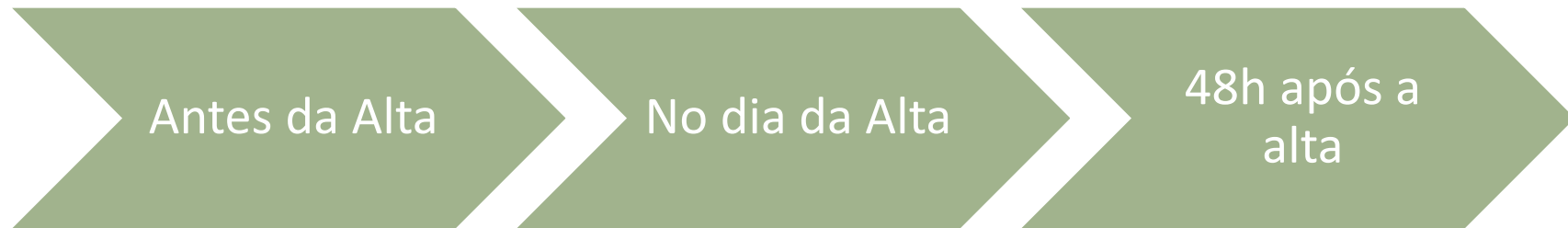
• Suportes Técnicos:

• Terapêutica prescrita para o domicílio:

• Vigilância de saúde:

3. Telefonema Follow-up

Procedimento



- Efetuar contacto telefónico, seguindo o guião de entrevista orientador do contacto telefónico e registar as informações relevantes
- Detetar problemas, esclarecer dúvidas, orientar cuidados e, se necessário, articular cuidados com outros serviços de saúde.
- Se se justificar reagendar novo telefonema com os pais.
- Arquivar os dados recolhidos no dossier próprio para tal.

3. Telefonema Follow-up

Procedimento

TELEFONEMA DE ACOMPANHAMENTO DE ENFERMAGEM
DO RECÉM-NASCIDO APÓS A ALTA PARA O DOMICÍLIO

A PREENCHER DURANTE O CONTACTO TELEFÓNICO

- Comportamento;
- Sono;
- Alimentação;
- Eliminações e Cólicas;
- Maceração;
- Vigilância de saúde/Articulação com o centro de saúde;
- Terapêutica;

PROBLEMAS DETETADOS: _____

ENCAMINHAMENTO: _____

OBSERVAÇÕES: _____

3. Telefonema Follow-up

Procedimento



Dúvidas?

Comentários?

Sugestões?

4. Referências Bibliográficas

- Aloysius, A., Kharusi, M., Winter, R., Platonos, K., & Banerjee, J. (2018). Support for families beyond discharge from the NICU. *Journal of Neonatal Nursing*, 55-60.
- British Association of Perinatal Medicine. (Outubro de 2017). A Framework for Neonatal Transitional Care.
- Hall, S., Phillips, R., & Hynan, M. T. (2016). Transforming NICU Care to Provide Comprehensive Family Support. *Newborn & Infant Nursing Reviews*, 69-73.
- Lopez, G. L., Anderson, K. H., & Feutchinger, J. (2012). Transition of Premature Infants From Hospital to Home Life. *Neonatal Netw*, 207-214.
- Petty, J., Whiting, L., & Green, J. (2018). Parents' views on preparation to care for extremely premature infants at home. *Nursing Children and Young People*, Junho.
- Purdy, I., Craig, J., & Zeanah, P. (2015). NICU discharge planning and beyond: recommendations for parent psychosocial support. *Journal of Perinatology*, 24-28.
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*.
- Saxby, N., Ford, K., Beggs, S., Battersby, M., & Law, S. (2019). Developmentally appropriate supported self-management for children and young people with chronic conditions: A consensus. *Patient Education and Counseling*.
- Silva, R., Nonose, E., & Fonseca, L. M. (2020). Care opportunities for premature infants: home visits and telephone. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.

APÊNDICE V

Questionário de avaliação da sessão formativa do telefonema follow-up (Contexto de Intervenção - Internamento Pediátrico)

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

“Telefonema Follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio”

Este questionário tem como objetivo avaliar a sessão de formação sobre o telefonema de Follow-up de acompanhamento do recém-nascido após a alta para o domicílio. O seu preenchimento é anónimo, sendo garantida a confidencialidade dos dados.

A sua opinião sobre esta sessão de formação é muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua. Por favor, assinale com um (X) cada um dos parâmetros abaixo indicadores.

Agradeço desde já a sua colaboração no preenchimento e entrega do mesmo.

1. Como classifica a pertinência e a utilidade prática da sessão de formação?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

2. Como classifica os conteúdos programáticos:

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

3. Como classifica o interesse da sessão de formação?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

4. Como classifica os recursos utilizados (diapositivos e Microsoft teams) e a sua adequação ao tema abordado?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

5. Como classifica a duração da sessão de formação:

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐

6. Como classifica o formador relativamente à clareza da exposição e domínio dos temas abordados?

Insuficiente ☐

Suficiente ☐

Bom ☐

Muito Bom ☐

7. Como classifica o formador relativamente à capacidade para esclarecer dúvidas?

Insuficiente ☐

Suficiente ☐

Bom ☐

Muito Bom ☐

8. No geral, considera que o objetivo da sessão foi atingido?

Insuficiente ☐

Suficiente ☐

Bom ☐

Muito Bom ☐

9. Globalmente, como classifica a sessão de formação?

Insuficiente ☐

Suficiente ☐

Bom ☐

Muito Bom ☐

Comentários e/ou sugestões:

Muito obrigada pela sua colaboração.

Bárbara Soares

APÊNDICE VI

Livro: “*Cuidados ao Recém-Nascido*” (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)



CUIDADOS AO RECÉM-NASCIDO

2021

CONTACTOS DE APOIO



NÚMERO EUROPEU
DE EMERGÊNCIA
112

01.
HIGIENE E CONFORTO

02.
ALIMENTAÇÃO

03.
O SONO DO BEBÊ

04.
SEGURANÇA

05.
SINAIS DE ALARME

06.
VIGILÂNCIA DE SAÚDE

01. HIGIENE E CONFORTO



O BANHO DO RECÉM-NASCIDO

ANTES DO BANHO

- Preparar o ambiente a 24 - 25°, livre de correntes de ar.
- Providenciar todo o material necessário antes de ir buscar o bebê.
- Encher a banheira, colocando primeiro a água fria e só depois a quente.
 - A temperatura da água deve rondar os 37°C. Verificar com o termômetro, cotovelo ou face interna do punho.
 - A altura da água na banheira não deve exceder os 10 cm.
- Limpeza dos olhos:
 - Lavar os olhos do bebê com soro fisiológico e compressas esterilizadas.
 - Embeber uma compressa em soro fisiológico e limpar um dos olhos do canto mais limpo para o canto mais sujo, numa só passagem. Repetir o processo até o olho ficar limpo, usando uma compressa nova para cada passagem. Proceder do mesmo modo na limpeza do outro olho.
- Retirar a fralda e limpar a região genital.
- Despir o bebê.

O BANHO

- Colocar o bebê lentamente na banheira.
- Colocar o seu antebraço por trás das costas do bebê e segurar o braço mais afastado de si, com os dedos na axila e o polegar em volta do braço do bebê.
- Apoiar a cabeça e o pescoço do bebê no antebraço.
- Lavar a face do bebê com água limpa.
- Colocar na água um gel indicado para o banho do bebê (pH neutro, sem conservantes ou fragrâncias que possam causar irritação da pele).
- Lavar pavilhões auriculares com cuidado para não deixar entrar água nos ouvidos.
- Lavar o pescoço e depois os braços, começando nas mãos e terminando na axila.
- Lavar tórax, abdômen, pernas e genitais.

LAVAR COM ESPECIAL
ATENÇÃO VIRILHAS, AXILAS
E PAVILHÕES AURICULARES,
POIS TÊM TENDÊNCIA A
ACUMULAR MAIS SUJIDADE.

- Colocar o bebé de barriga para baixo sobre o outro antebraço e segurar o braço do bebé na zona da axila (dedos sob a axila e polegar em volta do braço). Lavar as costas e região nadegueira.
- Voltar a colocar o bebé na posição inicial e terminar o banho com a lavagem da cabeça.
- Retirar o bebé da banheira e secá-lo com suavidade, começando pela cabeça.

CUIDADOS AO COTO UMBILICAL

- Limpar o coto umbilical e a pele adjacente com água tépida e sabão neutro durante o banho e sempre que se suje com fezes ou urina.
- Após os cuidados de higiene, secar o coto e pele adjacente com compressas esterilizadas.
- Durante a limpeza observar se existem sinais de infecção no local de inserção do coto umbilical (pus, mau cheiro, região avermelhada). Se algum destes sinais estiver presente, recorrer de imediato a uma instituição de saúde.
- Manter o coto seco e exposto ao ar ou coberto com roupas limpas.
- Apertar a fralda abaixo do umbigo para evitar o contacto com urina e fezes.
- Estes cuidados devem ser mantidos mesmo após a queda do coto umbilical, até completa cicatrização. O coto umbilical cai, em média, 5 a 10 dias após o nascimento.



- Secar bem as zonas de pregas da pele como o pescoço, axilas e virilhas, bem como os espaços interdigitais das mãos e pés para evitar irritações na pele.
- Colocar a fralda e vestir o bebé.

A decisão sobre a frequência e hora do banho deve ser baseada nas necessidades individuais de cada recém-nascido e família.



VESTUÁRIO DO BEBÉ

- Deve ser adequado ao tamanho do recém-nascido.
- Deve ser fácil de vestir e despir.
- Não deve ter muitos botões, colchetes, molas, enfeites, bordados ou costuras diretamente em contacto com a pele do bebé, para não o magoar.
- A roupa que fica em contacto direto com a pele deve ser de algodão.
- Retirar as etiquetas, pois podem picar a pele do bebé.
- Adequar o vestuário à temperatura ambiente. O bebé é mais sensível do que os adultos às variações de temperatura.
- Deve ser lavado antes da 1ª utilização.
- Deve ser lavado separadamente da restante roupa da família, utilizando um detergente de pH neutro próprio para recém-nascidos de forma a evitar alergias.

02. ALIMENTAÇÃO



AMAMENTAÇÃO

- O leite materno contém todos os nutrientes necessários para o crescimento e desenvolvimento saudável do bebé.
- O aleitamento materno exclusivo é recomendado até aos primeiros 6 meses de vida. Após esse período, é necessária a introdução de novos alimentos de forma gradual, no entanto, recomenda-se que, sempre que possível, se mantenha a amamentação até aos 2 ou mais anos.
- O ato de amamentar e o leite materno têm inúmeras vantagens para a mãe e para o bebé.

O LEITE MATERNO

Vantagens para o bebé:

- Possui os nutrientes necessários para o seu desenvolvimento.
- Protege-o contra infeções e alergias.
- É de fácil digestão/absorção e melhor tolerado.
- Diminui o risco de obesidade, diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares e alergias.
- Diminui o risco de cáries dentárias.

AMAMENTAR PROMOVE UM VÍNCULO EMOCIONAL FORTE E DURADOURO ENTRE MÃE E FILHO.

Durante o crescimento do bebé o leite altera-se de acordo com as suas necessidades:

- **Colostro:** o primeiro leite que a mãe produz. É muitas vezes translúcido ou transparente e produzido em pouca quantidade. É muito importante, principalmente para proteção imunológica.
- **Leite de transição:** surge 2 a 3 dias após o parto, com um aumento súbito da produção de leite ("subida do leite").
- **Leite maduro:** surge 2 a 3 semanas após o parto e mantém-se até ao desmame.

Ao longo da mesma mamada o leite também se altera:

- O **leite inicial** é rico em proteínas, lactose, vitaminas e água.
- O **leite final** é rico em gordura.

A produção de leite

- A sucção do bebé estimula a produção de leite. Quanto mais o bebé mama, mais leite a mãe produz.
- Amamentar à noite favorece a produção de leite, uma vez que durante a noite é produzida mais prolactina (hormona que estimula a produção de leite).
- Sentimentos agradáveis, como sentir-se contente com o seu bebé e confiante, ou tocar, olhar e ouvi-lo, ajudam a que o leite flua através dos ductos mamários até ao mamilo. Pelo contrário, o stress, a dor, a ansiedade e a preocupação podem dificultar e bloquear a saída do leite.

POR VEZES SURGEM OBSTÁCULOS DURANTE A AMAMENTAÇÃO QUE SÃO ULTRAPASSÁVEIS COM O APOIO DE PROFISSIONAIS COM FORMAÇÃO ESPECÍFICA.

COMO AMAMENTAR O BEBÉ

- Escolha um ambiente tranquilo e uma posição confortável, sentada com as costas apoiadas ou deitada.
- Coloque o bebé de frente para a mama (barriga com barriga), mantendo a cabeça do bebé alinhada com o resto do corpo e o nariz ao nível do mamilo.



SINAIS DE UMA BOA PEGA

- Boca do bebé bem aberta.
- Queixo junto à mama.
- Lábios superior e inferior virados para fora.
- Aréola mais visível acima do que abaixo da boca do bebé.
- Bochechas arredondadas.

- Segure a mama em "C", com o polegar acima da aréola e os restantes dedos abaixo da mesma, junto ao tórax.
- Toque com o mamilo nos lábios do bebé para que ele abra a boca e abocanhe a mama.
- Após a subida de leite, o bebé deve esvaziar primeiro uma mama. Só deverá passar para a outra se não ficar satisfeito. Assim, vai ingerir os diferentes componentes do leite ao longo da mamada.
- A mamada seguinte inicia-se pela mama oferecida em último lugar.

O bebé mama em regime livre. Ao fim de algumas semanas irá estabelecer o seu próprio ritmo.

BIBERÃO

O leite materno pode ser extraído e armazenado para posteriormente ser oferecido ao bebé pelo biberão.

Se escolheu não amamentar ou na impossibilidade de o fazer, existe o leite artificial como opção para alimentar o seu bebé.

A grande maioria dos leites artificiais são produzidos a partir do leite de vaca e adaptados para aproximar a sua composição à do leite humano e, assim, satisfazer as necessidades do bebé.



LIMPEZA E ESTERILIZAÇÃO DOS UTENSÍLIOS DE PREPARAÇÃO E DE ALIMENTAÇÃO POR BIBERÃO

1. Lavar as mãos cuidadosamente com água e sabão

2. Limpeza:

- Lavar cuidadosamente os utensílios de preparação e de alimentação (biberão, tetina, tampa, anel, e colher de preparação) com água quente e detergente, com o auxílio de um escovilhão para eliminar todos os resíduos.
- Enxaguar cuidadosamente em água potável.

3. Esterilização:

- Colocar os utensílios submersos numa panela com água.
- Cobrir a panela com uma tampa e levar à fervura.
- Lavar novamente as mãos cuidadosamente e retirar os utensílios da panela
- Depois de secos, fechar os biberões com a tampa protetora e com a respetiva tetina virada para dentro. Colocá-los num local limpo até serem utilizados.

Se utilizar um esterilizador comercial doméstico deve seguir as instruções do fabricante.



CONSERVAÇÃO SEGURA DO LEITE MATERNO

Conservar em sacos de plástico esterilizados para o efeito ou em biberão esterilizado.

LEITE RECÉM EXTRAÍDO (fresco)	Tempo máx.	LEITE CONGELADO	Tempo máx.
À temperatura ambiente (se <25°C)	6/8 horas	No congelador (dentro do frigorífico)	2 semanas
LEITE REFRIGERADO	Tempo máx.	No congelador (separado Tipo Combi)	3/6 meses
Fundo 1ª prateleira frigorífico (0/4°C)	8 dias	Na arca frigorífica (-19°C ou + baixo)	+ 6 meses
Fundo 1ª prateleira frigorífico (4/10°C)	3/5 dias*	DESCONGELAÇÃO DO LEITE	Tempo máx.
* Se temperatura >5°C depois 3.º dia consumir 6h seguintes		Descongelado dentro do frigorífico	12/24 horas
		Descongelado fora do frigorífico	imediatamente

PREPARAÇÃO DO LEITE ARTIFICIAL EM PÓ

1. Lavar as mãos cuidadosamente com água e sabão.
2. Ferver água potável.
3. Deixar a água arrefecer, segundo as indicações do fabricante.
4. Verter para o biberão a quantidade de água fervida adequada à quantidade de leite que se pretende preparar.
5. Juntar o leite em pó respeitando as proporções de água/leite referidas na embalagem.



1 colher de medida rasa de leite em pó para 30ml de água.

Adicionar mais ou menos pó do que o recomendado pode ser prejudicial para o bebé!

6. Tapar o biberão e agitá-lo com movimentos rotativos até que o pó fique dissolvido.
7. Verificar a temperatura do leite deixando cair umas gotas no pulso ou dorso da mão. O leite deve estar morno.
8. Administrar de imediato o leite. O que não for ingerido deve ser desperdiçado.



Idealmente o leite deve ser preparado para cada mamada. No entanto, por razões práticas, pode ser necessário preparar os biberões com antecedência. Nesse caso:

- Preparar a totalidade do volume diário de leite e dividir pelos biberões para cada mamada.
- Colocar no frigorífico.
- No momento da mamada, retirar do frigorífico e aquecer em banho-maria ou num aquecedor de biberões.
- Os biberões preparados podem ser conservados no frigorífico até 24 horas.

ADMINISTRAÇÃO DO LEITE POR BIBERÃO

- Alimentar o seu bebé quando este mostrar sinais de fome, como por exemplo, movimentos de busca ou mover e chuchar nos dedos e punhos. Chorar é o último sinal de que o bebé tem fome. De preferência alimentar-o antes do choro.
- Colocar o bebé semi-sentado e confortável, numa posição face a face, de forma a estabelecer contacto visual com ele.
- Tocar com a tetina nos lábios do bebé para que este abra a boca.
- Introduzir suavemente a tetina na boca do bebé (a língua deve ficar por baixo da tetina).
- Manter o biberão ligeiramente inclinado.
- O bebé pode precisar de pequenas pausas para descansar e arrotar.

OLHE PARA O SEU FILHO ENQUANTO O ALIMENTA. O CONTACTO VISUAL REFORÇA A LIGAÇÃO ENTRE A MÃE/PAI E A CRIANÇA!

03. SONO SEGURO



O SONO DO BEBÉ

Os recém-nascidos dormem 16 a 18 horas por dia, com períodos de vigília de 45 minutos a 1 hora. Nesta fase, o bebé acorda sobretudo para comer.

Nas primeiras semanas de vida os ciclos de sono do bebé não são influenciados pela alternância entre o dia e a noite, uma vez que a produção de melatonina (a hormona responsável pelo padrão de sono noturno e vigília diurna) só se inicia entre as 6 e as 8 semanas de vida e o ritmo circadiano só se organiza a partir das 12 a 14 semanas.



UMA BOA QUALIDADE DE SONO DESEMPENHA UM PAPEL FUNDAMENTAL NO DESENVOLVIMENTO E MATURAÇÃO CEREBRAL DA CRIANÇA.

Os estádios de sono/vigília do recém-nascido devem ser respeitados, sendo o período de vigília o propício para interagir com a criança.

Mantenha o ambiente com mais clareza durante o dia, quando o bebé está acordado. Para as sestas e, especialmente, para o sono noturno, mantenha o ambiente escurecido.

RECOMENDAÇÕES PARA UM SONO SEGURO E PREVENÇÃO DO SÍNDROME DA MORTE SÚBITA*



- Até ao primeiro ano de vida colocar a criança a dormir de barriga para cima, incluindo durante as sestas, alternando a posição da cabeça para um e outro lado. Sob supervisão, estimular o bebé a brincar de barriga para baixo.



- Manter a criança a dormir no mesmo quarto que os pais, pois a proximidade é importante, mas em camas separadas para minimizar o risco de asfixia ou traumatismo.



- Utilizar uma superfície firme, sólida e estável para deitar o bebé. O colchão deve ser firme e estar bem ajustado ao tamanho da cama.

- As grades devem ter uma altura mínima, pelo interior, de 60cm e não devem ter aberturas superiores a 6 cm.



- Utilizar roupa de cama adequada à temperatura ambiente. Evitar o sobreaquecimento da criança. Manter temperatura do quarto entre 18 e 21°C.

- Fazer a cama com o lençol superior ajustado ao tamanho da criança. O lençol não deve ultrapassar os ombros do bebé e os seus pés devem tocar no fundo da cama.



- Não usar objetos, almofada, fraldas ou brinquedos na cama.
- Oferecer chucha à criança na hora de dormir. Caso a rejeite, não forçar o seu uso. Não utilizar fitas para segurar a chucha pelo risco de asfixia durante o sono.



- Adequar o ruído a cada criança de forma a não perturbar o sono.
- Obter uma luminosidade que favoreça o sono e o repouso, promovendo hábitos de sono que respeitem o ciclo circadiano.
- Evitar a exposição ao tabaco no ambiente da criança. Não fume nem deixe ninguém fumar perto da criança.



- Evitar consumo de álcool e drogas ilícitas durante a gravidez e após o nascimento.



- Amamentar a criança ou oferecer leite materno.



- Manter uma vigilância pré-natal regular e adequada e a vacinação da criança atualizada conforme o Programa Nacional de Vacinação.



- Não são aconselhados monitores cardiorrespiratórios como estratégia para reduzir o risco de síndrome de morte súbita do lactente.

**DORMIR DE
BARRIGA PARA CIMA!
BRINCAR DE BARRIGA
PARA BAIXO!**

* Morte súbita e inesperada de uma criança com menos de um ano de idade que permanece inexplicada após uma investigação completa e aprofundada.

04. SEGURANÇA



A VIGILÂNCIA E SUPERVISÃO CONSTITUEM UMA PRÁTICA
ESSENCIAL PARA O BEM-ESTAR E SEGURANÇA DO BEBÉ
À MEDIDA QUE ESTE VAI CRESCENDO.

PREVENÇÃO DE ACIDENTES NO DOMICÍLIO

QUEDAS

- São os acidentes mais comuns nos primeiros meses de vida.
- O bebé começa a mexer-se muito cedo. Nunca o deixe sozinho em cima de uma superfície, como por exemplo, na mesa muda fraldas, cama dos pais ou sofá.
- Mantenha sempre uma mão em contacto com o bebé, pois basta uma pequena distração para que ocorra um acidente.
- A cama do bebé deve obedecer às normas de segurança europeias.
- Não deixar espreguiçadeiras, alcofas ou cadeiras de automóvel em cima de superfícies altas. Coloque-as no chão!
- Sempre que colocado no carrinho ou na espreguiçadeira, o bebé deve ser seguro pelo cinto. Quando o carrinho estiver parado deve ser travado.



**CRIAR UM AMBIENTE
SEGURO REQUER UM
EQUILÍBRIO ENTRE AS
MEDIDAS DE PROTEÇÃO
E A LIBERDADE PARA O
BEBÉ PODER EXPLORAR O
MEIO E DESENVOLVER-SE
ADEQUADAMENTE.**



QUEIMADURAS

- Na preparação do banho, coloque primeiro a água fria e depois a quente. A temperatura ideal situa-se entre os 36º-37º. Verifique sempre a temperatura antes de colocar o bebé na banheira.
- Antes de dar o biberão, deve agité-lo bem e verificar a temperatura do leite antes de o dar ao bebé, deitando uma pequena quantidade na face interna do punho.
- O bebé não deve estar ao colo quando o cuidador está a fumar, cozinhar ou tem na mão utensílios com líquidos quentes, como chá ou café.
- Todos os bebés devem apanhar sol para que a síntese da vitamina D se faça, no entanto, o bebé é extremamente sensível aos raios solares. Assim, no primeiro ano de vida as crianças não devem ser expostas diretamente ao sol. Em ambientes de sol, deverão usar roupa fresca que cubra o corpo, incluindo braços e pernas, e chapéus de abas largas que protejam face e pescoço. O fotoprotetor não está recomendado em idades inferiores a 6 meses.

ASFIXIA NA CAMA

- No berço, deitar o bebé de costas, com os pés encostados ao fundo da cama e o lençol até aos ombros. Não devem existir almofadas ou fraldas de pano junto à cabeça do bebé.

- Laços, fitas e brinquedos também devem ser retirados da cama.
- Confirmar se o berço ou a cama de grades têm aberturas inferiores a 6 cm.
- A corrente da chupeta não deve ter um comprimento superior a 22cm, para evitar o risco de estrangulamento. Deve-se retirar ao deitar o bebé.



ASFIXIA POR CORPO ESTRANHO

- Os bebés exploram os objetos com a boca.
- Escolher brinquedos grandes que não caibam na boca do bebé e que não tenham partes pequenas.
- A chupeta deve ter a tetina bem fixa à base e o disco deve ser suficientemente grande para impedir que esta entre na boca do bebé.
- O bebé não deve usar brincos, pulseiras, anéis ou fios, para evitar a sua aspiração acidental.
- Sacos de plástico, balões e fios compridos não devem estar ao alcance do bebé



ASFIXIA POR ENGASGAMENTO

- O biberão deve ser oferecido sempre na presença de um adulto.
- Após a alimentação, o bebé deve arrotar e só depois ser deitado de barriga para cima com a cabeça lateralizada.
- Quando da introdução da alimentação complementar, é necessário preparar os alimentos com texturas e cortes seguros de modo a evitar o engasgamento.

pescoço, pelo que não conseguem elevá-la em caso de afogamento.



AFOGAMENTO

- O afogamento é rápido e silencioso.
- Durante o banho, o bebé nunca deve ser deixado sozinho, mesmo que a quantidade de água seja muito reduzida, pois bastam alguns centímetros para uma criança se afogar. Os bebés têm a cabeça muito pesada e pouca força no



PREVENÇÃO DE ACIDENTES RODOVIÁRIOS

CADEIRA DE TRANSPORTE

- Tem de estar aprovada pelas normas internacionais mais recentes para oferecer segurança (Símbolo E).
- Deve ser da Categoria Universal para se adaptar a qualquer veículo.
- É importante que o sistema de retenção infantil seja homologado pois significa que foi submetido a testes de segurança e que cumpre com os padrões de qualidade.

GRANDE PARTE DOS ACIDENTES COM BEBÉS
DEVE-SE AO TRANSPORTE INADEQUADO EM AUTOMÓVEL.

Fig. 1: Etiquetas de homologação

ECE44/04 universal 9 - 36 kg Y	i-Size 67cm-105cm / ≤18,5 kg E4	Nome da homologação
		Altura e peso da criança
E1	E4	Local da homologação
04210084	E4-129R-000001	E: Europa N.º: País
1178645	Nr.257869	N.º de aprovação
		N.º de série

- Na União Europeia as cadeiras são homologadas sob duas normas: **R44-04**, com base no peso da criança, e **R-129 (modelo i-Size)**, que se baseia na altura, embora também estabeleça um peso máximo de utilização. A norma de homologação R-129 pouco a pouco vai substituir a R44 e será a que definitivamente permanecerá válida.
- Apesar de as cadeiras homologadas pela norma R-129 serem mais seguras, nem todos os automóveis estão preparados para as receber, uma vez que são fixas com recurso ao sistema Isofix.
- É aconselhável certificar-se previamente que a cadeira é compatível com o veículo. Recomenda-se que a instale antecipadamente com a ajuda de um profissional especializado.

Quadro 1
Cadeiras homologadas sob a norma R44-04

GRUPO	0	0+	I	0+/I	II	III
PESO(kg)	≤10	≤13	9-18	≤18	15-25	22-36



ATENÇÃO ÀS CADEIRAS EM "SEGUNDA MÃO":

- O modelo deve ser recente, ter a etiqueta de homologação e as respectivas instruções.
- Assegure-se que não foi utilizada por mais do que duas crianças, pois a mola do fecho do cinto interno desgasta-se com as utilizações.
- Rejeite-a caso já tenha sofrido algum acidente ou sido exposta a altas temperaturas.

TRANSPORTE

- O bebé deve ser transportado no automóvel com sistema de retenção apropriado à sua idade e peso/altura (Quadro 1).
- O bebé tem o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada, pelo que deve viajar no banco traseiro do automóvel na cadeira voltada para trás, idealmente até aos 3 anos, pelo risco de lesões graves em caso de travagem brusca ou acidente. Só a partir dos 15 meses é legalmente permitido que a criança viaje virada para a frente.
- A cadeira nunca deverá ser colocada no banco frontal do veículo se o airbag estiver ativo.
- Aperte corretamente o cinto de segurança interno da cadeira (deve ficar uma folga máxima de 1 dedo entre o arnês e o bebé, medida no ombro).

05. SINAIS DE ALARME



QUANDO DEVE LEVAR O SEU BEBÉ À URGÊNCIA PEDIÁTRICA?

- Febre (temperatura axilar > 37,6°C ou temperatura rectal > 38°C):** o recém-nascido febril **deve ser sempre observado por um médico**. Na primeira semana de vida, avaliar temperatura na axila. A partir da 2ª ou 3ª semana de vida, a temperatura poderá ser medida no reto ou na axila.
- Dificuldade respiratória:** gemido, ruídos tipo chiado, respiração ofegante, dificuldade em chorar, movimento rítmico das abas do nariz, "cavinhas" entre as costelas e/ou tom de pele azulado.
- Dor ao toque/dificuldade em mobilizar alguma parte do corpo:** pode ter uma lesão, uma fratura ou uma infecção.



Ligue de imediato para o 112 se verificar alguma destas condições no seu bebé:

- Não acorda/não está consciente.
- Não respira.
- Sofreu um acidente grave (afogamento, intoxicação, queda ou outro).

Saiba desde o nascimento qual a urgência pediátrica a que deve recorrer em caso de urgência e o melhor caminho para lá chegar!

Se tiver dúvidas contacte o seu médico ou a linha SAÚDE 24 808 24 24 24.

- Choro persistente** e inconsolável.

- Sonolência:** não acorda, nem consegue alimentá-lo.

- Vómitos repetidos, diarreia** (fezes aquosas, abundantes e numerosas, diferentes das dejeções do leite materno) ou **fezes sanguinolentas**.

- Alterações na pele:** palidez acentuada, pele e olhos muito amarelos. Inchaço, manchas roxas/avermelhadas de aparecimento súbito e progressivo.

- Convulsões:** olhar parado, tremores acentuados que não cedem à contenção, pestanejo repetitivo, movimentos de mastigação persistentes e repetitivos.

- Acidente** que ofereça dúvidas quanto à sua gravidade: uma pequena queimadura, uma ferida que necessite de sutura, etc.

VACINAÇÃO

Existem vacinas que não estão incluídas no PNV que, em conjunto com os pais, devem ser consideradas e ponderadas pelo médico de família ou pediatra.

O recém-nascido deverá ser seguido em consultas de saúde infantil para que o médico de família ou o pediatra acompanhem o seu crescimento e desenvolvimento. Os pais deverão fazer-se sempre acompanhar do **Boletim de Saúde Infantil e Juvenil** e do **Boletim Individual de Saúde**, para que todos os dados obtidos nas consultas relativamente à avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança, bem como as vacinas administradas, fiquem registados.

APÊNDICE VII

Atividade: Constituição da Refeição Principal (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)



APÊNDICE VIII

Documento informativo para profissionais de saúde: “*Atividade física, comportamento sedentário e o sono em crianças e adolescentes*” (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)

RECOMENDAÇÕES DE ATIVIDADE FÍSICA, COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO E SONO PARA LACTENTES, CRIANÇAS DE 1 A 3 ANOS E EM IDADE PRÉ-ESCOLAR

"24h saudáveis"	Lactentes (até 1 ano)	Crianças (1 a 3 anos)	Pré-escolares (3 a 5 anos)
ATIVIDADE FÍSICA*	Estimular o movimento e a atividade desde o nascimento; Pelo menos 30 minutos de barriga para baixo ao longo do dia (1º-6º mês); Garantir um ambiente seguro e supervisionado durante as atividades (chão, ...)	Pelo menos 180 minutos de atividade física de qualquer intensidade, realizada ao longo do dia (intermitente).	Pelo menos 180 minutos de atividade física, da qual pelo menos 1h deverá ser dedicada a atividades moderadas a vigorosas, realizadas ao longo do dia.
COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO	Tempo de ecrã: não recomendado.	<2 anos - Tempo de ecrã: não recomendado. >2 anos - Tempo de ecrã: não deve exceder 1h/dia. • Minimizar a quantidade de tempo parado/sentado por longos períodos (não considerar o período de sono).	Tempo de ecrã: não deve exceder 1h/dia. • Minimizar a quantidade de tempo parado/sentado por longos períodos (não considerar o período de sono).
SONO	14-17 h (até 3 meses). 12-16h (4 aos 12 meses). Sono de boa qualidade.	11-14h de sono de boa qualidade.	10-13h de sono de boa qualidade.

Fonte: Direção Geral da Saúde (2019), adaptado de Tremblay (2017)
Disponível em: <https://alimentacaosaudavel.dgs.pt/alimentacao-saudavel-dos-0-aos-6-anos/>

*Intensidade da Atividade Física:
- Ligeira: estar em pé; caminhada lenta; brincadeiras no chão.
- Moderada: caminhada acelerada; saltar; saltar à corda; jogos lúdicos; andar de bicicleta; dançar; correr
- Vigorosa: todas as moderadas, mas que forcem a criança a respirar rapidamente, permitindo-lhe apenas que fale em frases curtas. Normalmente, os batimentos cardíacos aumentam substancialmente e as crianças poderão suar.

APÊNDICE IX

Folheto para os pais: “*Atividade física, comportamento sedentário e o sono em crianças e adolescentes*” (Contexto de Intervenção - Cuidados de Saúde Primários)

Crianças partir dos 5 anos e Adolescentes

ATIVIDADE FÍSICA

- ✓ A atividade física é fundamental para o desenvolvimento físico, social e cognitivo das crianças e adolescentes.
- ✓ Encorajar a participação em atividades físicas que sejam divertidas, diversificadas, e adequadas para sua idade e capacidade.
- ✓ Aumentar gradualmente a sua frequência, intensidade e duração ao longo do tempo.

Pelo menos, 60 minutos por dia, de alguma atividade física, como por exemplo caminhar, pedalar ou patinar.

Incluir em, pelo menos, 3 dias da semana atividades de intensidade vigorosa e de fortalecimento muscular e ósseo.

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

- ✓ Limitar o tempo em comportamento sedentário, nomeadamente o tempo de ecrã em atividades recreativas.

SONO

- ✓ Dos 6 aos 12 anos: 9 a 12 horas de sono/ dia
- ✓ Dos 13 aos 18 anos: 8 a 10 horas de sono/dia

Fontes de Imagens:
<https://www.vectorstock.com>
<https://unsplash.com>

Novembro de 2021

ATIVIDADE FÍSICA COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO & SONO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES



Crianças até 1 ano

ATIVIDADE FÍSICA

- ✓ Estimular o movimento e a atividade do bebé desde o nascimento.
- ✓ Promover o movimento livre em espaços seguros.

Entre o 1º e 6º mês:

- ✓ Ao longo do dia o bebé deve ficar, pelo menos, 30 minutos de barriga para baixo para exercitar os músculos do pescoço.

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

- ✓ Evitar o uso prolongado de espreguiçadeiras e cadeirinhas;
- ✓ O tempo de ecrã não é recomendado nesta fase de desenvolvimento.

SONO

Uma boa qualidade de sono desempenha um papel fundamental para o desenvolvimento e maturação cerebral do bebé.

- ✓ Dos 4 meses ao 1º ano de vida o bebé deve dormir entre 12 a 16h por dia.



Crianças de 1 a 3 anos

ATIVIDADE FÍSICA

- ✓ Atividades físicas divertidas e variadas ao longo do dia: brincar no chão, saltar, jogos lúdicos, pequenas corridas ou dançar.

É recomendado que a criança seja ativa durante, pelo menos, 3 horas por dia, no entanto:

QUANTO MAIS, MELHOR!

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

- ✓ Até aos 2 anos não é aconselhado o uso de televisão, telemóveis, tablets ou consolas.

A partir dos dois anos:

- ✓ A criança não deve exceder a utilização de tecnologia por mais de 1 hora por dia;
- ✓ Limitar o tempo sentado/parado a menos de 1 hora seguida. Aproveitar esses momentos para promover momentos de leitura /histórias.

SONO

- ✓ Nesta fase a criança deve dormir entre 11 a 14h por dia (Incluindo as sestas).



Crianças dos 3 aos 5 anos

ATIVIDADE FÍSICA

- ✓ Ser ativo durante pelo menos 3 horas por dia;
- ✓ Dedicar, pelo menos, 1 hora a atividades que envolvam maior gasto de energia:

Correr, andar de bicicleta, saltar à corda, jogar à bola, entre outras.

COMPORTAMENTO SEDENTÁRIO

- ✓ Manter o uso de ecrãs limitado a 1 hora diária.
- ✓ Limitar o tempo sentado/parado a menos de 1 hora seguida. Aproveitar esses momentos para promover momentos de leitura /histórias.

SONO

- ✓ Nesta fase a criança deve dormir entre 10 a 13h por dia (Incluindo as sestas).

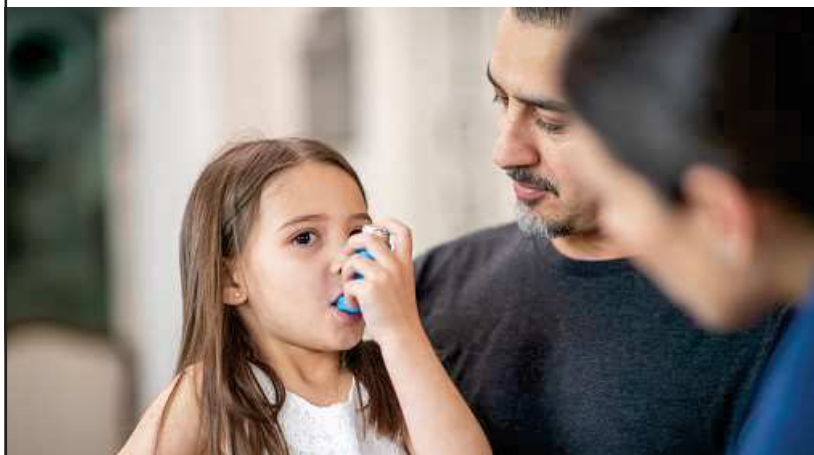


APÊNDICE X

Sessão de formação: “*A auto-gestão apoiada da saúde da criança e adolescente*” (Contexto de Intervenção - Urgência Pediátrica)



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM
LINDOIA - SP



AUTO-GESTÃO APOIADA DA SAÚDE DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

Serviço de Urgência Pediátrica

Bárbara Soares
Aluna do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

18.12.2021

SUMÁRIO

01.
OBJETIVO

02.
INTRODUÇÃO

03.
AUTO-GESTÃO
DE SAÚDE

04.
AUTO-GESTÃO
NO SERVIÇO
DE URGÊNCIA

05.
CONCLUSÃO

06.
REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

01.

OBJETIVO

- I. Divulgar junto da equipa de enfermagem a evidência científica mais recente sobre a temática da auto-gestão apoiada de saúde da criança/jovem e família.

02.

INTRODUÇÃO

- No âmbito do Curso de Mestrado na área de Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi proposta a realização de um projeto formativo individual.
- Procurei neste contexto de estágio formular objetivos que respondam às necessidades do serviço, tendo como linha orientadora a temática da **auto-gestão apoiada** de saúde que pretendo desenvolver e estudar ao longo do meu processo formativo.

03.

AUTO-GESTÃO
DE SAÚDE

CONCEITO DE AUTO-GESTÃO DE SAÚDE

- Processo de **envolvimento em comportamentos específicos** que, aumentam a capacidade da pessoa para gerir uma doença crónica ou comportamentos de risco (promoção da saúde) (Ryan e Sawin, 2009).
- Processo em que as crianças e jovens desenvolvem um vasto **conjunto de atitudes, comportamentos e competências** que os ajudam a **minimizar o impacto da sua condição de saúde** em todos os aspetos da sua vida, tanto para eles como para a sua família ou cuidadores (Saxby, et al., 2019).
- Pode estar associada a **atividades relacionadas diretamente com os cuidados de saúde**, bem como, com **comportamentos sociais** e de **estilo de vida** que tenham impacto no bem estar da criança, como por exemplo: frequentar a escola, participar numa aula de pintura, jogar videojogos, pertencer a uma equipa desportiva (Lozano e Houtrow, 2021).

03.

AUTO-GESTÃO
DE SAÚDE

Melhorar a gestão de condições crónicas numa idade precoce pode levar a **melhorias imediatas na saúde** da criança mas também terá **influência na sua saúde ao longo da vida** (Brigden, et al., 2020).

Da mesma forma que a auto-gestão de fatores de risco pode **melhorar os resultados**, prevenindo, retardando ou atenuando as condições de saúde (Ryan e Sawin, 2009).

Estudos sobre a eficácia dos comportamentos de autogestão de condições crónicas indicam:

- Melhorias nos resultados de saúde
- Melhoria da qualidade de vida;
- Redução dos custos associados à saúde
- Diminuição da procura dos serviços de saúde
- Contributo para a saúde geral da sociedade



Assim, é fundamental que as crianças e as suas famílias sejam apoiadas a melhorar a compreensão da sua condição de saúde e a desenvolverem competências de auto-gestão.

(Ryan e Sawin, 2009)

03.

AUTO-GESTÃO
DE SAÚDE

AUTO-GESTÃO APOIADA DE SAÚDE



- Na pediatria, a auto-gestão de saúde é na verdade **partilhada** → os pais e/ou cuidadores e a criança/adolescente partilham a função de gestão de saúde.
- Os pais apoiam as necessidades dos filhos, assumindo diferentes papéis ao longo do seu ciclo vital.
- Na maioria das crianças, com o desenvolvimento gradual das suas competências cognitivas, motoras, sociais e de vida, **a sua capacidade de auto-gestão aumenta** ao longo do tempo, tornando-se mais independentes na gestão da sua saúde.

(Saxby, et al., 2019)



03.

AUTO-GESTÃO
DE SAÚDE

Papel do Enfermeiro:

Facilitar o desenvolvimento
de competências de autogestão de saúde

- Reduzir riscos
- Promover condições que apoiem a Auto-gestão
- Aumentar o conhecimento e alterar crenças,
- Promover o uso de comportamentos de autorregulação
- Promover a facilitação social



(Ryan e Sawin, 2009)

04.

AUTO-GESTÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

Frequentemente, são admitidas no Serviço de Urgência Pediátrica crianças/jovens com:

- **Doença crónica:** Asma, Diabetes, Epilepsia, Paralisia Cerebral, Fibrose Quística etc.
- **Comportamentos de risco que podem comprometer a sua saúde:** consumo de drogas como o álcool, tabaco, cocaína ou opiáceos, distúrbios alimentares, comportamentos agressivos ou comportamento sexual de risco.

04.

AUTO-GESTÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA



- A prevalência de condições crónicas de saúde em crianças e jovens tem vindo a aumentar (Brigden, et al., 2020).
- A evolução dos cuidados de saúde e o avanço da medicina pediátrica possibilitaram a sobrevivência e o aumento da esperança média de vida de muitas crianças com doença crónica (Modi et al., 2012).
- A doença crónica pode desenvolver-se a qualquer momento e ser resultado de condições genéticas e/ou de fatores ambientais (Saxby, et al., 2019).

04.

AUTO-GESTÃO
NO SERVIÇO
DE URGÊNCIA

As crianças com doença crónica apresentam um elevado risco de resultados adversos quer a nível médico, do desenvolvimento infantil, psicossocial e familiar (Lozano e Houtrow, 2021).



Embora com diferente nível de gravidade e complexidade todas as crianças com doença crónica ou necessidades complexas de saúde requerem **cuidados diários de auto-gestão apoiada da doença** (Saxby, et al., 2019).

04.

AUTO-GESTÃO
NO SERVIÇO
DE URGÊNCIA

Os enfermeiros num serviço de Urgência Pediátrica podem colaborar com a criança e família na gestão da sua doença crónica ou de comportamentos de risco (Promoção da Saúde).

...MAS COMO?

Com uma abordagem multidimensional e interdisciplinar...

04.

AUTO-GESTÃO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA

- Educar e capacitar a criança e família para:
 - ✓ Gestão da terapêutica ou tratamento
 - ✓ Adequar Dieta
 - ✓ Adequar Atividade física
 - ✓ Definição de objetivos
 - ✓ Prevenir e gerir complicações
 - ✓ Gestão de serviços e tecnologia no domicílio
 - ✓ Desenvolvimento de estratégias de coping para lidar com o impacto da sua condição
 - ✓ Adequar hábitos de sono
 - ✓ Redução do stress
- Apoiar na gestão emocional
- Promover a adesão terapêutica
- Promover Autonomia
- Promover Bem-estar
- Promover mudanças no estilo de vida

TRIAGEM

SALA
DE TRATAMENTOS

SERVIÇO
DE OBSERVAÇÃO

- Aumentar conhecimentos e alterar crenças
 - ✓ Educação para a adoção de comportamentos de saúde e prevenção da doença e comportamentos de risco
- Educar e capacitar a criança e família na gestão da doença crónica, nomeadamente:
 - ✓ Administração de terapêutica
 - ✓ Monitorização e Gestão de sinais e sintomas ou dados biométricos
 - ✓ Resolução de problemas

05.

CONCLUSÃO

- A admissão no serviço de urgência pediátrica constitui mais uma oportunidade para promover comportamentos de saúde e para melhorar a compreensão da criança/adolescente e família sobre a sua condição de saúde, bem como, a desenvolverem competências de auto-gestão.
- Os enfermeiros têm um papel fundamental no processo de aprendizagem e capacitação das crianças e famílias para a gestão da sua doença crónica, com segurança e autonomia.

06.

REFERÊNCIAS
BIBLIOGRÁFICAS

- Brigden, A. (2020). Digital Behavior Change Interventions for Younger Children With Chronic Health Conditions: Systematic Review. *Journal Of Medical Internet Research*, 22.
- Lozano, P., & Houtrow, A. (2021). Supporting Self-Management in Children and Adolescents With Complex Chronic Conditions. *PEDIATRICS*, 141
- Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing Outlook*.
- Saxby, N., Ford, K., Beggs, S., Battersby, M., & Lawton, S. (2019). Developmentally appropriate supported self-management for children and young people with chronic conditions: A consensus. *Patient Education and Counseling*.

APÊNDICE XI

Sessão de formação: “*Cuidados de enfermagem à criança com ventilação mecânica não invasiva*” (Contexto de Intervenção - Urgência Pediátrica)



CUIDADOS DE ENFERMAGEM À CRIANÇA COM VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Serviço de Urgência Pediátrica

Bárbara Soares

Aluna do Mestrado em Enfermagem e Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica

18.12.2021

SUMÁRIO

01. OBJETIVOS

02. VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

03. CUIDADOS DE ENFERMAGEM

04. INFANT FLOW SIPAP

05. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

01.

OBJETIVOS

I.

Identificar conceitos básicos sobre a ventilação não invasiva (VNI).

II.

Adquirir conhecimentos sobre os cuidados de enfermagem à criança com VNI.

02.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

- Método de suporte ventilatório
- Aplicada pressão positiva na via aérea do doente através de interfaces nasais ou nasobuciais (cânulas binasais, máscara ou tubo nasofaríngeo), sem recurso entubação traqueal
- Pode ser a primeira opção de escolha de suporte ventilatório, prevenindo a entubação traqueal.



02.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

- Recrutar alvéolos colapsados ou não ventilados
- Aumentar a capacidade residual funcional
- Diminuir o trabalho respiratório
- Melhorar a relação ventilação-perfusão
- Otimizar as trocas gasosas
- Prevenir o colapso e obstrução da via aérea
- Diminuir episódios de apneias e bradicardias
- Diminuir a necessidade de Oxigénio suplementar

02.

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

- Insuficiência respiratória aguda
- Insuficiência respiratória crónica
- Doenças neuro-musculares
- Distúrbios do sistema nervoso central
- Apneia obstrutiva do sono
- Pós-operatório
- Período pós-extubação

02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

- Depressão do estado de consciência/ ausência de reflexo da tosse
- Paragem respiratória iminente
- Instabilidade hemodinâmica
- Malformação/ alteração estrutural da via aérea
- Paralisia das cordas vocais
- Obstrução fixa da via aérea
- Fenda labial ou palatina
- Atresia das coanas
- Fistula traqueoesofágica
- Hérnia diafragmática congénita
- Pneumotórax
- Cirurgia gastrointestinal recente
- Enterocolite necrosante ou perfuração intestinal espontânea
- Gastrosquise

02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES**VANTAGENS**MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

- Redução dos efeitos adversos associados à entubação traqueal e ventilação invasiva:
 - i. Volutrauma
 - ii. Barotrauma
 - iii. Infecção/ inflamação (biotrauma)
 - iv. Lesões laringo-traqueais (endotrauma)
- Menor necessidade de sedação
- Facilidade de aplicação
- Manutenção da comunicação
- Manutenção da alimentação
- Boa relação custo-eficácia

02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)

- Administração de pressão positiva durante todo o ciclo respiratório da criança, em respiração espontânea.
- Envolve o fornecimento de gás, **aquecido e húmido**, com uma **pressão positiva contínua**, mensurável e controlável.

02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)

- São utilizados dois parâmetros:
 - **PEEP** (Pressão Positiva no Final da Expiração) - é responsável pelo recrutamento alveolar impedindo os alvéolos de colapsarem na expiração.
 - **FiO2** (Fração de Oxigénio Inspirado) - é responsável pela administração de oxigénio. Deve ser ajustado de acordo com as necessidades da criança.



02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

CPAP (Continuous Positive Airway Pressure)

- A pressão é exercida com o **auxílio de interfaces**, como cânulas bi-nasais ou máscara conectada firmemente à face da criança, criando um “selo”.
- São fixadas por intermédio de sistemas próprios: gorro ou arnês.



02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

BiPAP (Biphasic Positive Airway Pressure)

- Neste modo são aplicados dois níveis de pressão durante o ciclo respiratório: uma pressão positiva inspiratória (PIP) e uma pressão positiva expiratória (PEEP).
- Pode estar, ou não, sincronizado com a respiração da criança.

Modo espontâneo: Assiste as respirações da criança. A criança desencadeia todos os movimentos ventilatórios e o ventilador auxilia com pressão inspiratória e expiratória

Modo espontâneo/programado: O ventilador assiste as respirações da criança, mas na ausência de respiração espontânea dentro de um período de tempo pré-definido, inicia a ventilação.

Modo programado: O ventilador assegura um número prefixado de ventilações, independentemente das que faça a criança.

02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

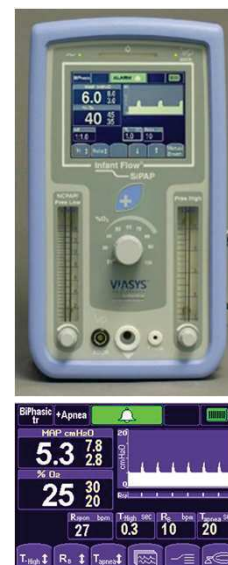
VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

BiPAP (Biphasic Positive Airway Pressure)

- São definidos os seguintes parâmetros:
- PEEP
- PIP
- Tempo inspiratório
- Frequência respiratória de backup
- Tempo de apneia
- FiO₂



02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

COMPONENTES DA VNI

1. Circuito de gases inspirados, humidificados e aquecidos

- Traqueias
- Panela de Humidificação

Humidificação e aquecimento dos circuitos

- Em situações normais, o ar inspirado é aquecido e humidificado nas vias aéreas superiores, atingindo os alvéolos em condições ótimas.
- Na ventilação invasiva ou não invasiva, são fornecidos ao doente gases medicinais frios e praticamente desprovidos de água.
- Na VNI, os parâmetros necessários contemplam o aquecimento e humidificação que ocorre nas vias aéreas superiores, sendo a humidade ideal atingida com 31°C e 100% de humidade relativa.
- O ar é aquecido na panela de humidificação, à temperatura definida, acrescentando-se vapor de água a partir do reservatório de água. Esta mistura é administrada através do tubo inspiratório com circuito aquecido.

02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

COMPONENTES DA VNI

2. Sistema Gerador de Pressão Positiva

3. **Interface** para conectar o sistema gerador às vias aéreas da criança.

- Cânulas bi-nasais (moles e curtas)
- Máscara (nasal, nasobucal ou facial)



02.

VENTILAÇÃO
NÃO INVASIVA

DEFINIÇÃO

OBJETIVO

INDICAÇÕES

CONTRA-INDICAÇÕES

VANTAGENS

MODALIDADES MAIS
COMUNS NA PEDIATRIA

COMPLICAÇÕES

- Pneumotórax
- Aumento da resistência vascular pulmonar com a consequente redução do retorno venoso pulmonar e da redução do débito cardíaco;
- Distensão gástrica
- Lesão / Irritação da mucosa nasal
- Lesões da pele
- Xerostomia
- Risco de deformação craniofacial por uso prolongado, especialmente em recém-nascidos
- Desconforto

03.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

I. MANTER A PRESSÃO DEFINIDA

- Calibrar e testar o ventilador.
- Escolher barrete de fixação e interface de dimensões adequadas.
- Fixar adequadamente as cânulas nasais ou a máscara.
- As cânulas devem ocluir completamente as narinas e estar em linha com o nariz, não o repuxando.
- Verificar se existem fugas no circuito e se a criança está a receber o nível pretendido de pressões.
- Quando possível utilizar a chupeta para evitar/ diminuir a perda de pressão pela orofaringe.

03.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

II. MANTER VIA AÉREA DESOBSTRUÍDA

- Instilar NaCl a 0,9% nas narinas para verificar permeabilidade e de seguida, se necessário aspirar a orofaringe.
- Evitar aspiração nasal (maior risco de traumatismo das mucosas).
- Humidificar e aquecer a mistura gasosa a administrar – manter reservatório com H₂O e a temperatura da panela adequada.

03.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

III. PREVENIR LESÕES DA PELE

- Alternar entre cânulas nasais e máscara sempre que possível.
- Adaptar corretamente as cânulas nasais/ máscara e evitar que repuxem.
- Manter região nasal seca.
- Massajar os locais onde é exercida pressão.
- Utilizar penso hidrocoloide/ apósito de silicone nos locais onde é exercida pressão para proteger a pele.
- Verificar a integridade cutânea da pirâmide nasal e face sempre que desconectar a criança da interface.

03.

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

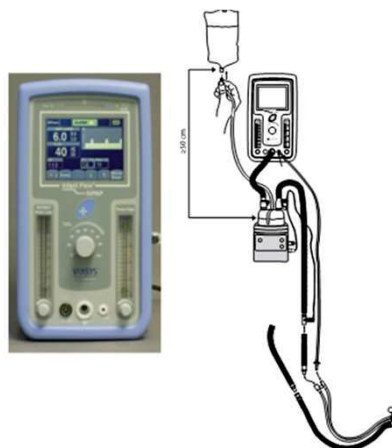
OUTROS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

- Colocar sonda orogástrica em escape, numa posição superior, de forma a prevenir a distensão abdominal.
- Higiene Oral.
- Monitorizar e registar estado de consciência, sinais vitais e esforço respiratório da criança.
- Monitorizar e registar os parâmetros ventilatórios.
- Promover o conforto da criança/família.

04.

INFANT FLOW SiPAP

- INFANT FLOW SiPAP ®
- CIRCUITO
 - Traqueias
 - Panela de humidificação
 - Infant flow™ generator
- INTERFACE
 - Barrete de fixação
 - Máscara nasal
 - Cânulas binasais (ou *prongs*)
- SISTEMA DE SINCRONIZAÇÃO
 - Cabo
 - Sensor



04.

INFANT FLOW SiPAP

MONTAGEM E CALIBRAÇÃO – MODO CPAP

1. Reunir todo o material necessário
2. Utilizar técnica limpa
3. Adaptar panela de humidificação
4. Conectar as traqueias e termômetros
5. Conectar a interface nasal selecionada



04.

INFANT FLOW SiPAP

MONTAGEM E CALIBRAÇÃO – MODO CPAP

6. Ligar ventilador e panela de humidificação à corrente elétrica
7. Conectar o ventilador às rampas de ar comprimido e de oxigênio
8. Conectar o sistema de água destilada esterilizada à panela de humidificação
9. Ligar ventilador e panela de humidificação
10. Proceder à sua calibração antes de conectar à criança, sendo necessário obstruir a interface nasal



04.

INFANT FLOW SiPAP

MONTAGEM E CALIBRAÇÃO – MODO CPAP

11. Verificar se todas as conexões (circuitos, sondas de temperatura e sistema elétrico) estão bem colocadas e adaptadas
12. Conectar à criança



04.

INFANT FLOW
SiPAP

SELEÇÃO DO BARRETE E DA INTERFACE A ADAPTAR

Infant Flow Bonnet Sizing Guidelines*

Bonnet Size	Bonnet Color	Tape Measurement**
000	White	18 - 20 cm
00	Grey	20 - 22 cm
0	Pink	22 - 24 cm
1	Light Brown	24 - 26 cm
2	Yellow	26 - 28 cm
3	Light Blue	28 - 30 cm
4	Gold	30 - 32 cm
5	Light Green	32 - 34 cm
6	Light Burgundy	34 - 36 cm
7	Orange	36 - 38 cm
8	Dark Green	38 - 40 cm
9	Navy	40 - 42 cm

*Guidelines noted on this card are only applicable to Bonnets with part numbers specified above.
 **Tape measurement falling on the high or low end of a given size range can affect your Bonnet size selection.
 + Mary Grogan MSc, PGDip, BSc, RN, RM, Staff Development Sister, Neonatal Unit, St Georges Healthcare, Trust, London



04.

INFANT FLOW
SiPAP

Sensor Respiratório Abdominal

A utilização do sensor respiratório abdominal permite detetar apneias e a frequência respiratória da criança o que possibilita a sincronização das pressões exercidas com os seus movimentos respiratórios (Em modo BiPAP)

- Conectar o transdutor ao Infant Flow
- Conectar o sensor respiratório abdominal à interface do transdutor
- Aplicar o sensor abdominal na criança: Entre o umbigo e o apêndice xifóide



DÚVIDAS?

E-mail:

05.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Pediátrica de S. Francisco Xavier (Neonatologia). (2016). Ventilação Neonatal: Manual Prático. 49-55.
- CareFusion. (2013). Infant Flow® LP nCPAP system Clinical training workbook.
- CareFusion. (2015). Infant Flow®SiPAP comprehensive quick guide.
- Castro-Codesal, M., & et al. (2018). Long-term non-invasive ventilation therapies in children: A scoping review. *Sleep Medicine Reviews*, 148-158.
- Grande, R., Gabriela, F., Andrade, D., Matsunaga, N., Oliveira, T., Almeida, C., & Cohen, M. (2020). Ventilação não invasiva em pacientes em uma UTI Pediátrica: fatores associados à falha. *Jornal Brasileiro Pneumologia*, 46(6), 1-8.
- Kneyber, M., & et al. (2017). Recommendations for mechanical ventilation of critically ill children from the Paediatric Mechanical Ventilation Consensus Conference (PEMVECC). *Intensive Care Med*, 1764-1780.
- Lins, A., Duarte, M. d., & Andrade, L. (2019). Ventilação não invasiva como primeira escolha de suporte ventilatório em crianças. *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 31(33), 333-339.
- Nunes, P., Abadesso, C., Almeida, E., Silvestre, C., Loureiro, H., & Almeida, H. (2010). Ventilação Não Invasiva Numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos. *Acta Médica Portuguesa*, 399-404.
- Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria. (s.d.). Consenso Clínico: "Ventilação Não Invasiva".