



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

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

Por
Ana Maria Lopes de Oliveira

Porto, junho de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

RELATÓRIO DE ESTÁGIO

PRACTICUM REPORT

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

Por
Ana Maria Lopes de Oliveira

Sob Orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas

Porto, junho de 2021

Resumo

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular – estágio final e relatório inserido no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa. Neste relatório são destacadas as competências adquiridas através da experiência profissional as quais devem ser consideradas no processo formativo e justificam a creditação obtida ao estágio do 1º ano do curso. Seguem-se as competências adquiridas ao longo dos três contextos assistenciais que integram o estágio final, optando-se pela sua divisão nos domínios da prestação de cuidados, gestão de cuidados, formação e investigação. É realizada a descrição e análise dos objetivos planeados e das atividades realizadas no serviço de neonatologia, serviço de urgência, unidade de cuidados na comunidade e na unidade de saúde familiar, nomeadamente na amamentação, na promoção da transição para a parentalidade, na parceria de cuidados, na vigilância em saúde, na saúde escolar, na comunicação e na gestão da dor. No final do relatório é apresentada uma reflexão sobre as implicações que este ciclo de estudos trouxe e trará para prática profissional. O presente relatório evidencia o percurso que permitiu a aquisição de competências especializadas na área da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, as quais permitiram a otimização do processo assistencial e a prestação de cuidados de excelência à criança e família.

Palavras Chave: Relatório, Mestrado, Saúde Infantil e Pediátrica e Enfermagem

Abstract

This present report arises from the scope of the curriculum unit – final internship and report inserted in the 13th Master's Degree Course in Nursing with Specialization on Child and Pediatric Health Nursing at the Universidade Católica Portuguesa. In this report, the skills gained through professional experience are highlighted, which must be considered in the shaping process and justify the accreditation attained for the internship of the 1st year of the course. Following are the skills acquired over the three assistance contexts in the areas of care delivery, care management, training and research. The description and analysis of the planned objectives and activities performed in the neonatology unit, emergency service, community care unit and in the family health unit is carried out, namely in breastfeeding, promoting the transition to parenting, partnership in care, health surveillance, school health, communication and pain management. At the end of the report, a reflection is presented on the implications that this cycle of studies has brought and will bring to professional practice. This report highlights the path that allowed the acquisition of specialized skills in the area of Child and Pediatric Health Nursing, which allowed the optimization of the assistance process and the provision of excellence care to children and family.

Keywords: Report, Master's Degree, Child and Pediatric Health and Nursing

Agradecimentos

À minha família, especialmente aos meus pais e irmão, por todo o apoio, paciência e amor.

À Professora Doutora Isabel Quelhas pela orientação e suporte que me proporcionou ao longo do percurso.

Às equipas que colaboraram neste trajeto, mas especialmente às enfermeiras especialistas C.M, S.O e O.M pelo carinho, pela partilha, pelo acompanhamento e pelas experiências.

À minha equipa do serviço pediatria, especialmente à S.P., pelo tempo, seriedade e todas as palavras de incentivo.

Dedico este trabalho

Aos meus pais

e ao meu irmão Pedro

Lista de Acrónimos e Siglas

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
ANIP	Associação Nacional de Intervenção Precoce
APA	American Psychological Association
ARS Norte	Administração Regional de Saúde do Norte
CSP	Cuidados de Saúde Primários
DGS	Direção Geral da Saúde
ECCI	Equipa de Cuidados Continuados Integrados
ECTS	European Credit Transfer System
EDIN	Échelle de Douleur et d'Inconfort de Nouveau-Né
EESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI	Equipa Local de Intervenção
EN	Escala Numérica
ERS	Entidade Reguladora da Saúde
EVA	Escala Visual Analógica
FLACC	Face, Legs, Activity, Cry, Consolability
GCL - PPCIRA	Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos
ICN	International Council of Nurses
IPI	Intervenção Precoce na Infância
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieve System Online
MKC	Método Kangaroo Care
OBS	Sala de Observação
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBCI	Precauções Básicas de Controlo de Infeção
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSV	Programa Nacional para a Saúde da Visão
RN	Recém-Nascido

RSVI	Rastreio de Saúde Visual Infantil
SANP	Serviço de Atendimento Não Programado
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SN	Serviço de Neonatologia
SPN	Sociedade Portuguesa de Neonatologia
STM	Sistema de Triagem de Manchester
SUMC	Serviço de Urgência Médico Cirúrgico
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UC	Unidade Curricular
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa
UNIC	Unidade de Intervenção por Contenção
USF	Unidade de Saúde Familiar

Índice Geral

1- Introdução	15
2 - Competências Previamente Desenvolvidas no Contexto Profissional	19
3 - Caracterização dos Contextos de Estágio	25
3.1 - Serviço de Neonatologia	25
3.2 - Serviço de Urgência Pediátrica	26
3.3 - A Unidade de Cuidados na Comunidade	27
3.4 - A Unidade de Saúde Familiar.....	28
4 - Competências, Objetivos e Atividades Desenvolvidas em Contexto de Estágio	29
4.1 - Prestação de Cuidados	29
4.2 - Gestão de Cuidados.....	62
4.3 - Formação	65
4.4 - Investigação	68
5 - Implicações Para a Prática.....	71
6 - Conclusão	75
7 - Referências Bibliográficas.....	77
8 - Apêndices	87
Apêndice I: Documentos Produzidos na Ação de Educação Para a Saúde “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”	89
Apêndice II: Documentos Produzidos na Sessão de Formação de Pares “Comunicação em Cuidados Paliativos e Cuidados em Fim de Vida”.....	149

1 - Introdução

O presente relatório de estágio surge no âmbito da unidade curricular – estágio final e relatório inserida no 13º Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) - Porto. Este relatório procura reproduzir o trajeto percorrido nos diversos contextos assistenciais.

A unidade curricular (UC) – estágio final e relatório, decorreu entre 7 de setembro de 2020 e 26 de março de 2021. A UC preconiza a realização do estágio, a elaboração do relatório e a respetiva defesa pública que correspondem a 30 *European Credit Transfer System (ECTS)*. Estes créditos representam um total de 750 horas de trabalho, das quais 360 horas correspondem ao contacto direto em contexto de estágio, 20 horas de orientação tutorial e 20 horas de seminários. As restantes 350 horas foram utilizadas em trabalho individual e na elaboração deste relatório.

Esta UC tem como objetivo que o aluno demonstre (1) *“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, relacionados com a sua área de especialização; (2) capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; (3) capacidade para decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação, válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas; (4) ser capaz de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem*

ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências” (UCP, 2020a, p.3).

A realização do estágio teve como finalidade a aquisição de um conjunto de competências inerentes ao plano de estudos do curso. Para a aquisição destas, ao longo dos diversos contextos de estágio, foram delineados objetivos a atingir, os quais se mostraram fundamentais para nortear as atividades desenvolvidas em cada contexto.

O estágio foi dividido em três áreas assistenciais. O contexto de neonatologia, foi o primeiro, que decorreu entre 7 de setembro e 3 de outubro de 2020. Seguiu-se o contexto de urgência entre 5 de outubro de 2020 e 31 de outubro de 2020. Cada um destes contextos totalizou 90 horas de contacto direto. O ciclo de estágio foi concluído nos cuidados de saúde primários que decorreu entre 1 de fevereiro de 2021 e 26 de março de 2021, perfazendo um total de 180 horas de contacto direto, divididas entre a unidade de cuidados na comunidade (UCC) e unidade de saúde familiar (USF). A singularidade e diferenciação dos cuidados prestados nos diferentes contextos, foram a razão da sua escolha.

Este relatório tem como objetivo explorar o percurso formativo utilizando uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva. As atividades desenvolvidas, os objetivos delineados, as competências adquiridas e a reflexão sobre esta articulação na assistência desenvolvida, bem como as implicações para a prática profissional deste ciclo de estudos foi fundamentada com recurso à pesquisa bibliográfica. A referência bibliográfica está elaborada segundo o formato da *American Psychological Association* (APA).

Estruturalmente, este relatório começa pela introdução. Segue-se a abordagem sobre as competências adquiridas em contexto de prática profissional, a qual pretende justificar a creditação do estágio do 2º semestre designado “*A Saúde da Criança e Família – Vigilância e Decisão Clínica*”. Posteriormente é feita a caracterização dos quatro contextos de estágio, a descrição das competências, objetivos, atividades e reflexões desenvolvidas nos quatro domínios. Segue-se uma reflexão acerca das implicações para a prática profissional. Termina este relatório com a conclusão, as referências bibliográficas e os apêndices que

contemplam a planificação da ação de educação para a saúde e a sessão de formação de pares.

2 - Competências Previamente Desenvolvidas no Contexto Profissional

O meu trajeto profissional, no âmbito da enfermagem pediátrica, começou em novembro de 2015 em contexto de oncologia pediátrica. O serviço de pediatria recebe lactentes, crianças e jovens entre os 28 dias e os 18 anos de idade. Engloba a valência médica e cirúrgica. É constituído por: (1) internamento de pediatria, (2) hospital de dia e (3) consulta de pediatria. O atendimento não programado concretiza-se, dependendo do horário, no internamento, hospital de dia ou consulta de pediatria. Atualmente, e tendo em conta o plano de contingência “COVID 19” da instituição, este atendimento é realizado no serviço de atendimento não programado (SANP) – área COVID 19 ou na unidade de intervenção por contenção (UNIC). A minha atividade profissional desenvolve-se maioritariamente no serviço de internamento, no SANP-área COVID 19, na UNIC e pontualmente na consulta de pediatria/hospital de dia.

A equipa de enfermagem é constituída por 33 enfermeiros, dos quais 12 são enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica. A equipa multidisciplinar integra médicos pediatras, pedopsiquiatra, psicólogo, cirurgião pediátrico, nutricionista, assistente social, professores, educadores e as assistentes operacionais.

O método de trabalho de enfermagem é o individual. No entanto, para dar resposta à complexidade dos cuidados, o trabalho em equipa e entre equipas está presente e é evidente.

Uma das responsabilidades que assumo no serviço é a de elo ao Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência a Antimicrobianos (GCL – PPCIRA). Como elo, sou responsável pela comunicação entre o serviço e o grupo de coordenação local, pela monitorização

da prática de higienização das mãos e utilização de luvas e pela auditoria de estruturas e processos de precauções básicas de controlo de infeção (PBCI). Fazem ainda parte das minhas funções a sensibilização dos colegas para esta temática, a participação na elaboração de normas e recomendações de controlo de infeção, a sua implementação e monitorização. Pelo elencado anteriormente considero que demonstro *“capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* (UCP, 2020b, p.2).

A entrada de uma criança na unidade de oncologia é um momento devastador e avassalador, carregado de angústia, temor e incerteza para os pais e para as crianças. Este é um dos momentos mais desafiantes de todo o percurso da criança e família na nossa unidade. É fundamental falar honestamente, aberta e carinhosamente, bem como permitir, à criança e à família, que partilhe as suas emoções e angústias. As preocupações dos pais aliadas ao novo ambiente podem fazer com que não nos escutem. Assim sendo, devemos priorizar a informação a transmitir e assegurar que se tiverem alguma dúvida podem perguntar e que podemos repetir e explicar as vezes que forem necessárias (Hockenberry e Wilson, 2014).

Como já referi, o serviço recebe crianças de várias faixas etárias, pelo que é fundamental ajustar as estratégias comunicacionais ao seu estadio de desenvolvimento, nomeadamente quando explicamos as normas, a doença, os tratamentos e os procedimentos.

Nem sempre o percurso de doença da criança e família tem um desfecho positivo. Em alguns casos os cuidados curativos dão lugar aos cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. Comunicar com a criança e a família durante este processo é um desafio. Torna-se fundamental conhecer e implementar os princípios de comunicação com a criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. Neste sentido considero que atingi parcialmente a seguinte competência *“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura”* (UCP, 2020b, p.2).

A prestação de cuidados à criança e família com doença oncológica é exigente. Os tratamentos contemplam, entre outros, sessões de quimioterapia em alguns casos associados a radioterapia, cirurgia e ao transplante de medula óssea. Após estes tratamentos as crianças apresentam diversos efeitos adversos, tais como: neutropenias severas, mucosites orais/anais e radiodermites. Alguns internamentos são marcados por um conjunto de intercorrências sendo as mais comuns as reações anafiláticas, as hemorragias, o choque séptico e as convulsões. A prestação de cuidados torna-se ainda mais exigentes quando, aliada a esta doença, as crianças apresentam doenças de base pré-existentes como trissomia XXI, diabetes, transtorno do espectro do autismo ou quando se encontram em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.

O alívio e o controlo da dor é fundamental em oncologia pediátrica. A dor pode ser provocada pela doença (ex. invasão das estruturas anatómicas, crescimento tumoral), pelos procedimentos de diagnóstico e terapêuticos (ex. mielograma, punção lombar, amputações) e pelos tratamentos (ex. mucosites) (OMS, 2012). Ao longo do tempo fui adquirindo um conjunto de competências na avaliação da dor. Nomeadamente na utilização de ferramentas de avaliação apropriadas à idade (ex. FLACC até aos 4 anos de idade, escala de faces de Wong-Baker entre os 4 e os 6 anos de idade e a escala numérica a partir dos 6 anos de idade), na implementação de intervenções não farmacológicas tais como as intervenções sensoriais (ex. calor, frio e massagem), cognitivo-comportamentais (ex. relaxamento, a distração e a brincadeira) e cognitivas (ex. simulação ou modelação), na implementação de intervenções farmacológicas (ex. anestesia tópica da pele, benzodiazepinas, opióides, entre outros) (DGS, 2012b) e na avaliação da adequação e eficácia das medidas e tratamentos instituídos (OMS, 2012).

A experiência desenvolvida ao longo do meu percurso profissional, no tratamento da criança e família com patologia oncológica, nos cuidados após os tratamentos, nas intercorrências e no controlo da dor permitiram-me adquirir parcialmente as seguintes competências *“Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, na área de ESSIP; Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área de ESSIP* (UCP, 2020b, p.1).

Também adquiri algumas competências na gestão de cuidados e de equipas. Destaco as atividades de responsável de turno. No desempenho desta função sou responsável pela (1) elaboração do plano de trabalho da equipe de enfermagem, (2) reorganização antecipada dos recursos humanos (enfermeiros e assistentes operacionais), (3) mobilização dos mecanismos necessários para a resolução de intercorrências, acidentes físicos, químicos, biológicos e psicossociais, (4) provisão de recursos materiais, equipamentos e medicamentos necessários, (5) coordenação e monitorização das atividades das assistentes operacionais e (6) pelo registo de todas as ocorrências relevantes no serviço. Neste sentido considero que adquiri parcialmente as seguintes competências “*Gerir os cuidados de enf. na área de EESIP; Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área do EESIP*” (UCP, 2020b, p.2).

Também, no percurso profissional, procurei, ativamente, desenvolver e adquirir um conjunto de novos saberes e competências que me permitiu aperfeiçoar o processo assistencial à criança e à família. No âmbito da formação contínua posso salientar que participei, como formanda, no curso de suporte de vida pediátrico (engloba o suporte básico e avançado de vida), no curso sobre a manipulação de cateter venoso central e controlo de infeção. Ainda como formanda, e em contexto de formação em serviço, assisti a várias ações de formação, nomeadamente: gestão de medicação, carro de emergência, sistema de informação em enfermagem em pediatria oncológica, entre outras. Assim considero “*Manter de forma continua e autónoma, (...) processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional*” (UCP, 2020b, p.2).

Como formadora, nos últimos 5 anos, tenho exercido funções de responsável, na formação em serviço, no que se refere à manipulação de equipamentos. Esta formação tem como objetivo capacitar a equipa para a utilização correta e segura das máquinas perfusoras, nomeadamente quanto à seleção adequada dos diferentes sistemas e seringas, da configuração dos bloqueios dos comandos, entre outras. Esta atividade permitiu “*promover a formação em serviço na área de EESIP, promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros e identificar as necessidades formativas na área de EESIP*” (UCP, 2020b, p.2).

Atualmente estou envolvida na realização de um ensaio de fase III. Este ensaio tem como objetivo prevenir a recorrência de *Clostridium Difficile*, em crianças com idades compreendidas entre 1 a 18 anos, através da administração de Bezlotoxumab (anticorpo monoclonal humano). A minha colaboração passa pela administração, colheita de amostras sanguíneas temporizadas e registos. Assim considero que adquiri a seguinte competência “*Participar e promover a investigação em serviço na área de EESIP*” (UCP, 2020b, p.2).

3 - Caracterização dos Contextos de Estágio

Os contextos de estágio são fundamentais para o ciclo de aprendizagem, constituindo uma oportunidade única de aquisição, desenvolvimento, aplicação e solidificação de conhecimentos e competências.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de conhecer quatro contextos de prática clínica. O percurso iniciou-se no serviço de neonatologia, seguindo-se o serviço de urgência pediátrica e por fim a unidade de cuidados na comunidade e unidade de saúde familiar.

3.1 - Serviço de Neonatologia

O estágio de neonatologia decorreu numa instituição hospitalar pertencente ao distrito do Porto. A instituição hospitalar em que se encontra inserido este serviço tem como objetivo a prestação de cuidados de saúde integrados. O serviço de neonatologia (SN) assiste recém-nascidos (RN) de termo e pré-termo com patologia médica, pertencentes ou não à sua área de influência e que necessitam de internamento. O serviço articula com os serviços de obstetria, pediatria e bloco de partos. O SN é constituída por 8 unidades: 4 unidades de cuidados intensivos e 4 unidades de cuidados intermédios. A distribuição entre cuidados intensivos e cuidados intermédios é flexível, ou seja, apesar do número total de vagas serem 8, podem estar internados 5 em cuidados intensivos e 3 em cuidados intermédios, ou mesmo o contrário. A distribuição está dependente do nível de cuidados exigidos pelos RN. O SN possui ainda um conjunto de salas de apoio, nomeadamente uma sala de amamentação, onde as mães têm à disposição bombas extratoras e onde podem proceder à extração do leite, sala de espera/relaxamento e um local onde os pais podem guardar os seus pertences. A equipa de enfermagem é constituída

por 18 enfermeiros. Diariamente estão escalados, por turno, para a prestação de cuidados 3 enfermeiros. O método de trabalho desta unidade é o individual. Este método permite: (1) um planeamento estruturado dos cuidados, (2) uma gestão dos cuidados personalizada e (3) o trabalho em parceria com os pais (Mendes, 2012).

Como resposta à atual pandemia causada pelo novo coronavírus Sars Cov 2, identificado pela primeira vez na cidade de Wuhan na China, em dezembro de 2019, o SN preparou uma sala de isolamento com capacidade para receber 2 RN infetados. Também estabeleceu medidas de segurança adicionais, nomeadamente a obrigatoriedade do uso de máscara por todos os que se encontram na unidade, sejam eles pais ou profissionais. A permanência de ambos os pais em simultâneo é apenas permitida se a lotação do serviço for inferior a 50%. Caso contrário, apenas, pode permanecer um progenitor de cada vez. O acesso à sala de amamentação também foi reduzido e atualmente apenas um pode permanecer na sala.

3.2- Serviço de Urgência Pediátrica

O serviço de urgência pediátrica (SUP), onde se desenrolou o meu estágio, pertence a uma instituição hospitalar do distrito do Porto. De acordo com a Entidade Reguladora da Saúde (2012) é um serviço de urgência médico cirúrgico (SUMC), constituindo o segundo nível de acolhimento às situações de urgência. O SUMC dá apoio diferenciado à rede de serviços de urgência básicos e referencia ao serviço de urgência polivalente as situações que necessitam de cuidados diferenciados e especialidades que não possui (Despacho nº10319/2014, 2014).

Originalmente, o SUP, era constituído por 3 áreas: a triagem, as áreas médicas e a sala de observação (OBS). Para dar resposta à atual pandemia o SUP criou dois circuitos de atendimento separados: o circuito não covid e o circuito covid. Estruturalmente a área não covid é constituída por: um pequeno corredor/hall de entrada que funciona como sala de espera; um pequeno gabinete destinado à triagem, registos, armazenamento e colocação de equipamentos de proteção individual; um gabinete de enfermagem; dois gabinetes médicos; sala de

emergência e OBS com uma capacidade de cinco unidades. A área covid é constituída por: uma sala de espera; um gabinete de triagem; dois gabinetes médicos; um gabinete de enfermagem que resultou da conversão do anterior centro de “nebulizações” e um contentor localizado no exterior que funciona como gabinete de colheitas para o rastreio de Sars Cov 2. A área de admissão e receção/área administrativa localiza-se na entrada do serviço de urgência e é compartilhada com o serviço de urgência de adulto. Na entrada da urgência são fornecidas máscaras cirúrgicas a todas as crianças com idade igual ou superior a dois anos assim como ao seu acompanhante e é incentivada a higienização das mãos. A partir da área de admissão é realizado o encaminhamento para o respetivo circuito. A equipa de enfermagem é constituída por 22 enfermeiros, divididos por equipas de 3 elementos cada. A equipa possui 19 enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica.

3.3- Unidade de Cuidados na Comunidade

A unidade de cuidados na comunidade (UCC) onde decorreu o estágio em cuidados de saúde primários, está inserida num agrupamento de centros de saúde (ACES) localizado no grande Porto. A UCC tem como missão a prestação de cuidados de saúde, apoio psicológico e social a nível comunitário e domiciliário. Estruturalmente é composta por 2 gabinetes e 1 ginásio. A equipa de enfermagem é constituída por 10 enfermeiros especialistas, nomeadamente 2 de saúde infantil e pediátrica, 3 de reabilitação, 3 de saúde mental e psiquiátrica e 2 de saúde materna e obstetrícia. A UCC conta com a colaboração de outros profissionais, nomeadamente, psicólogos, nutricionistas, técnicos de serviço social e equipas de saúde familiar (médico e enfermeiro de família) do ACES a que pertencem. A UCC tem vários projetos de intervenção comunitária, designadamente: equipa de cuidados continuados integrados (ECCI) - domiciliários, saúde escolar, cuidar da pessoa idosa na comunidade, promoção da saúde dos beneficiários de rendimento social de inserção, preparação para o parto e parentalidade, recuperação pós-parto e

massagem infantil e representação na comissão de proteção de crianças e jovens/núcleo de apoio a crianças e jovens em risco.

A equipa de saúde escolar é constituída por 3 enfermeiros especialistas: 1 enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica e 2 enfermeiros especialistas em saúde mental e psiquiátrica. A equipa intervém em 3 agrupamentos escolares e encontra-se envolvida nos seguintes projetos e programas: (1) programa de alimentação saudável escolar, (2) programa nacional de promoção da saúde oral, (3) programa regional de educação sexual em meio escolar/educação sexual, (4) promoção da segurança e prevenção de acidentes/primeiros socorros, (5) promoção da segurança e prevenção de acidentes/primeiros socorros 1º ciclo em parceria com a Cruz Vermelha Portuguesa, (6) inclusão escolar, (7) escola livre de bullying, (8) projeto “o centro de saúde vai à escola”, (9) projeto saúde ocupacional nas escolas e (10) sessão informativa sobre o covid 19 e as medidas preventivas.

3.4- Unidade de Saúde Familiar

A unidade de saúde familiar (USF) localiza-se no rés-do-chão do edifício da UCC. A USF presta cuidados de saúde aos utentes da sua área de influência e desenvolve atividades em articulação com as diferentes estruturas do ACES a que pertence. Tem como missão aumentar o nível de saúde da população envolvendo os utentes nos seus planos de cuidados. É composta por 8 gabinetes médicos e 4 gabinetes de enfermagem, entre outras estruturas como salas de tratamentos, salas de espera e área de admissão/administrativa. A equipa é constituída por 5 médicos de família, 6 enfermeiros de família e 5 secretários clínicos. Durante o meu período de estágio o enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica esteve ausente. Facto esse relacionado com a gestão dos recursos humanos por forma a dar resposta à atual pandemia.

4 - Competências, Objetivos e Atividades Desenvolvidas em Contexto de Estágio

Segundo o Regulamento nº 351/2015 (2015, p.16661) o *“Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem presta cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente, proporciona educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (...), em qualquer contexto em que ela se encontre (...), de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível”*.

Para a obtenção do grau de mestre, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EESIP) deve atingir um conjunto de competências e objetivos no domínio da prestação e gestão de cuidados, na formação e investigação.

De seguida abordarei, numa perspetiva reflexiva e fundamentada, e com recurso ao relato das atividades desenvolvidas, a operacionalização dessas competências e objetivos nos quatro contextos de estágio.

4.1 - Prestação de Cuidados:

A prestação de cuidados, delineada pelo EESIP, deve ser significativa na vida da criança e família. Esta premissa permitiu desenvolver este domínio nos diversos contextos de estágio.

Competências:

- *“Demonstrar capacidade de trabalhar, de forma adequada, na equipa multidisciplinar e interdisciplinar”* (UCP, 2020b, p.2).

Objetivos:

- Compreender a dinâmica e a organização do serviço de neonatologia, do serviço de urgência pediátrica, da unidade de cuidados na comunidade e da unidade de saúde familiar;
- Promover uma relação profissional com a equipa multidisciplinar e interdisciplinar.

Atividades:

- ✓ Realizar visita guiada em cada um dos contextos;
- ✓ Conhecer a estrutura, a organização e a dinâmica de cada contexto de estágio, bem como, a sua articulação com outros recursos;
- ✓ Consultar as normas e protocolos de serviço;
- ✓ Fomentar um ambiente de trabalho positivo e favorável para o trabalho em equipa e entre equipas.

Reflexão:

As visitas guiadas foram fundamentais para conhecer a estrutura física de cada contexto de estágio. Ao longo destas, fiz questões quanto à organização e dinâmica de cada contexto e da sua articulação com outros recursos. Estas ações facilitaram a minha integração e adaptação à equipa multidisciplinar e permitiram a otimização do meu processo assistencial. Conhecer os recursos e a sua articulação facilita o acesso à criança e família e maximiza o seu potencial de saúde.

Consultar as normas e protocolos do serviço, ajudaram na minha integração, pois permitiram conhecer os cuidados de enfermagem instituídos e padronizados em cada contexto clínico.

O trabalho em equipa e entre equipas é favorecido quando existe um ambiente de trabalho positivo, ou seja, quando não se cultivam comportamentos nocivos e tóxicos que afetam, negativamente, o bem-estar físico e psicológico dos elementos da equipa. Em todos os contextos promovi um ambiente positivo através de um conjunto de atitudes e comportamentos pessoais, nomeadamente o respeito, a gentileza, a atenção, a empatia, a iniciativa, a responsabilidade, a pontualidade e a assiduidade.

Competências:

- *“Gerir de forma adequada, informação proveniente da sua formação inicial, da sua experiência profissional e de vida, e da sua formação pós-graduada”;*
- *“Demonstrar um nível de aprofundamento de conhecimentos na área de EESIP”;*
- *“Demonstrar consciência crítica para os problemas da prática profissional, atuais ou novos, relacionados com o cliente e família, na área de EESIP”*
(UCP, 2020b, p.1).

Objetivos:

- Desenvolver competências na assistência ao recém-nascido internado, no serviço de neonatologia, de forma a promover o seu desenvolvimento.

Atividades:

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem de acordo com os princípios orientadores dos cuidados neonatais.

Reflexão:

A exposição a luzes e ruídos intensos e artificiais, as sensações dolorosas, a separação da família e a privação do sono são fatores que podem conduzir a alterações na estrutura e processamento do cérebro (Walker, 2019; Maxwell, Fraga e Malavolta, 2019), ao comprometimento do desenvolvimento cognitivo e motor (Walker, 2019), a problemas na regulação comportamental, na adaptação social e emocional (Santos, 2011), a alterações da sensibilidade à dor e ao aumento da dor crónica em idade adulta (Walker, 2019). Perante o exposto, coloquei em prática um conjunto de cuidados que se mostraram fundamentais para promover o desenvolvimento do RN internado no SN.

Na prestação de cuidados, e tendo em conta que no SN os RN internados apresentavam diferentes idades gestacionais e condições clínicas, tive o cuidado de adequar a luz ao seu grau de desenvolvimento e sensibilidade. Assim, nos RN, com menos de 32 semanas ou instáveis, cobri parcialmente as incubadoras com uma capa, escureci a enfermaria durante a noite e direcionei a luz dos focos individuais para uma superfície e não diretamente para o RN. Sempre que o RN saiu da incubadora, por exemplo, para concretização do MKC, utilizei uma pequena manta ou mesmo as mãos para o proteger da luz. Nos RN estáveis e com mais de 32 a 34 semanas, e sempre que os pais estavam presentes, privilegiei a posição no colo, face com face, de forma a promover a estimulação visual. Já nos RN de termo verifiquei se a luz diurna, quando acordados, era adequada para que conseguissem ver as faces, objetos e formas (SPN, 2018a).

Reduzi a exposição do RN ao ruído. Silenciei os alarmes dos diversos equipamentos, fechei silenciosamente as portas das incubadoras, abri o material cuidadosamente, respondi o mais prontamente possível ao RN que chorava e mantive o tom de voz o mais baixo possível (SPN, 2018b).

Agrupei os cuidados de forma a respeitar o seu ciclo de sono e vigília. Organizei e planeei os cuidados de forma a evitar interrupções. Antes de iniciar os cuidados, falei com o RN e toquei-lhe levemente, para que soubesse que iria intervir. Sempre que foi necessário executar um cuidado/procedimento que provocasse stress ao RN (ex. aspiração de secreções, entubação orogástrica, punção venosa,

administração de terapêutica SC, entre outras) a intervenção foi realizada em dupla. Enquanto uma enfermeira realiza o procedimento a outra atende às necessidades do RN, nomeadamente através de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e desconforto. A dupla que referi, pode ser constituída por dois enfermeiros, pelo enfermeiro e família, pelo enfermeiro e pediatra, etc. (Santos, 2011).

A planificação dos cuidados foi realizada com a família. Assim e segundo Santos (2011), existe a possibilidade de escolher se querem estar presentes e/ou participar nos cuidados.

O RN apresenta alguma desorganização motora. Esta desorganização acaba por esgotar as poucas reservas de energia que possui. Para limitar o seu gasto de energia procurei posicionar o RN. Conforme menciona Santos (2011), através da contenção é possível organizar a atividade motora e limitar o gasto de energia do RN.

O contacto pele com pele proporciona um equilíbrio entre o sistema táctil, auditivo e visual. Favorece a manutenção da temperatura, a ligação e vinculação, entre outros. Pelo que, sempre que possível, foi realizado o método kangaroo care (MKC) (Santos, 2011).

Objetivos:

- Promover a amamentação e o aleitamento materno.

Atividades:

- ✓ Alimentar o RN prematuro por sonda orogástrica e por tetina;
- ✓ Empregar medidas promotoras da transição do RN para alimentação oral;
- ✓ Apoiar no estabelecimento da lactação e na produção de leite materno;
- ✓ Apoiar no processo de amamentação.

Reflexão:

O aleitamento materno apresenta múltiplas vantagens a curto e a longo prazo para a mãe e para o bebê. Sempre que o bebê apresenta um bom estado nutricional e um desenvolvimento psicomotor adequado é a melhor maneira de alimentar as crianças até aos 6 meses de idade (Levy e Bértolo, 2008).

Em neonatologia, uma vez que o RN pré-termo apresenta uma imaturidade gastrointestinal, o leite materno é fundamental. O RN pré-termo alimentado com leite materno atinge a tolerância entérica de uma forma mais rápida além de apresentar uma otimização do seu ganho ponderal. O leite materno favorece o desenvolvimento da mucosa gastrointestinal, diminui a sua permeabilidade e inflamação e favorece o amadurecimento da sua atividade motora (Silva et al., 2014).

No SN a maioria dos RN pré-termo, apresentavam menos de 32 semanas de gestação. Ainda não possuíam a capacidade de coordenar a sucção, a deglutição e a respiração. Desta forma, uma das minhas intervenções prendeu-se com a administração de leite materno por sonda orogástrica, nomeadamente através do método em “*bolus por sonda-declive*” (Silva et al., 2014, p.329). Este método tem vantagens sobre o método de administração contínua, por ser mais fisiológico e por permitir menos retenção dos nutrientes do leite no sistema de administração (Silva et al., 2014).

Apesar da imaturidade apresentada pelo RN é fundamental implementar medidas que promovam a transição da alimentação por sonda para a alimentação oral. Esta transição é um processo contínuo, lento e que exige além do desenvolvimento fisiológico do RN, a sua independência respiratória e capacidade de coordenar a sucção, respiração e a deglutição (Neto, 2014). Durante a prestação de cuidados ao RN pré-termo, empreguei medidas que promoveram a sua transição para a alimentação oral. Assim, durante a administração do leite materno por sonda, favoreci a estimulação oral e a sucção não nutritiva através da utilização da chupeta com uma gotinha de sacarose ou leite. Esta medida foi importante pois permitiu ao RN associar a sucção à alimentação, favoreceu o desenvolvimento da sua musculatura da boca e da língua e a coordenação entre a sucção, a deglutição e a

respiração (Neto, 2014). Sempre que a mãe estava presente promovi o MKC enquanto alimentávamos o RN por sonda. Esta medida foi importante porque permitiu ao RN sentir a mama e o cheiro do leite. Com esta medida além de estimular o reflexo de sucção e deglutição do RN pré-termo, estimulei a produção de leite materno (Neto, 2014).

Surgiu ainda, a oportunidade de alimentar um RN, que apesar de ainda não ter transitado para a alimentação oral exclusiva, já não era alimentado exclusivamente por sonda. Alternava entre a tetina e a sonda. A decisão sobre qual o método a utilizar foi de encontro aos parâmetros de avaliação sugeridos por Neto (2014). O RN deverá apresentar uma idade gestacional igual ou superior a 33 semanas, capacidade de coordenação, estabilidade fisiológica, bom estado geral (tónus e coloração) e sinais de envolvimento na alimentação, ou seja, sinais de fome e prontidão (Neto, 2014). Uma vez, cumpridos os parâmetros de avaliação, peguei no RN ao colo, embrulhado, posicionado de lado e com os membros superiores na linha média, para que conseguisse levar as mãos à boca. Verifiquei e adequei a temperatura do leite, escolhi uma tetina de baixo fluxo pelo risco de engasgamento. A cada 2 a 5 sucções fazia uma pausa, para que pudesse respirar. É uma medida importante pois o RN pré-termo quando está com fome suga e engole em apneia. Uma outra estratégia utilizada, para apoiar o desenvolvimento das suas habilidades alimentares, foi a elaboração do plano de cuidados. Este foi elaborado de forma a não estimular/cansar o RN pré-termo antes da alimentação oral (Neto, 2014).

A minha experiência, no SN, foi riquíssima em vários aspetos. No entanto, sobre a alimentação oral exclusiva no RN, apenas surgiu a oportunidade de apoiar uma mãe enquanto amamentava o seu bebé. Nesta situação, observei a forma como a mãe segurava a mama e posicionava o bebé. Segundo Levy e Bértolo (2008), estes dois pontos são cruciais para que o bebé tenha uma boa adaptação à mama (boa pega). Na adaptação do bebé à mama, verifiquei se a boca estava bem aberta e apanhava a maior parte da aréola e dos tecidos que estão sob ela, para formar um longo bico. O bebé "*mama na aréola e não no mamilo*" (Levy & Bértolo, 2008, p.28). Verifiquei se o queixo do bebé tocava na mama, e se o seu lábio inferior estava virado para fora (Levy e Bértolo, 2008).

Foi ainda possível prestar informação e instrução à mãe sobre a amamentação. Num dos turnos, detetei um défice de conhecimento quanto à lavagem dos recipientes utilizados para o armazenamento e transporte de leite materno. A informação e instrução que realizei foi de encontro às recomendações da Direção Geral da Saúde (DGS), nomeadamente que a lavagem deveria ser realizada com água e sabão e posteriormente os mesmos deveriam ser fervidos ou esterilizados (DGS, 2009). Numa outra oportunidade, uma mãe, manifestou vontade de extrair leite com a bomba de extração no serviço. Perante o solicitado, promovi um ambiente calmo e relaxante, através da facilitação do acesso à sala de amamentação que o serviço disponibiliza e demostrei a montagem da bomba de extração.

No SUP, surgiu a oportunidade, de providenciar informação à família, sobre a amamentação, estando a mãe infetada pelo novo coronavírus Sars Cov 2. Toda a informação e orientação foi realizada de acordo com as guidelines emanadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Nomeadamente: (1) antes de contactar com o bebé, a mãe infetada, devia lavar as mãos com água e sabão ou realizar a sua desinfeção com uma solução à base de álcool, (2) se a mãe espirrasse ou tossisse, devia faze-lo para um lenço de papel. Este devia ser imediatamente descartado e após, devia fazer a higienização das mãos, (3) todas as superfícies que contactou deviam ser desinfetadas, (4) a máscara cirúrgica devia ser utilizada até a resolução dos seus sintomas ou até terminar o seu isolamento, (5) o peito teria de ser lavado com água e sabão, se tossisse ou espirrasse para cima dele, antes de amamentar. Estas medidas, foram importantes, pois o efeito protetivo que a amamentação apresenta para o bebé, suplementa o risco de transmissão do Sars Cov 2, pelo que, devemos encorajar o contacto entre a mãe infetada e o RN (OMS, 2021).

Objetivo:

- Desenvolver competências na promoção da transição para a parentalidade, e no estabelecimento da ligação mãe/pai-filho e a vinculação.

Atividades:

- ✓ Proporcionar o acolhimento da família ao contexto;
- ✓ Realizar o método kangaroo care;
- ✓ Fomentar a ligação mãe/pai-filho e a vinculação;
- ✓ Capacitar e envolver os pais nos cuidados ao RN;
- ✓ Dar a conhecer as pistas e comportamentos interativos do RN;
- ✓ Compreender a dinâmica e a organização da visita domiciliária ao RN, bem como, reconhecer o seu papel na promoção da parentalidade;
- ✓ Conhecer o programa de promoção da parentalidade baseado na via digital da UCC.

Reflexão:

Relvas (2004) refere que um dos maiores desafios na vida do ser humano é tornar-se pai ou mãe. O nascimento do primeiro filho dá início a uma nova fase de transição no ciclo vital da família. A função conjugal dá lugar à parental. Este processo de transição requer profundas alterações nos papéis, nas relações e nos estilos de vida (Martins, 2018). Parentalidade é definida como a *“acção de tomar conta com as características específicas de assumir as responsabilidades de ser mãe e/ou pai; comportamentos destinados a facilitar a incorporação de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização das expectativas dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade quanto aos comportamentos de papel parental adequados ou inadequados”* (ICN, 2015, p.71).

Ao longo dos nove meses de gestação os pais têm a oportunidade de se prepararem em termos físicos e psicológicos para o nascimento do seu bebé. Quando este período de ajuste é abreviado, nomeadamente através de um parto prematuro, os pais podem sentir-se perdidos e incompletos (Brazelton e Cramer, 1989). Tristeza, culpa, vergonha, depressão e sensação de falhanço são sentimentos com os quais estes pais têm de se debater. Agora é fundamental que iniciem um processo de luto pelo filho sonhado e um processo de encantamento pelo filho real (SPN, 2016). A ligação ao recém-nascido está alicerçada na relação

com o filho sonhado e o filho sentido (Brazelton e Cramer, 1989). O vínculo afetivo inicia-se antes da concepção (Hockenberry e Wilson, 2014) e os movimentos in útero são a primeira contribuição do bebê para o estabelecimento desta relação (Brazelton e Cramer, 1989).

O internamento do RN no SN tem impacto na relação pais-filho (SPN, 2016), já que, a separação provocada pela necessidade de internamento, a permanência na incubadora, os fios, tubos, aparelhos e monitores dificultam o contacto direto dos pais (SPN, 2016) interferindo na formação da ligação e da vinculação (Hockenberry e Wilson, 2014). A interação e a relação entre mãe/pai e o bebê são cruciais para o estabelecimento da ligação e da vinculação (OE, 2015). A vinculação é o alicerce para a satisfação das necessidades de “*afeto, confiança e segurança*” (Cruz, 2013, p.14) e a natureza do vínculo é uma importante parte da parentalidade além de determinante para a saúde e bem-estar atual e futuro da criança (OE, 2015).

Durante o período de estágio em neonatologia, surgiu a oportunidade de realizar uma atividade fundamental, neste âmbito, e que corresponde ao acolhimento dos pais no serviço e à sua preparação para verem o filho pela primeira vez. Inicialmente apresentei o serviço e expliquei as normas do mesmo, nomeadamente a obrigatoriedade de utilização de máscara, bata e a importância da lavagem e desinfecção das mãos. Descrevi a aparência do bebê, os equipamentos e o ambiente do SN. Estas intervenções são importantes para reduzir o stress sentido pelos pais (Hockenberry e Wilson, 2014) e são o alicerce para a construção de uma relação de confiança com a família, fundamental para a parceria que vamos construir (Kumata, Borges e Dupas, 2015). Na unidade do RN expliquei as funções de cada equipamento e respondi às dúvidas expressas pelos pais. No decurso da intervenção percebi que os pais desejavam tocar no seu bebê, mas que tinham receio de o fazer. Por isso, encorajei-os a tocar e a acariciar o seu RN. A maioria dos pais podem sentir-se inseguros na primeira interação com o recém-nascido (Hockenberry e Wilson, 2014). A insegurança e o sentimento de impotência pode ser provocado pela tecnologia utilizada e pela complexidade dos cuidados prestados (SPN, 2016). Compete aos enfermeiros avaliar a preparação dos pais para esta interação inicial e encorajá-la (Hockenberry e Wilson, 2014). Apesar do estabelecimento da interação precoce entre pais e o bebê ser extremamente

relevante, é mais importante, que respeitemos o “*ritmo individual da evolução da qualidade da interação*” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.273). Ou seja, existem pais que durante a primeira visita querem tocar e pegar no bebê e existem outros que não. Pelo que este tempo deve ser respeitado. No caso do casal que referi anteriormente, depois de tocarem no seu bebê pela primeira vez, percebi que a mãe se sentia preparada para lhe pegar. O pai expressou que não o queria fazer. Desta forma encorajei e assisti a mãe a pegar no seu bebê. O pai foi encorajado a manter o toque e as carícias. Em um outro momento, em que surgiu a oportunidade de fazer um novo acolhimento, a minha atuação foi diferente. Neste caso em particular, a grande instabilidade do RN exigia a limitação da estimulação e toque. Sugeri aos pais que se sentassem junto da incubadora e que falassem suavemente com o filho (Hockenberry e Wilson, 2014).

Durante o estágio no SN, sempre que os pais estavam presentes e a condição clínica do RN permitia, encorajei, orientei, assisti e supervisionei os pais na realização do MKC. A proximidade, a sensação do toque de pele com pele e o contacto visual por ele proporcionado (Hockenberry e Wilson, 2014) é essencial para o desenvolvimento da ligação e vinculação (Lopes, Vaccari, Rodrigues e Herber, 2020). O provedor principal do MKC é a mãe, apesar deste também poder ser realizado pelo pai ou por outros membros da família, quando a mãe não está disponível (Deng, Li, Wang, Sun e Xu, 2018). No SN tive a oportunidade de realizar o MKC com a mãe e também com o pai. Realizar o MKC com o pai permitiu promover e fortalecer a ligação e vinculação entre ambos e favoreceu a recuperação do RN. O pai sentiu-se útil e valorizado no processo de recuperação do seu bebê, ajudou-o na superação de sentimentos negativos relacionados com a hospitalização e permitiu-lhe aperfeiçoar os cuidados que presta ao seu filho (Lopes et al., 2020).

A hospitalização do RN pode dificultar o processo de transição para a parentalidade. Como enfermeira estou numa posição privilegiada para atender, preparar e facilitar as mudanças e exigências que este processo de transição produz (Meleis, Sawyer, Im, Messias e Schumacher, 2000). Pelo que, empreguei um conjunto de medidas com o objetivo de facilitar este processo de transição. A primeira intervenção consistiu em fomentar a ligação e vinculação entre a família e

o RN (Mercer e Walker, 2006) nomeadamente através do toque, do carinho, do pegar, do falar carinhosamente e suavemente e do MCK.

Para que a transição para a parentalidade ocorra é fundamental que os pais além de possuírem um conjunto de competências parentais, nomeadamente conhecimentos, habilidade e atitudes se sintam competentes, confiantes e confortáveis no seu papel de mãe e pai (Mercer e Walker, 2006).

Além de fomentar a ligação e vinculação, pude educar, instruir, treinar, orientar, assistir, apoiar, supervisionar e elogiar os pais nos cuidados ao RN. O envolvimento dos pais nos cuidados ao RN foi sempre gradual e negociado. Atendi ao planeamento dos cuidados com os pais e agilizei os mesmos de acordo com as horas em que podiam estar presentes. Apesar do manancial de cuidados que podem ser prestados num SN, pude fazê-lo no MKC, no pegar, na alimentação/amamentação, vestir, mudar a fralda, na aplicação de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor e desconforto, na administração de terapêutica oral, no providenciar um ambiente favorável ao desenvolvimento, nomeadamente através da modelação da luz, som e toque (Franck e O'Brien, 2019). Ao envolver os pais nestas atividades, consegui ajudar a adotar um papel mais ativo, a ultrapassar sentimentos de desamparo e de falta de controlo (Hockenberry e Wilson, 2014). Beneficiei a sua saúde mental, a ligação e vinculação (Franck e O'Brien, 2019). Promovi o desenvolvimento do papel parental e ajudei a desenvolver a confiança, as competências e habilidades essenciais para que a alta e o regresso a casa fosse um sucesso (SPN, 2016). Embora, tendencialmente, os profissionais deleguem o cuidado do RN à mãe (Soares, Bernardino e Zani, 2019), durante a minha assistência e sempre que o pai estava presente encorajei e promovi o seu envolvimento nos cuidados ao RN. Esta medida é fundamental pois fortalece os laços entre o pai e o RN, do pai com a mãe, amplifica o seu apoio em casa (Soares et al., 2019) e tem efeitos positivos a nível psicológico, cognitivo e comportamental no RN (Noergaard, Ammentorp, Fenger-Gron, Kofoed e Johannessen, 2017).

Existiu, ainda, oportunidade de aumentar os conhecimentos relativos às características interativas do RN, nomeadamente quanto aos "*sinais de fome*" (Neto, 2014, p.7). Pude assim, ensinar à mãe que os movimentos que o RN

apresentava, nomeadamente: o movimentar as mãos para o rosto/boca e o rosto contra a roupa da cama com movimentos de sucção, bem como, a excitação e choro eram sugestivos de sinais de fome (Neto, 2014). Esta intervenção foi importante uma vez que os pais podem sentir-se frustrados e desesperados por não conseguirem interpretar as necessidades do seu bebé. Ao conseguirem ler as pistas e comportamentos do bebé, os pais, vão sentir-se mais ligados ao bebé, mais positivos no seu papel de pais (Furr e Kirgis, 1982) e vão responder de uma forma mais assertiva às necessidades do filho (Mercer e Walker, 2006).

O momento da alta num SN é carregado de medos, anseios e inquietações. Os pais manifestam medo de não possuírem as competências necessárias para cuidar do filho em casa e preocupação quanto à articulação entre o hospital e a equipa que passará a acompanhar o bebé (Diaz, Caires e Correia, 2016). O SN possui um elemento designado de enfermeiro de referência que é responsável por fazer a ligação entre o SN e os cuidados de saúde primários (CSP). A visita é realizada a todos os recém-nascidos com idade gestacional inferior a 34 semanas e que pertençam à sua área de influência. A visita decorre entre as 48 - 72 horas após a alta. Esta visita envolve o enfermeiro de referência do SN e o enfermeiro de saúde infantil e pediátrica/família do centro de saúde de referência. Juntos avaliam a segurança e a autonomia da família na prestação de cuidados ao RN. Esta visita domiciliária é fundamental para a vigilância e promoção da saúde (DGS, 2013) bem como para promover as competências parentais (Rodrigues, Dumont, Mitchell-Herzfeld, Walden e Greene, 2010). Durante o período em que permaneci no SN não foi possível realizar qualquer visita domiciliária. No entanto, na assistência a uma mãe, esta revelou os seus medos e anseios quanto à alta. Informei-a sobre a existência desta visita e de como se processa. No final da intervenção a mãe referiu que se sentia mais tranquila por saber que após a alta receberia apoio.

A internet possibilitou aos profissionais de saúde criar uma nova e altamente interativa forma de comunicar. Há já alguns anos que a literatura refere que foram criados programas parentais baseados na via digital. Estes programas têm como objetivo melhorar as competências parentais, oferecer suporte e treino. São programas viáveis, eficazes e aceites que melhoram os conhecimentos, as habilidades e atitudes parentais (Nieuwboer, Fukkink e Hermanns, 2013). A UCC

na qual decorreu o estágio, desenvolveu um programa parental baseado na via digital denominado “UCC Parentalidade”. O programa oferece sessões interativas, consultas por email, por videoconferência ou telefone. Numa primeira fase o programa foi dirigido às grávidas, puérperas e suas famílias. Atualmente está a ser criada uma parceria entre os especialistas em saúde materna e obstetrícia e os especialistas em saúde infantil e pediátrica para a ampliação dos conteúdos abordados. Esta experiência permitiu conhecer o projeto, outras formas de comunicação e outros meios de promover e dar continuidade a programas no âmbito da transição e parentalidade.

Objetivo:

- Desenvolver competências na utilização da parceria de cuidados no processo assistencial.

Atividades:

- ✓ Empregar a parceria de cuidados no processo assistencial.

Reflexão:

A parceria de cuidados foi descrita pela primeira vez, em 1988, por Anne Casey (O’Connor, Brenner e Coyne, 2019). Este modelo reconhece o contributo dos pais no cuidado à criança e tem como objetivo o estabelecimento de uma relação de igualdade entre os profissionais e os pais (Ribeiro, Moura, Sequeira, Barbieri e Erdmann, 2015). A parceria de cuidados é um processo dinâmico, desenvolvido através de uma interação e intervenção regular e sistemática (Yoo, Cho, Kim e Park, 2020). Implica a negociação do envolvimento e a clarificação do papel de cada interveniente no processo. É caracterizada pela partilha de poder e conhecimento, pela definição de objetivos comuns centrados na pessoa, pela participação ativa e concordância de todos os parceiros (Mendes e Martins, 2012).

Segundo o Regulamento nº 422/2018 (2018, p.19192) “o enfermeiro especialista (...) trabalha em parceria com a criança e a família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escolas, comunidade, casa) (...)”, pelo que a implementação dos princípios da parceria de cuidados foram uma constante na assistência à criança e família em todos os contextos pelos quais passei neste ciclo de estudos.

Negociei com a criança e família o seu envolvimento nos cuidados. Sempre que estes o desejavam, negociei até que ponto se sentiam confortáveis e queriam ser envolvidos. O envolvimento da criança e da família, nos cuidados, foi gradual. De acordo com as necessidades identificadas, em cada criança e família, ensinei, orientei, apoiei, assisti, supervisionei, avaliei e elogiei, sempre que oportuno, as suas capacidades e habilidades na prestação de cuidados. Pude, entre outras situações, fazê-lo no pegar do RN, na realização do MKC, na alimentação por sonda do RN pré-termo, no mudar de fralda, no vestir, na aplicação de técnicas não farmacológicas para o alívio da dor/desconforto, na administração de terapêutica oral, subcutânea, retal e por câmara expansora, na colheita de urocultura e coprocultura.

Objetivos:

- Desenvolver competências no âmbito da vigilância em saúde.

Atividades:

- ✓ Participar nas consultas de saúde infantil e juvenil segundo as indicações do PNSIJ;
- ✓ Participar na vacinação de acordo com o Programa Nacional de Vacinação;
- ✓ Participar e realizar o rastreio de saúde visual infantil.

Reflexão:

O estágio em cuidados de saúde primários foi realizado numa situação de exceção e sob circunstâncias atípicas. O início coincidiu com o decretar do estado de emergência como resposta ao elevado número de infeções por Sars Cov 2. As restrições geradas pela situação pandémica determinaram que não tivesse a oportunidade de participar e realizar consultas de saúde infantil e juvenil na USF. Apenas participei na vacinação de uma criança de quatro meses. Esta intervenção, permitiu-me refletir sobre o controlo da dor e desconforto durante a vacinação. Abordarei esta temática quando descrever as competências que adquiri na gestão e controlo da dor e desconforto durante este ciclo de estudos.

A doença visual quando não é diagnosticada e tratada precocemente tem graves repercussões no crescimento e desenvolvimento da criança (DGS, 2016). A ambliopia é uma alteração assintomática. As suas causas são bem conhecidas, facilmente identificadas e diagnosticadas por um oftalmologista (Magalhães, 2016). Durante o estágio, em cuidados de saúde primários, surgiu a oportunidade de conhecer, participar e realizar o rastreio de saúde visual infantil nas duas idades chave (2 anos e entre os 4 a 5 anos). A minha intervenção começou pela chamada da criança e família para o rastreio. Já na sala de exames expliquei sucintamente ao acompanhante em que consistia o exame, nomeadamente: (1) é um exame foto-rastreio aos olhos da criança, (2) permite identificar os fatores de risco para o aparecimento da ambliopia e desta forma permite prevenir o seu desenvolvimento ou se já instalada permite o seu diagnóstico em uma fase muito precoce do seu desenvolvimento, (3) o exame não é doloroso, (4) demora cerca de 1 a 2 minutos, (5) as imagens recolhidas são enviadas para o serviço de oftalmologia, de um centro hospitalar do grande Porto, e analisadas por um oftalmologista, (6) se o exame não mostra qualquer alteração, recebem um novo convite para realizar o rastreio quando a criança tem entre 4 a 5 anos. Se o exame apresenta algum valor fora do normal é contactada pelo hospital para a realização de uma consulta de oftalmologia, (7) os resultados do exame são enviados por carta e num prazo de, sensivelmente, 30 dias (Despacho nº 5868-B/2016, 2016; ARS Norte, 2018). Em seguida expliquei à criança em que consistia o exame. A forma como expliquei e apresentei o procedimento foi adaptado ao desenvolvimento de cada uma delas.

No que se refere às crianças com 2 anos, expliquei o que iriam ver e ouvir (nomeadamente que iriam ver luzes e ouvir música) e destaquei os aspetos que requeriam a sua cooperação: (1) estar sentado ao colo da mãe/pai, (2) estar “quieto”, (3) olhar para o nariz da carinha que estava em cima da mesa. Tive o cuidado de dar uma instrução de cada vez e usar termos simples e conhecidos pela criança. Para as crianças entre os 4 e os 5 anos, expliquei o procedimento de uma forma simples (ex. tirar uma fotografia aos olhos), salientei os aspetos sensoriais nomeadamente o que iriam ver e ouvir, demonstrei como era utilizado o equipamento, permiti que a criança visse e tocasse no material (Hockenberry e Wilson, 2014). A informação que transmiti relacionada com o objetivo da intervenção, a sua natureza (em que consiste), as consequências (neste caso os benefícios do rastreio) e os riscos (neste caso da não realização), bem como a validação da compreensão da informação transmitida são os requisitos fundamentais para a obtenção do consentimento livre e esclarecido (Deodato, 2017). Uma vez que, neste caso, o consentimento não tem de ser escrito a sua forma de obtenção foi o verbal (no caso do acompanhante) e verbal e gestual (no caso da criança) (Deodato, 2017). Depois da obtenção do consentimento iniciamos a realização do exame. Durante a sua realização percebi que, embora a criança estivesse muito quieta, os seus olhos estavam em constante movimento, o que impossibilitava a obtenção das imagens. Foi fundamental encontrar estratégias para a criança focar o olhar. A estratégia utilizada foi a distração, com o recurso ao telemóvel, com os desenhos animados preferidos da criança, sobre o equipamento. Após a captação das imagens elogiei o desempenho da criança. Posteriormente fiz os registos no programa Siima (RSVI) e confirmei o envio de todas as imagens.

Ao participar neste rastreio contribuí para um desenvolvimento harmonioso e saudável da criança, uma vez que, a não deteção destas alterações têm um impacto negativo no desenvolvimento social e psicomotor da criança (ARS Norte 2018).

Objetivos:

- Desenvolver competências de educação para a saúde, de crianças, jovens e famílias.

Atividades:

- ✓ Realizar ação de educação para a saúde intitulada “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”.

Reflexão:

O início do estágio em cuidados de saúde primários coincidiu, como já referido anteriormente, com o decretar de mais um estado de emergência no nosso país. Com as escolas fechadas, o ensino à distância suspenso, também as atividades da equipa de saúde escolar da UCC foram suspensas. Felizmente, duas semanas após o início deste percurso, o ensino à distância foi reativado. Com esta reabertura, surgiu um pedido de colaboração à UCC de uma escola secundária da sua área de abrangência. Neste pedido de colaboração, para uma turma do 11º ano, a escola indicou a necessidade de abordar temas relacionados com a “promoção da segurança e prevenção de acidentes e também primeiros socorros e do suporte básico de vida”. Tendo em consideração que a equipa de saúde escolar, desta UCC, tem vindo a desenvolver várias intervenções e possui material de apoio relativo ao tema sobre “primeiros socorros e suporte básico de vida”, afigurou-se oportuno assumir a responsabilidade pela ação de educação para a saúde, sobre a temática, da “promoção da segurança e prevenção de acidentes”.

A recomendação 2007/C, 164/01 aprovada na reunião do conselho da União Europeia a 31 de maio de 2007, recomenda aos estados-membros que “*incentivem a prevenção de lesões e a promoção da segurança nas escolas*” (DGS, 2010b, p.23). O nosso Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) apresenta seis eixos estratégicos: (1) “*Capacitação*”, (2) “*Ambiente escolar e saúde*”, (3) “*Condições de Saúde*”, (4) “*Qualidade e Inovação*”, (5) “*Formação e investigação em Saúde Escolar*” e (6) “*Parcerias*” (PNSE, 2015, p.21). No segundo eixo “*Ambiente escolar*”

e saúde”, refere que as áreas de intervenção são: (1) “*Desenvolvimento sustentável*”, (2) “*Ambiente escolar seguro e saudável*”, (3) “*Avaliação dos riscos ambientais para a saúde*” e (4) “*Prevenção de acidentes e primeiros socorros*” (PNSE, 2015, p. 35).

O planeamento desta sessão foi realizado com recurso à pesquisa bibliográfica exaustiva sobre esta temática, tendo em particular atenção a faixa etária dos 15 aos 18 anos de idade. De acordo com a DGS (2010b) os acidentes de viação e os afogamentos são especialmente graves entre os 15 e os 29 anos (respetivamente a primeira e segunda causa de morte). A ação de educação para a saúde que desenvolvi abordou estes dois temas.

A metodologia utilizada foi a expositiva, interativa e interrogativa. Os recursos e estratégias utilizados foram o PowerPoint, a plataforma Google Meet e o Outlook. O conteúdo abordado versou aspetos como: a utilização de dispositivos durante as travessias, os equipamentos de proteção individual no velocípede e motociclo, a degradação da performance de condução e os comportamentos seguros enquanto peões, condutores/utilizadores de velocípedes, motociclos, automóvel, comportamentos seguros em lagoas, rios, mar e piscinas. De acordo com os resultados obtidos, nos quais foi possível aferir que o nível de conhecimentos, 83,33% das respostas estavam corretas, leva a crer que as estratégias adotadas foram eficazes.

Todo o material relativo à sessão de educação para a saúde “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes” encontra-se no Apêndice I.

Objetivos:

- Desenvolver competências sobre o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância.

Atividades:

- ✓ Assistir à reunião da Equipa Local de Intervenção;
- ✓ Assistir à realização do primeiro contacto (acolhimento) da criança e família pela Equipa Local de Intervenção.

Reflexão:

Atualmente existem fortes evidências que a plasticidade cerebral, ou seja, a capacidade do sistema nervoso se modificar através de experiências, é maior quanto mais nova for a criança (Nelson citado por ANIP, 2018). Ao longo do tempo a plasticidade cerebral vai diminuindo. À medida que o cérebro se torna mais especializado, perde alguma capacidade de se adaptar e reorganizar. Os primeiros anos de vida representam uma janela de oportunidade (período crítico) para a qual algumas experiências terão o máximo de efeito no desenvolvimento e aprendizagem de uma determinada competência ou comportamento. A qualidade do ambiente em que a criança vive e a disponibilidade de experiências adequadas, nos momentos certos do seu desenvolvimento, podem ser cruciais na determinação das forças e fraquezas da função e estrutura cerebral (ANIP, 2018). Uma intervenção eficaz, em idades precoces, pode alterar o curso do seu desenvolvimento (Shonkott e Philips citados por ANIP, 2018).

A Intervenção Precoce na Infância (IPI) consiste num conjunto de serviços/recursos/ações destinados a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade que *“apresentem um atraso de desenvolvimento decorrente de uma situação de deficiência já diagnosticada, por razões não determinadas, ou por condições de risco de atraso de desenvolvimento”* e suas famílias. (ANIP, 2018, p.61). A IPI tem como objetivo assegurar e incrementar o desenvolvimento da criança, capacitar e fortalecer a autoconfiança da família (ANIP, 2018). É realizada por uma equipa transdisciplinar (com inclusão da família), no contexto natural na criança (domicílio, creche, jardim de infância, etc.). As IPI, proporcionadas nos contextos naturais, permitem *“tirar vantagem de todas as oportunidades de aprendizagem em que a criança participa naturalmente e que têm o potencial de promover o comportamento e o desenvolvimento da criança”* (Bruder citado por ANIP, 2018).

Durante o estágio em cuidados de saúde primários surgiu a oportunidade de assistir a uma reunião da Equipa Local de Intervenção (ELI) e a um primeiro encontro entre a ELI e a família. Esta experiência permitiu não só conhecer o ciclo de intervenção da ELI, assim como desenvolver competências para a realização da referenciação centrada na família. A reflexão sobre o trabalho desenvolvido nesta temática, área de especial complexidade, foi um grande contributo para a aprendizagem.

O ciclo de intervenção da ELI começa no momento da referenciação. A “ficha de referenciação” é enviada por email para a ELI. Após a sua receção a ELI procede à sua análise e organiza-se para a realização do primeiro contacto com a criança e família. A escolha dos elementos para a realização do primeiro encontro tem em consideração a especialidade de cada situação. A equipa de acolhimento é composta por dois elementos, um profissional de saúde e um profissional do serviço social. A marcação do primeiro encontro deve, sempre que possível, ser feito por telefone ou por escrito, *“deixando em aberto a possibilidade de a família poder decidir quanto ao local, hora e intervenientes nesse encontro”* (ANIP, 2018, p.114). As fases seguintes repetem-se ao longo do tempo, *“este ciclo não deve ser considerado como uma mera progressão sequencial de etapas, mas como um processo dinâmico que se adequa às circunstâncias únicas de cada família”* (ANIP, 2018, p.101).

O primeiro contacto (acolhimento) permite identificar as expectativas da família em relação à intervenção. É nesta etapa que começam a ser identificadas as prioridades da família. Este primeiro contacto não é apenas uma recolha de informação. É a base do estabelecimento de uma relação de confiança e colaboração entre a família e os profissionais (ANIP, 2018). Depois do primeiro contacto (acolhimento) é realizado um novo debate entre os elementos da ELI. Decidem que elementos são os mais adequados para a realização da “Avaliação em IPI” que tem como objetivo (1) identificar as preocupações, prioridades e recursos da família, (2) conhecer as competências funcionais da criança e as (3) características dos contextos (ANIP, 2018). Após a “Avaliação IPI” é desenvolvido um Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP). O Desenvolvimento do PIIP permite (1) estabelecer um compromisso, (2) definir objetivos, atividades e recursos. *“A equipa (família e profissional) tem a oportunidade de rever toda a*

informação que reuniu e trocou nos momentos anteriores, de priorizar as escolhas da família e de negociar como estas podem ser honradas e respeitadas” (ANIP, 2018, p. 155). Segue-se a implementação e monitorização do serviço e a avaliação dos resultados e da satisfação (ANIP, 2018).

Esta experiência permitiu refletir sobre a importância de ter conhecimento acerca do apoio dado pela IPI. Pois é através de nós que muitas famílias vão conhecer o trabalho desenvolvido por esta equipa. *“As famílias só recorrem à ELI se souberem que este serviço existe e o que faz. Só assim poderão decidir se querem ou não a IPI nas suas vidas” (ANIP, 2018, p. 107).*

Um outro aspeto, muito relevante, que esta experiência me permitiu, e tal como já referido, foi a compreensão mais concreta e até a operacionalização da realização da referenciação centrada na família. De acordo com a ANIP (2018) os profissionais (saúde, educação, etc.), quando informam a família sobre a referenciação assumem que a família tem vontade de ser contactada pela ELI. No entanto isso nem sempre é verdade. *“A família pode não querer a IPI na sua vida, por não querer abdicar da esperança de as suas preocupações serem infundadas ou pode sentir-se coagida a aceitar a IPI para evitar ser pressionada pelos profissionais como negligente em relação ao seu filho” (ANIP, 2018, p. 106).* No momento da referenciação devemos dar à família a oportunidade de se pronunciar. Se pretende ou não que a situação do seu filho seja comunicada à IPI. Devemos encorajar a família a fazer o primeiro telefonema para a equipa. Desta forma a família sente que tem controlo sobre o processo de referenciação e que o seu ritmo de decisão é respeitado (ANIP, 2018).

Competências:

- *“Demonstrar capacidade de reagir perante situações imprevistas e complexas, na área de ESIP”;*
- *“Abordar questões complexas de modo sistemático e criativo, relacionadas com o cliente e família, na área do ESIP”;*

- “Avaliar a adequação dos diferentes métodos de análise de situações complexas, segundo uma perspectiva acadêmica avançada” (UCP, 2020b, p.1).

Objetivos:

- Desenvolver competências na assistência ao RN, criança, jovem e família em contexto de urgência e emergência.

Atividades:

- ✓ Prestar cuidados de enfermagem em contexto de urgência e emergência;
- ✓ Implementar medidas que minimizam o impacto da hospitalização no SU;
- ✓ Rever e verificar os recursos existentes na sala de emergência.

Reflexão:

A aplicação de ferramentas de triagem tornou-se indispensável devido ao aumento do número de crianças que recorre ao serviço de urgência (Ebrahimi, Mirhaghi, Najafi, Shafae e Roudi, 2020) e pelo aumento do fluxo de situações, não urgentes, devido à inadequada resposta dos cuidados de saúde primários (Andrade, Carvalho, Fernandes e Casanova, 2008). O sistema de triagem permite identificar os pacientes que necessitam de uma atuação imediata daqueles que podem esperar um pouco mais (Veen et al., 2008). A triagem é fundamental para assegurar a segurança dos pacientes, nomeadamente para os proteger contra o risco de subtriagem (abaixo da prioridade real) (Ebrahimi et al., 2020).

De acordo com a DGS (2018), as urgências pediátricas, no nosso país, devem utilizar o sistema de Triagem de Manchester ou do Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale. O SU, onde decorreu o estágio, utiliza o sistema de Triagem de Manchester (STM). O STM consiste “em identificar a queixa principal (de apresentação) e seguir o fluxograma de decisão (...). A utilização deste sistema classifica o utente numa de 5 categorias por número, nome, cor e tempo alvo de

observação inicial (...)” (DGS, 2018, p.10). De acordo Ebrahimi et al., (2020) o STM é apropriado para triar crianças, no entanto, a sua confiança é moderada, porque de acordo com o estudo conduzido por Veen et al., (2008), 54% das triagens foram categorizadas acima da prioridade real e 12% abaixo da prioridade real. Por esta razão é fundamental que a triagem seja realizada por enfermeiros treinados e especialistas em saúde infantil e pediátrica (Andrade et al., 2008).

O enfermeiro de triagem tem um papel determinante no cuidado à criança e família no SU. O enfermeiro é o primeiro a realizar a avaliação da criança, a determinar a brevidade da sua abordagem clínica e a marcar a primeira impressão que os pais/família vão ter do SU e do hospital (Thomas, 2002).

A avaliação da criança na triagem é um processo complexo. As crianças mais pequenas não respondem a questões sobre a história da doença, sinais e sintomas, pelo que como enfermeiros só podemos contar com as nossas habilidades de avaliação e com a impressão dos pais. Durante a triagem, o enfermeiro, deve ser hábil na avaliação da criança, reconhecer sinais e sintomas que podem evoluir para situação de risco e possuir excelentes habilidades de atendimento (Thomas, 2002).

Durante o estágio no SU foi possível participar em cerca de 80 triagens e realizar de forma mais autónoma cerca de 40. Aproximadamente cerca de $\frac{3}{4}$ foram realizadas na área covid e $\frac{1}{4}$ na área não covid. As triagens abrangeram todos os grupos etários. Os principais focos de atenção na área covid foram: (1) dificuldade respiratória, (2) diarreia, (3) náuseas e vômitos, (4) tosse e rinorreia, (5) febre, (6) obstrução nasal e (7) contactos positivos com Sars Cov 2. Os focos de atenção na área não covid foram: (1) dor abdominal, (2) erupções cutâneas, (3) quedas, (4) angioedema, (5) traumatismo/fratura, (6) tumefação supra clavicular com sinais inflamatórios, (7) obstrução nasal por corpo estranho, (8) picada de inseto, (9) disúria, polaquiúria e (10) lipotimia.

Esta experiência permitiu realizar a Triagem de Manchester, desenvolver competências no reconhecimento de sinais e sintomas em crianças em situação de urgência, desenvolver habilidades/capacidades de condução de entrevistas à criança e família em contexto de urgência e desenvolver competências na abordagem da criança e família na triagem.

A ansiedade e preocupação marcam a chegada da criança e família ao SU. Ao longo da minha assistência no SU adotei um conjunto de atitudes e comportamentos que tiveram como objetivo ajudar a diminuir a ansiedade e preocupação sentidas por ambos. A aproximação à criança, na triagem, foi com calma e devagar. Antes do toque, observava e falava diretamente com ela independentemente da sua idade (desta forma os pais tinham a percepção de que via o seu filho como uma pessoa). Usei técnicas de distração e modelação, fomentei o respeito pela sua privacidade e sempre que possível permiti que a criança permanecesse sentada ao colo dos pais/família. No final da triagem tinha o cuidado de fornecer informação à criança, pais/família, nomeadamente, sobre o que iria acontecer a seguir e o tempo previsto que tal iria implicar. Estas medidas são importantes não só para diminuir a ansiedade e preocupação de ambos, mas também são fundamentais para incutir na criança e nos pais/família um sentimento de confiança e empatia para com a equipa multidisciplinar (Thomas, 2002). A confiança e empatia criada na triagem irá influenciar positivamente a relação terapêutica e a prestação de cuidados no SU (Fernandes citado por Diogo, Vilelas, Rodrigues e Almeida, 2016).

A hospitalização de urgência é uma das mais traumáticas experiências hospitalares para a criança. Quando a criança chega ao SU, e a sua vida está em risco, a atuação tem de ser rápida e eficaz. Estas situações, muitas vezes, não nos dão o tempo suficiente e necessário para preparar a criança (Diogo et al., 2016). Durante este estágio, não ocorreram situações de emergência, ou seja, não existiu um único caso em que uma ou mais funções vitais da criança estivesse comprometida. Na prestação de cuidados à criança e família no SU, empreguei um conjunto de estratégias que tornaram a experiência o mais proveitosa possível. Destaco as seguintes: (1) envolvi a criança e família nos cuidados, (2) investi tempo na interação para que pudessem colaborar no procedimento e assim minimizei o seu sofrimento, (3) garanti a sua privacidade, (4) aceitei as suas respostas de dor e medo, (5) preservei o contacto entre a criança e os pais, (6) expliquei todos os procedimentos, (7) avaliei o que a criança pensou e sentiu sobre a experiência e procedimentos realizados, (8) transmiti uma atitude calma e responsável, simpática e positiva (Diogo et al., 2016). *“Quando a experiência no SU é vivida pela criança de forma positiva, esta poderá sentir-se mais capaz (promove a autoestima, a*

capacitação, a aprendizagem de estratégias de coping) por ter superado esta situação de crise, sabendo reagir aos stressores em situações futuras” (Diogo et al., 2016, p.31).

Conforme referido anteriormente, durante o estágio no SU, não existiu uma única situação de emergência. Mas foi possível realizar, com a minha tutora, a manutenção e verificação dos recursos existentes na sala de emergência. Durante esta atividade foi possível aferir todos os recursos (materiais e de equipamentos) existentes e disponíveis na sala bem como a sua organização. No final desta atividade foi possível refletir sobre a presença dos pais/família junto da criança na sala de emergência.

A presença dos pais/família junto da criança durante as situações de emergência apresenta vantagens para ambos. Permite aliviar os medos da criança. O suporte e afeto proporcionado pelos pais/família permite que a criança se sinta mais segura, mais tranquila e mais apoiada. Já os pais/família, ao estarem presentes, sentem-se mais tranquilos pois percebem que tudo o que pode ser feito está a ser feito (Buboltz et al., 2016). Apesar de a maioria querer estar presente, cada criança e família são únicas, pelo que é fundamental negociar com a criança e família a sua presença. Nos casos, em que a família não quer estar presente, é fundamental ter o cuidado e a sensibilidade de manter a informação atualizada quanto à evolução da situação. Segundo Buboltz et al., (2016), muito do sofrimento e angústia sentido pela família, durante a assistência à criança em situações de emergência, está relacionada com a espera por notícias. Um outro aspeto a ter em consideração é que os pais/família que escolhem estar presentes, na sala de emergência, também necessitam de apoio. É fundamental que exista um enfermeiro que prepare os pais/família para a sala, que explique os acontecimentos e que providencie conforto e apoio na sala (Parra, Mele, Alonso, Trenchs e Luaces, 2018).

Objetivos:

- Desenvolver competências para a gestão adequada da dor no RN, criança e jovem.

Atividades:

- ✓ Utilizar as escalas de avaliação da dor adequadas à faixa etária;
- ✓ Aplicar medidas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo/alívio da dor.

Reflexão:

Os procedimentos diagnósticos e terapêuticos são, de acordo com a DGS (2012a), a causa mais frequente de dor na criança que recorre ao serviço de saúde. De acordo com Maxwell et al., (2019), o RN de termo ou pré-termo hospitalizado experimenta, em média, 14 procedimentos dolorosos por dia nas duas primeiras semanas de vida. O RN/criança/jovem que recorre ao SU além das condições dolorosas provocadas pela doença em si, pode ser sujeita a um conjunto de testes de diagnóstico e procedimentos que podem causar dor adicional (Young, 2017). Nos cuidados de saúde primários a vacinação pode ser uma das fontes de dor iatrogénica no RN/criança/jovem (OMS, 2015).

O controlo eficaz da dor é um indicador de qualidade dos cuidados prestados, pelo que a sua avaliação, tratamento e prevenção devem ser uma prioridade (DGS, 2012c). Para que o tratamento da dor seja efetivo e seguro é fundamental utilizarmos as ferramentas de avaliação e controlo da dor adequadas (Maxwell et al., 2019). Ao longo do estágio utilizei as ferramentas de avaliação e controlo de dor recomendadas pela DGS. Na unidade de cuidados intensivos neonatais utilizei a Échelle de Douleur et d'Inconfort de Nouveau-Né (EDIN) seguindo a orientação técnica da DGS (2010a). Já no SU, em crianças sem capacidade para verbalizar e menores de 4 anos, utilizei a Face, Legs, Activity, Cry, Consolability (FLACC). Em crianças entre os 4 a 6 anos usei a escala de faces de Wong-Baker e a partir dos 6 anos de idade a Escala Visual Analógica (EVA) e a Escala Numérica (EN) (DGS, 2010a). Sempre que a criança apresentava um desenvolvimento cognitivo que permitisse relatar a sua dor, privilegiei o autorrelato. Uma vez escolhido, o instrumento de avaliação mais adequado, mantinha-o nas avaliações subsequentes. Avaliei regularmente a dor e desconforto, de acordo com as necessidades individuais de cada um (DGS, 2010a).

O princípio primordial na gestão da dor é evitar os procedimentos desnecessários. No entanto, sempre que um procedimento se mostre necessário devem ser implementadas medidas que reduzam a dor e o desconforto provocados pelo mesmo (Bucsea e Riddell, 2019). Durante os procedimentos, permiti que os pais/família decidissem se queriam ou não estar presentes e que tipo de colaboração pretendiam dar. De acordo com Bucsea e Riddell (2019) os pais desejam ser envolvidos na gestão da dor do seu filho. Preparei, informei e instruí os pais sobre a sua conduta durante o procedimento. Planeei e agrupei os cuidados de forma a manipular e a incomodar o menor número de vezes possível o RN/criança/jovem e família.

Selecionei as intervenções não farmacológicas e farmacológicas mais adequadas. Em neonatologia as medidas não farmacológicas são a primeira linha de prevenção e tratamento. As intervenções farmacológicas, normalmente, são reservadas à dor moderada, grave ou prolongada (DGS, 2012c). No SN a minha intervenção consistiu na elaboração de um plano de cuidados que respeitasse os ciclos de sono-vigília. No RN gravemente doente, com grande instabilidade hemodinâmica, reduzi ao mínimo a sua manipulação e implementei medidas de controlo ambiental (DGS, 2012c), que segundo Bucsea e Riddell (2019), permitem diminuir a resposta ao stress é a dor. Tive o cuidado de controlar a luz, ruído ambiental e o som. Bucsea e Riddell (2019) referem o potencial analgésico da baixa iluminação, do cheiro familiar, do som (ex. a voz da mãe) e da música (ex. música clássica, canções de embalar e da música que a mãe ouvia durante a gravidez) nas unidades de cuidados intensivos neonatais. Empreguei técnicas de gestão da dor não farmacológicas durante os procedimentos como o embalar, a contenção manual, a contenção com lençol, a sucção não nutritiva e a sacarose, o MKC e o amamentar. No decorrer do estágio tive a oportunidade de combinar algumas destas técnicas entre si. A combinação de várias técnicas tem um efeito analgésico suplementar. O efeito da sucção não nutritiva quando combinado com a sacarose é superior do que quando empregamos separadamente estas técnicas (Bucsea e Riddell, 2019). Os RN sujeitos à combinação da sucção não nutritiva com a sacarose e à contenção, segundo Bucsea e Riddell (2019), apresentam uma redução da resposta comportamental à dor, permitindo que os enfermeiros executem os procedimentos de rotina de uma forma mais eficiente. De acordo com Bucsea e Riddell (2019)

existe um número exponencial de possíveis combinações que podem ser utilizadas. Durante a realização dos procedimentos tive o cuidado de “*espaçar os procedimentos para permitir a recuperação dos parâmetros fisiológicos e comportamentais*”, avaliei a dor “*antes, durante e após o procedimento, para ajustar as intervenções*”, selecionei “*o material e realizei o procedimento de forma a causar menos dor*”, (ex. no caso da punção venosa utilizei o garrote manual em detrimento do garrote de borracha) (DGS, 2012c, p.1). As intervenções farmacológicas (ex. paracetamol, morfina, fentanil) devem ser associados a técnicas não farmacológicas nos procedimentos major e no controlo da dor persistente (DGS, 2012c). “*Devido às preocupações de segurança em relação à farmacoterapia a administração rotineira de analgesia e sedação em pré-termos não é recomendada*” (Rocha et al., 2018, p.5).

A dor experienciada pela criança no SU é significativa. Mas pode ser prevenida e significativamente reduzida (Young, 2017). Sempre que foi necessário e adequado empreguei técnicas de gestão de dor não farmacológicas e farmacológicas. A escolha da técnica deve ter em conta os “*recursos existentes (...), a sensibilidade da criança à dor, as suas preferências e habilidades, do desenvolvimento cognitivo, das estratégias de coping, do tipo de dor (...), do contexto (procedimentos ou exames) e das suas características (localização (...))*” (Batalha; Linhares e Doca; Chen, Joseph e Zeltzer citados por OE, 2013, p.17).

As técnicas não farmacológicas utilizadas no RN no SU foram de encontro às já mencionadas e utilizadas no SN. Nas crianças e adolescentes expliquei as etapas de todos os procedimentos e as sensações que poderiam provocar. Esta intervenção é fundamental para que a criança/adolescente tenha uma expectativa realista do que vai acontecer (Chen, Joseph e Zeltzer, 2000). Na criança, que necessitou de realizar uma colheita de sangue, durante o procedimento, utilizei o telemóvel, com recurso aos seus desenhos animados favoritos. Esta técnica foi eficaz para a distrair do procedimento e para minimizar a dor/desconforto provocados pela colheita (Chen et al., 2000). Já no adolescente, conversamos sobre a sua série favorita. Na colheita, do rastreio para Sars Cov 2, a distração, não se mostrou eficaz. Porque, algumas das crianças/adolescentes, já estavam muito ansiosas, antes da realização do procedimento. Nesta situação, adotei e estimulei

a realização de exercícios de relaxamento diafragmático (ex. cheirar uma flor e soprar uma vela) (Chen et al., 2000) que foram eficazes. Numa outra criança, que necessitava de ser puncionada em veia periférica, para a administração de terapêutica endovenosa, utilizei a técnica de simulação/modelação. Neste caso, o procedimento, foi simulado na minha tutora. Esta técnica permitiu explicar à criança o procedimento bem como os comportamentos que deveria adotar (Chen et al., 2000). No final, dos procedimentos, recorri ao elogio e reforço positivo (Linhares e Doca, 2010). Na criança, muito ansiosa, com dores dorsais e lombares provocadas por contraturas, fiz massagem e aplicação de calor local. Estas técnicas foram fundamentais para diminuir a dor, para relaxar e para a distrair (Linhares e Doca, 2010). Já na criança, que recorreu ao SU, após uma pequena queda na aula de educação física, e em que apresentava dor e edema do joelho, fiz aplicação de frio. Esta técnica foi importante não só para o alívio da dor, mas também para a redução do edema (ação anti-inflamatória) (Batalha, 2010). O tratamento farmacológico consistiu na administração de terapêutica oral e endovenosa sempre que necessário.

No estágio, em cuidados de saúde primários, as oportunidades de gestão de dor foram menos frequentes. Esta situação esteve diretamente relacionada com os constrangimentos provocados pela pandemia por Sars Cov 2. No entanto permitiu a reflexão sobre a importância, métodos de alívio e controlo da dor/desconforto durante a vacinação. Não considerar a dor durante a vacinação pode ter um impacto negativo e conduzir a atrasos e evitamento da mesma. A gestão da dor durante a vacinação é possível e não diminui a eficácia da vacina (OMS, 2015). Existe um conjunto de estratégias que podem ser utilizadas para mitigar a dor durante a vacinação. São elas: (1) posicionar a criança apropriadamente (crianças com < de 3 anos devem estar ao colo, crianças com > de 3 anos devem estar sentadas ao colo do seu cuidador), (2) não realizar a aspiração durante a injeção intramuscular, (3) na administração de múltiplas vacinas começar pela menos dolorosa e progredir para as mais dolorosas, (4) amamentar, (5) distrair, entre outras (OMS, 2015). Neste estágio não existiu a oportunidade de empregar estas estratégias.

Competências:

- *“Demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com o cliente e família e relacionar-se de forma terapêutica no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (UCP, 2020b, p.2).*

Objetivos:

- Desenvolver competências sobre técnicas comunicacionais apropriadas ao RN, criança, jovem e família tendo em conta o seu estadio de desenvolvimento, crenças e cultura.

Atividades:

- ✓ Utilizar diversas estratégias comunicacionais para abordar e estabelecer uma comunicação eficaz com a criança, pais/família tendo em consideração a idade, estadio de desenvolvimento, crença e cultura.

Reflexão:

A comunicação é um instrumento básico e fundamental do processo de cuidar em enfermagem. É um fenómeno indissociável do cuidado à criança e família. Está presente e ocorre durante todo o processo assistencial. A comunicação em enfermagem tem como finalidade a constituição de uma relação de confiança entre os profissionais a criança e a família (Martinez, Tocantins e Souza, 2013). A comunicação é um processo dinâmico que envolve um intercâmbio de mensagens (verbais e não verbais) que são enviadas e recebidas (Farias, Cardoso, Silveira e Fernandes, 2009) pelo profissional, pela criança e pelos pais/família. É através da comunicação que: (1) esclarecemos dúvidas quanto aos procedimentos, normas, rotinas, etc. (Andrade et al., 2015), (2) obtemos informações relativas às necessidades de saúde da criança e família, (3) direcionamos as nossas atividades (Martinez et al., 2013), (4) podemos apoiar (Farias et al., 2009), educar e guiar a criança e os pais/família para que possam participar na prestação de cuidados e

tornar-se verdadeiros parceiros no cuidado (Orzalesi e Aite, 2011). Através da comunicação, também, conseguimos conhecer e entender a ansiedade e as emoções dos pais. E através dela podemos confortar, suportar (Orzalesi e Aite, 2011), proporcionar apoio emocional, tranquilizar e encorajar a fazer perguntas (Hashimoto, 2017).

Para que a comunicação seja eficaz é fundamental estabelecer uma escuta ativa e é através dela que podemos compreender a criança, pais/família. Este processo exige atenção e concentração em todos os aspetos da conversação (verbal e não verbal) (Hockenberry e Wilson, 2014). É fundamental ter em atenção que a mensagem transmitida durante a comunicação é, em primeiro lugar, influenciada pelas expressões faciais seguindo-se da voz e das palavras (Mehrabian citado por Hashimoto, 2017). Como profissional é extremamente importante que observe as expressões faciais e os comportamentos da criança e da família, pois só assim, se pode ter um entendimento/interpretação clara das palavras proferidas (Hashimoto, 2017). *“Os bons entrevistadores controlam conscientemente as suas reações, respostas e a técnica que usam”* (Hockenberry & Wilson, 2014, p.104). Ao comunicar com a criança, pais/família é essencial que os faça sentir aceites, reconhecidos, que percebam a disponibilidade da equipa e se sintam confortáveis para se exprimir (Orzalesi e Aite, 2011).

Ao longo do processo assistencial a comunicação foi adequada ao estadió de desenvolvimento da criança. O toque e o tom de voz são fundamentais para comunicar com o RN pré-termo. O toque é, sem dúvida, um tipo de comunicação vital para o prematuro. O RN apresenta expressões positivas de alegria e tranquilidade bem como diminuição do ritmo cardíaco quando lhes é proporcionado um toque afetivo (não o relacionado com os procedimentos), seja pelos familiares, enfermeiros ou médicos (Farias et al., 2009). É também através do toque que é transmitido afeto e segurança (Martinez et al., 2013). O som e o volume de uma voz (calma) consolam, acalmam e tranquilizam o stress provocado pelo ambiente em que se encontra (Farias et al., 2009). *“Os componentes não verbais do processo de comunicação, transmitem as mensagens mais significativas, é difícil mascarar sentimentos, atitudes e ansiedades ao se relacionar com crianças. Elas estão alertas ao ambiente e vinculam significado a cada gesto e movimento que se faz,*

isto é particularmente verdadeiro em crianças muito pequenas” (Hockenberry & Wilson, 2014, p.107). Os lactentes entendem e respondem primariamente à linguagem não verbal. Ficam muito quietos quando lhes proporcionam um toque afetivo (um carinho, uma carícia, pelo colo, ou outra forma de contacto físico suave). O som de uma voz suave também proporciona conforto mesmo não entendendo as palavras que são proferidas. Quando cuidamos de crianças com menos de 5 anos, devemos focalizar a conversa nelas porque são egocêntricas. Devemos dizer o que podem fazer e o que irão sentir. Falar da experiência dos outros não tem qualquer interesse. A partir dos 5 anos, a criança quer explicações e razões para tudo. Necessita de saber o que vai acontecer e qual a razão de estar a ser feito. Quer ser incluída e participar no procedimento. Os adolescentes aceitam todos aqueles que demonstram um interesse genuíno por eles e respeitam as suas convicções (Hockenberry e Wilson, 2014). Na comunicação com o adolescente usei a escuta ativa, a valorização, respeitei e compreendi o que era dito (Sotomayor citado por OE, 2010). Procurei ser sincera, autêntica e empática (OMS citado por OE, 2010). Assegurei que a informação transmitida era confidencial e só revelada com a sua autorização ou se risco de vida para ele ou outros (Ballarín citado por OE, 2010).

Um outro aspeto levado em consideração foram as diretrizes para comunicar com a criança, nomeadamente: (1) falar com uma voz tranquila e que transmita segurança, (2) falar de forma clara, simples e específica, (3) falar primeiro com os pais se a criança for tímida, (4) utilizar os objetos de transição (bonecas, etc.) para comunicar com a criança antes de a questionar diretamente, (5) adotar uma posição ao nível dos olhos da criança, (6) dar tempo para se sentir confortável, (7) ser honesta, (8) dar tempo e permitir que expressem os seus medos e preocupações, (9) dar escolha quando de facto essa existe e (10) evitar gestos que possam ser vistos como uma ameaça (avanços súbitos ou rápidos, o contacto ocular prolongado e os sorrisos amplos) (Hockenberry e Wilson, 2014).

A literatura refere várias técnicas de comunicação verbais e não verbais que podem ser utilizadas com a criança. Entre elas as “mensagens eu”, o desenho e o brincar (Hockenberry e Wilson, 2014). Durante o processo assistencial, nomeadamente no SU, o brincar (direcionado) foi utilizado para preparar as crianças para os procedimentos, nomeadamente na punção de veia periférica e na avaliação de

sinais vitais. Pelo que forneci dispositivos médicos para que a criança os pudesse manipular. Esta técnica foi fundamental para explorar e atenuar o medo da criança. Brincar pode reduzir o sofrimento provocado pela doença e hospitalização. Sempre que foi possível, dei materiais e proporcionei tempo para que a criança pudesse brincar (espontaneamente) (Hockenberry e Wilson, 2014).

Ainda no mesmo contexto, deparei com um adolescente muito calado. Neste caso em particular, e apesar de todos os meus esforços, ele mantinha o silêncio. Tentei identificar um interesse em comum que pudesse alavancar a interação (Ballarín citado por OE, 2010). O adolescente usava uma camisola de uma série muito conhecida pelo que disse que também assistia. Esta estratégia foi eficaz porque a partir daquele momento o adolescente começou a interagir. Este passo, foi essencial para criar um clima de confiança e assim abordar questões/temas mais sensíveis.

4.2 – Gestão de Cuidados:

De acordo com Santos, Pestana, Guerrero, Meirelles e Erdmann (2013), a gestão dos cuidados realizada pelo enfermeiro, nos seus diversos cenários de atuação, compreendem a articulação entre o campo administrativo e assistencial. Foi tendo em consideração estes aspetos que desenvolvi este domínio ao longo deste ciclo de estudos.

Competências:

- *“Liderar equipas de prestação de cuidados especializados na área de EESIP”;*
- *“Exercer supervisão do exercício profissional na área de EESIP”;*
- *“Gerir os cuidados de enfermagem na área de EESIP”;*
- *“Zelar pela qualidade dos cuidados prestados na área de EESIP”;*

- “Colaborar no processo de integração de novos profissionais” (UCP, 2020b, p.2).

Objetivos:

- Compreender o papel do EESIP na gestão de cuidados nos diversos contextos.

Atividades:

- ✓ Observar o EESIP na gestão de cuidados;
- ✓ Participar na elaboração de planos de trabalho;
- ✓ Elaborar planos de cuidados;
- ✓ Participar na gestão de materiais.

Reflexão:

O processo de gestão de cuidados materializa-se através de um conjunto de atividades que são interdependentes, complementares e estão associadas à qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem. Existem 8 ações de gestão de cuidados que os enfermeiros realizam no seu quotidiano: (1) gestão dos recursos humanos, (2) liderança no ambiente de trabalho, (3) planeamento dos cuidados de enfermagem, (4) educação/capacitação da equipa de enfermagem, (5) gestão dos recursos materiais, (6) coordenação do processo de realização dos cuidados, (7) execução dos cuidados e/ou procedimentos mais complexos e (8) avaliação dos resultados das ações de enfermagem (Santos et al., 2013).

Ao longo dos diversos campos de estágio observei e participei na gestão dos cuidados realizados pelo EESIP. Pude observar e colaborar na elaboração dos planos de trabalho e na reorganização dos recursos humanos. A gestão dos recursos humanos envolve a avaliação, planeamento e distribuição dos enfermeiros disponíveis, de acordo com as necessidades de cuidados da criança e família, por forma a zelar pela qualidade dos cuidados (Santos et al., 2013).

Exercer liderança no ambiente de trabalho é uma componente fundamental da gestão de cuidados (Santos et al., 2013). A liderança tem enorme influência sobre a segurança e o cuidado (Agnew, Flin e Reid; Auer et al.; Cummings et al.; Dignam et al.; O'Connor e Carlson citados por Murray, Sundin e Cape, 2017) prestado à criança e família. O enfermeiro líder é o principal responsável pelo desenvolvimento e organização de um ambiente que favoreça e potencialize a qualidade dos cuidados de enfermagem (Santos et al., 2013).

No decorrer dos estágios pude observar como o EESIP, no seu papel de coordenador/responsável de turno, criava um ambiente positivo à prática, nomeadamente através de um ambiente de trabalho justo e de confiança, pelo respeito, pela experiência e ideias da restante equipa, pela comunicação aberta e pelo apoio. Também pude observar como a liderança é fundamental para potencializar a coordenação e articulação das atividades que envolvem a realização dos cuidados bem como dos profissionais que as desempenham (Santos et al., 2013).

Também observei e participei no planeamento dos cuidados de enfermagem realizada pelo EESIP. Este através da avaliação das necessidades em saúde das crianças e famílias, direciona as ações de enfermagem. O planeamento dos cuidados de enfermagem engloba ainda a delegação, a organização dos procedimentos e a previsão/provisão dos recursos e materiais necessários (Santos et al., 2013).

Educar e capacitar a equipa de enfermagem é uma ação de gestão realizada pelo enfermeiro no seu quotidiano. Neste campo o EESIP atua como facilitador da aquisição de saberes, da atualização profissional e da capacidade de auto-organização, e assim contribui para a realização de melhores práticas do cuidado (Santos et al., 2013). Estas ações foram particularmente visíveis pelo apoio que o EESIP proporcionou ao longo dos turnos. Apoio prestado aos colegas mais novos, com menor experiência ou que não possuíam especialidade em saúde infantil e pediátrica, de uma forma mais informal e in loco.

Como coordenador de uma unidade/responsável de turno o EESIP é responsável pela gestão dos recursos materiais. Em todos os campos de estágio observei e

participei na gestão dos recursos materiais (gestão de stocks de materiais e terapêutica). A gestão de recursos materiais consiste no planeamento, supervisão e avaliação dos materiais necessários, para assegurar a qualidade e quantidade, para que os profissionais realizem as suas atividades sem risco para si e para a criança e família (Santos et al., 2013).

Coordenar o processo de realização do cuidado, decorre da participação do enfermeiro em todas as fases do cuidar, *“orientando, controlando, supervisionando, garantindo os recursos necessários às intervenções, articulando, interligando e encaminhando todas as ações assistenciais realizadas pelo conjunto dos profissionais de saúde e enfermagem nos serviços de saúde”* (Santos et al., 2013, p.260).

Observei, participei e realizei procedimentos mais complexos à criança e família, tendo como linha orientadora a humanização dos cuidados. Sustentei a minha atuação em princípios éticos, na evidência científica mais atual e na valorização da qualidade de vida (Santos et al., 2013).

Observei, participei e avaliei os resultados das ações de enfermagem, ou seja, se os resultados obtidos eram os desejados, os planeados inicialmente e se estavam de acordo com as necessidades das crianças e famílias. A partir desta avaliação, elaborei estratégias para redirecionar as ações de enfermagem ou solucionar as intercorrências que emergiram durante o trabalho (Santos et al., 2013).

4.3 – Formação:

O conhecimento e a ciência estão em constante evolução. O que hoje é inovação amanhã está desatualizado. A formação contínua realizada pelos enfermeiros é fundamental e constitui uma oportunidade de realização, atualização, evolução pessoal e profissional. A formação contínua é essencial para a prestação de cuidados de qualidade, pelo que deve ser promovida em todos os contextos profissionais. Foi tendo em consideração estes aspetos que desenvolvi este domínio durante este ciclo de estudos.

Competências:

- *“Manter, de forma contínua e autônoma, o seu próprio processo de autodesenvolvimento pessoal e profissional”;*
- *“Promover o desenvolvimento pessoal e profissional dos outros enfermeiros”;*
- *“Analisar problemas de maior complexidade relacionados com a formação em enfermagem, de forma autônoma, sistemática e crítica”;*
- *“Identificar as necessidades formativas na área de EESIP”;*
- *“Promover formação em serviço na área de EESIP”;*
- *“Comunicar informação complexa de âmbito profissional e académico, resultante da prática clínica e da investigação, tanto a audiências especializadas quanto ao público em geral, tendo em consideração diferentes perspetivas sobre os problemas de saúde com que se depara” (UCP; 2020b, p.1-2).*

Objetivos:

- Desenvolver competências na formação de pares.

Atividades:

- ✓ Identificar as necessidades formativas na área de EESIP;
- ✓ Realizar sessão de formação aos pares intitulada “Comunicação em Cuidados Paliativos e Cuidados em Fim de Vida”;

Reflexão:

De acordo com o Regulamento nº140/2019 (2019, p.4749), o enfermeiro especialista *“responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem em contexto de trabalho”*. Neste sentido, um dos objetivos neste ciclo de estudos consistiu na

deteção das necessidades formativas nos diversos contextos de estágio e na planificação e realização de atividades relacionadas com a formação de pares. A oportunidade de o fazer surgiu durante a realização do estágio em cuidados de saúde primários. Foi identificada uma lacuna na temática da comunicação com crianças e famílias em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.

Uma vez que a minha prática profissional decorre num serviço de oncologia pediátrica é inevitável o contacto com estas situações. Tal como os outros enfermeiros, considero ser uma área de difícil abordagem, uma lacuna, também, no meu percurso profissional e como tal é uma área na qual desejava aprofundar os meus conhecimentos. A comunicação em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida é a necessidade educacional mais pedida pelos profissionais que trabalham nesta área. A educação dos profissionais em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida deve ser transversal a todos os profissionais e não apenas limitada aos profissionais que trabalham nas unidades especializadas. Os cuidados à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida são prestados em unidades especializadas, não especializadas bem como no domicílio (Atout, 2019).

O planeamento desta sessão de formação aos pares envolveu uma extensa pesquisa bibliográfica. Da pesquisa realizada foi possível perceber que os enfermeiros necessitam de conhecer um conjunto de princípios de comunicação com a criança e a família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida, bem como, conhecer as barreiras e os fatores facilitadores ao processo de comunicação da tríade. Este tipo de saber e conhecer permite estabelecer uma comunicação eficiente, efetiva e aberta com a criança e família. O outro aspeto incluído nesta formação foi o sofrimento emocional dos enfermeiros que cuidam da criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. Esta temática foi particularmente importante pois os enfermeiros tinham contactado/cuidado de uma criança e família nesta situação e a sua perda tinha sido muito recente. Da pesquisa que realizei pude identificar um conjunto de sentimentos que os enfermeiros apresentam nesta situação bem como um conjunto de estratégias que podem ser implementadas pelos próprios e pela instituição por forma a atenuar o sofrimento emocional de quem cuida destas crianças e famílias.

A metodologia utilizada foi a expositiva, interativa e interrogativa. Os recursos e estratégias foram sala, mesa, cadeiras, projetor, computador, PowerPoint, papel e canetas. De acordo com os resultados obtidos, nos quais foi possível aferir o nível de conhecimentos, 90 % de respostas estavam corretas e a média de avaliação da ação de formação de pares (formador) foi de muito boa (4). A participação da equipa durante a sessão e os momentos de debate, levaram a concluir que as estratégias adotadas foram eficazes. A sessão de formação além de ter permitido a atualização dos conhecimentos permitiu a partilha de sentimentos, emoções, angústias e dificuldades sentidas pelos enfermeiros no cuidado à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.

Todo o material produzido para a referida sessão de formação de pares encontra-se no apêndice II.

4.4 – Investigação:

A investigação em enfermagem, de acordo com a OE (2006, p.1) “*é um processo sistemático, científico e rigoroso que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para o benefício dos utentes, famílias e comunidade*”. É através do conhecimento adquirido pela investigação que se verifica a melhoria da qualidade dos cuidados e a otimização dos resultados em saúde da nossa população. Tendo em conta os aspetos supracitados desenvolvi este domínio ao longo dos diversos contextos de prática clínica.

Competências:

- *“Tomar decisões fundamentadas, atendendo à evidência científica e às responsabilidades sociais e éticas”;*
- *“Participar e promover a investigação em serviço na área de EESIP”;*

- “*Demonstrar compreensão relativamente às implicações da investigação na prática baseada na evidência*”;
- “*Incorporar na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da área de EESIP*” (UCP, 2020b, p.2).

Objetivos:

- Promover a incorporação do conhecimento científico mais atual na assistência realizada.

Atividades:

- ✓ Realizar pesquisa bibliográfica sistemática e pertinente;
- ✓ Incorporar e divulgar o conhecimento mais atual nos contextos assistenciais.

Reflexão:

De acordo com a OE (2006), a investigação em enfermagem é fundamental para o desenvolvimento profissional e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados. A investigação é fundamental para enriquecer, orientar, suportar as decisões e práticas clínicas assim como impulsionar o progresso.

A procura de informação pertinente, credível, confiável e sólida foi uma preocupação ao longo deste percurso. As estratégias utilizadas foram a pesquisa bibliográfica em bases de dados, nomeadamente, a “*Medical Literature Analysis and Retrieve System Online*” (MEDLINE) e “*Scientific Electronic Library Online*” (SCIELO), e a consulta de: (1) orientações, normas, relatórios e programas da Direção Geral da Saúde e Organização Mundial da Saúde, (2) regulamentos, tomadas de posição e guias orientadores da Ordem dos Enfermeiros, (3) páginas oficiais (digitais), documentos, orientações e relatórios da Administração Regional de Saúde, da Entidade Reguladora da Saúde, do Instituto Nacional de Saúde Ricardo Jorge, da Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária, da Prevenção Rodoviária Portuguesa, da Associação para a Promoção da Segurança Infantil, da

Sociedade Portuguesa de Neonatologia, da American Academy of Pediatrics, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, a Slepp Foundation, entre outras.

A pesquisa realizada foi fundamental para: enriquecer os conhecimentos em saúde infantil e pediátrica, orientar e suportar a prestação de cuidados nos diversos contextos de prática clínica, otimizar a assistência na prática profissional diária e dar a conhecer os resultados da pesquisa nos diversos contextos. Privilegiou a procura de conhecimento e o estímulo à prática baseada na evidência: (1) nas medidas promotoras da transição para a alimentação oral no RN no SN, (2) nas medidas facilitadoras para o processo de transição para a parentalidade e para a promoção da ligação e vinculação, (3) na parceria de cuidados e cuidados centrados na família, (4) na prevenção de acidentes e promoção da segurança, (5) na comunicação em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida, (6) nas técnicas farmacológicas e não farmacológicas para o controlo da dor e desconforto, entre outros.

5 - Implicações para a Prática

Ao terminar este ciclo de estudos tenho necessidade de refletir sobre as implicações que as aprendizagens geraram e virão a gerar na minha prática profissional.

A parceria de cuidados, a preparação para a alta, a vigilância em saúde, a comunicação em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida e o sofrimento emocional do enfermeiro são aspetos sobre os quais recaíram as minhas reflexões.

O tratamento do cancro infantil combina períodos de cuidados em regime de internamento, hospital de dia e consulta de pediatria. Estende-se por um período entre 1 a 2 anos. No entanto, se ocorrer uma recaída, este período pode prolongar-se além dos 2 anos.

O cancro infantil tem impacto na vida da criança e em todo o sistema familiar. Os tratamentos e internamentos passam a fazer parte da rotina diária da criança e família (Rolland e Ward et al., citados por Franco, 2018).

O foco da oncologia pediátrica são as crianças e as famílias. *“Os cuidados em oncologia pediátrica são baseados nos Cuidados Centrados na Família”* (Ogle citado por Franco, 2018, p.14). A parceria de cuidados *“é uma parte do espectro dos cuidados centrado na família”* (Lee citado por Goreti, 2016, p.6). De acordo com Casey e Mobbs (1988) os pais são os melhores cuidadores dos seus filhos. O seu envolvimento gradual e negociado nos cuidados é fundamental para a promoção do papel parental e para a prevenção de crises de identidade parental durante a hospitalização (OE, 2015).

Na generalidade, a equipa do serviço, onde exerço funções, não conhece esta filosofia e modelo de cuidados. No entanto, de uma forma empírica, aplica os seus princípios na sua prática e prestação de cuidados. A pesquisa bibliográfica realizada sobre este tema, aliada aos estágios realizados, permitiu perceber que,

neste serviço, a prática do modelo falha no que se refere à negociação. A negociação é muitas vezes uma imposição. Com esta constatação sensibilizei a equipa para a temática.

A construção de uma relação de parceria com a criança e a família é fundamental para promover a adaptação aos desafios de saúde com os quais se vão deparar após a alta hospitalar (OE, 2011). As crianças e as famílias, após a alta hospitalar, entre ciclos de tratamentos, são responsáveis por muitos cuidados de suporte no domicílio (Kelly; Porock e Pyke-Grimm et al., citados por Ringnér, Öster, Björk e Graneheim, 2015), nomeadamente a implementação de medidas de isolamento por neutropenia, cuidados alimentares, administração de terapêutica oral e subcutânea, tratamento da náusea, da dor, cuidados e vigilância ao cateter venoso central, cuidados e vigilância das mucosas orais e perianais, entre outros.

O sucesso desta transição implica que a criança e a família sejam dotadas de conhecimentos e capacidades que garantam uma gestão eficaz do regime terapêutico e dos cuidados no domicílio. Assim sendo, é fundamental que a preparação e o planeamento da alta se inicie o mais precocemente possível (no momento da admissão) e se mantenha durante todo o internamento. O planeamento da alta deve incluir a participação da criança e da família enquanto parceiros nos cuidados, deve ser individualizado e adaptado às necessidades de cada criança e família. Procura minimizar as dificuldades do regresso a casa, maximizar a segurança, a autonomia, a responsabilidade pelos cuidados e o bem-estar (OE, 2011).

Apesar de a equipa iniciar precocemente a preparação para a alta, o processo pode ser otimizado através da criação de um programa de educação juvenil e parental. Este programa consiste na criação de um momento formal, em sala de aula, no serviço, para apresentar os ensinamentos. Posteriormente a educação/capacitação da criança e família continua de uma forma individualizada (junto ao leito) com recurso ao ensino, treino e posterior supervisão. Assim é possível conhecer o grau de aprendizagem da criança e família e posteriormente atuar de forma mais direcionada às suas lacunas.

Uma vez admitida na instituição, para o tratamento da doença oncológica, a criança passa a realizar a vigilância em saúde no serviço de pediatria. O foco de atenção é o tratamento da doença e das intercorrências que decorrem ao longo do tratamento. A avaliação do crescimento e desenvolvimento fica para segundo plano. Seria importante criar uma consulta de saúde infantil e juvenil assente nas indicações do PNSIJ.

Em oncologia pediátrica contactamos com crianças e famílias em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. Uma das grandes dificuldades da equipa consiste na comunicação com estas crianças e famílias, principalmente na abordagem do tema “morte” com a criança. A sessão de formação de pares planeada, permitiu perceber que é importante falar sobre a morte com a criança e quais os veículos de comunicação que podem ser utilizados para a iniciar. Pelo que tenho vindo a sensibilizar os enfermeiros para o tema.

Cuidar de uma criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida é um desafio. A morte da criança pode provocar no profissional um intenso sofrimento emocional (Atout, 2019). Perante o exposto, proponho a criação de momentos de partilha para que os profissionais possam receber suporte dos seus pares e tenham a oportunidade de partilhar as suas experiências, perspetivas e sentimentos.

6 - Conclusão

Este relatório começa por espelhar as competências adquiridas em contexto profissional. Ao longo da prática profissional, em oncologia pediátrica, desenvolvi competências na prestação de cuidados à criança e família, na gestão do cuidado, na investigação e na formação. Apesar de todas as competências adquiridas, senti necessidade de aprofundar e adquirir novos conhecimentos e competências. Razão pela qual decidi ingressar neste ciclo de estudos.

Mesmo, em condições pouco habituais e apesar de todas as limitações impostas pela pandemia, provocada pelo Sars Cov 2, os objetivos gerais, deste ciclo de estudos, e os objetivos pessoais delineados foram globalmente atingidos.

Este documento é o reflexo do caminho percorrido em neonatologia, na urgência pediátrica e nos cuidados de saúde primários. Neste exponho as competências adquiridas, os objetivos delineados, as atividades e reflexões desenvolvidas nos domínios da prestação de cuidados, na gestão de cuidados, na formação e na investigação.

Devo mencionar que não foi possível participar e realizar consultas de saúde infantil e juvenil e vacinação. O estágio em cuidados de saúde primários, coincidiu com um pico de contágios e conseqüentemente com o decretar de mais um estado de emergência. O confinamento obrigatório, o dever geral de recolhimento, o medo da população de recorrer aos serviços de saúde, a concentração dos recursos humanos no combate à pandemia e à campanha de vacinação foram fatores determinantes para que este objetivo não fosse atingido.

Os estágios realizados aliados a pesquisa bibliográfica empreendida ao longo deste percurso e de uma forma mais intensa durante a elaboração deste relatório permitiram a aquisição, desenvolvimento, aplicação e solidificação de conhecimentos e competências na área de especialização. Destaco a transição

para a parentalidade, a vinculação e ligação, o aleitamento materno e amamentação, entre outros. Estes permitiram a otimização do processo assistencial e a prestação de cuidados de excelência à criança e família.

Ao terminar este ciclo de estudos não posso deixar de refletir, entre outros aspetos, sobre as implicações que os estágios tiveram e terão na prática profissional. A parceria de cuidados desenvolvida ao longo dos diversos contextos assistenciais permitiu perceber o quanto a negociação estava a falhar durante o meu processo assistencial. Atualmente, considero que é desvalorizada a avaliação do crescimento e desenvolvimento bem como é desconsiderada a avaliação em fases chave do desenvolvimento (0-6 anos) e é perdida a janela de oportunidade em crianças com um atraso de desenvolvimento. O foco de atenção e atuação é apenas o tratamento da doença oncológica.

Ao terminar este ciclo de estudos fica a plena convicção que, hoje, sou uma enfermeira que presta cuidados de saúde especializados nesta área de atuação. Fica ainda a certeza de que este ciclo de estudos não é um fim em si, mas o princípio de um percurso alicerçado nos conhecimentos e competências adquiridas ao longo deste percurso tão gratificante quanto árduo.

7 - Referencias Bibliográficas

- Andrade, K.C.S., Freitas, F.F.Q., Marques, D.K.A., Lucena, A.L.R., Costa, K.N.F.M. & Costa, M.M.L. (2015). Comunicação terapêutica: instrumento básico do cuidado em crianças hospitalizadas. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 9 (11), 9784 – 9792.
- Andrade, T., Carvalho, F., Fernandes, A.P. & Casanova. (2008). Triagem de Manchester na idade pediátrica – estudo inter-hospitalar. *Nascer e Crescer* 17 (1), 16 – 20.
- ANIP. (2018). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: um guia para profissionais* (2^o edição). Coimbra. Portugal: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- ARS Norte. (2018). *Rastreio da saúde visual infantil -resultados e ações – do piloto ao alargamento*. Disponível em http://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/05/RSVI_Apresentacao_Feira.pdf
- Atout, M. (2019). Experience of nurses who work with children with palliative care needs: a mixed-method systematic review. *Palliative and Supportive Care*, (2019), 1-13. doi: 10.1017/S1478951519000956
- Batalha, L.M.C. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa. Portugal: Lidel.
- Brazelton, T.B & Cramer, B.G. (1989). *A relação mais precoce – os pais, os bebés e a interação precoce*. (1^a edição) (5^a reimpressão). Lisboa. Portugal: Terramar.

- Buboltz, F.L., Silveira, A., Neves, E.T., Silva, J.H., Carvalho, J.S. & Zamberlan, K.C. (2016). Percepção de familiares sobre a sua presença ou não em situação de emergência pediátrica. *Texto Contexto Enfermagem*, 25 (3), 1 – 8. doi: 10.1590/0104-07072016000230015
- Bucsea, O. & Riddell, R.P. (2019). Non - pharmacological pain management in the neonatal intensive care unit: managing neonatal pain without drugs. *Seminars in Fetal and Neonatal Medicine*, 24 (2019), 101017. doi: 10.1016/j.siny.2019.05.009
- Casey, A. & Mobbs, S. (1988). Partnership in practice. *Nursing Times November 2*, 84 (44), 67 – 68.
- Chen, E., Joseph, M.H. & Zeltzer, L.K. (2000). Behavioral and cognitive interventions in the treatment of pain in children. *The Pediatric Clinics of North America*, 47 (3), 513 – 525.
- Cruz, O. (2013). *Parentalidade*. Porto. Portugal: Livpsic.
- Deng, Q., Li, Q., Wang, H., Sun, H. & Xu, X. (2018). Early father-infant skin-to-skin contact and its effects on the neurodevelopmental outcomes of moderately preterm infants in China: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 19, 701(2018), 1-11. doi: 10.1186/s13063-018-3060-2
- Deodato, S. (2017). *Direito da saúde* (2ª edição). Coimbra. Portugal: Edições Almedina.
- Despacho nº10319/2014 de 11 de Agosto. *Diário da República nº153/2014 – II Série*. Lisboa: Ministério da Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde.
- Despacho nº 5868-B/2016 de 2 de Maio. *Diário da República nº 84/2016, 1º Suplemento – II Série*. Lisboa: Saúde – Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde.
- DGS. (2009). *Extracção e conservação de leite materno*. Disponível em <https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de-upload-aleitamento/folheto-como-conservar-leite-materno-em-casa-pdf.aspx>

- DGS. (2012). *Orientação técnica sobre o controlo da dor em procedimentos invasivos nas crianças (1 mês a 18 anos)*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0222012-de-18122012-png.aspx>
- DGS. (2010). *Orientação técnica sobre a avaliação da dor nas crianças*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142010-de-14122010-pdf.aspx>
- DGS. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nas crianças com doença oncológica*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0232012-de-18122012-png.aspx>
- DGS. (2012). *Orientações técnicas sobre o controlo da dor nos recém-nascidos (0 a 28 dias)*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0242012-de-18122012-png.aspx>
- DGS. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes 2010- 2016*. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>
- DGS. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>
- DGS. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>
- DGS. (2016). *Programa nacional para a saúde da visão – revisão e extensão 2020*. Disponível em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-da-visao-pdf.aspx>
- DGS. (2018). *Sistemas de triagem dos serviços de urgência e referência interna imediata*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022018-de-090120181.aspx>

- Diaz, Z., Caires, S., & Correia, S. (2016). Necessidades e preocupações de pais de bebés internados numa unidade de neonatologia. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 17 (2), 236 – 252.
- Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26 – 47.
- Ebrahimi, M., Mirhaghi, A., Najafi, Z., Shafae, H. & Roudi, M.H. (2020). Are pediatric triage systems reliable in the emergency department?. *Emergency Medicine International*, 2020 (), 1 – 8. doi: 10.1155/2020/9825730
- ERS. (2012). *Estudo para a Carta Hospitalar – especialidades de medicina interna, cirurgia geral, neurologia, pediatria, obstetria e infeciologia*. Porto. Portugal: Entidade Reguladora da Saúde.
- Farias, L.M., Cardoso, M.V.L.M.L., Silveira, I.P. & Fernandes, A.F.C. (2009). Comunicação proxémica entre mãe e recém-nascido de risco na unidade neonatal. *Revista Rene Fortaleza*, 10 (2), 52 – 57.
- Franck, L.S. & O'Brien, K. (2019). The evolution of family-centered care: From supporting parent-delivered interventions to a model of family integrated care. *Birth Defects Research*, 2019, 1-16. doi: 10.1002/bdr2.1521
- Franco, S.C.M. (2018). *Cuidados centrados na família no contexto da oncologia pediátrica: uma revisão sistemática*. (Tese de mestrado). Universidade de Lisboa. Lisboa: Portugal.
- Furr, P.A. & Kirgis, C.A. (1982). A nurse-midwifery approach to early mother-infant acquaintance. *Journal of Nurse-Midwifery*, 27 (5), 10 – 14.
- Goretj, M.M. (2016). Parceria de cuidados em pediatria: ganhos em saúde para as crianças, para os pais e para os enfermeiros. In *Disenos de la moderna investigación universitária*. (pp. 531 – 542). Madrid, Espanha. McGraw – Hill Education.

- Hashimoto, H. (2017). Effects of a support program on nurses' communication with hospitalized children's families. *Comprehensive Child and Adolescent Nursing*, 40 (3), 173 – 187.
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2014). *Wong - Fundamentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro. Brasil: Elsevier Medicina.
- ICN. (2015). *CIFE versão 2015 – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem* (edição Portuguesa). Lisboa. Portugal: Lusodidacta.
- Kumata, C.S., Borges, A.A. & Dupas, G. (2015). Comunicação de más notícias à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14 (4), 1411 – 1418. doi: 10.4025/cienccuidsaude.v14i4.25894
- Levy, L., & Bértolo, H. (2008). *Manual de aleitamento materno* (edição revista de 2008). Lisboa. Portugal: Comité Português Para a UNICEF.
- Linhares, M.B.M. & Doca, F.N.P. (2010). Dor em neonatos e crianças: avaliação e intervenções não farmacológicas. *Temas em Psicologia*, 18 (2), 307 – 325.
- Lopes, L.L., Vaccari, A., Rodrigues, F.A. & Herber, S. (2020). Vivências paternas na realização da posição canguru com recém-nascidos de baixo peso. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(3), 1 – 8. doi:10.12707/RV20033
- Magalhães, A.A. (2016). A ambliopia: um problema de saúde pública – projeto de rastreio nacional - de saúde visual na infância (RN-SVI). *Oftalmologia*, 40 (2), 97 – 106.
- Martinez, E.A., Tocantins, F.R. & Souza, S.R. (2013). As especificidades da comunicação na assistência de enfermagem à criança. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 34 (1), 37 – 44.
- Martins, C.A. (2018). Transition to parenthood: consequences on health and well-being. A qualitative study. *Enfermería Clínica*: doi: 10.1016/j.enfcli.2018.04.005
- Maxwell, L.G, Fraga, M.V & Malavolta, C.P. (2019). Assessment of pain in the newborn: an update. *Clinics in Perinatology*, 46(2019), 697-707. doi: 10.1016/j.clp.2019.08.005

- Meleis, A.I, Sawyer, L.M, Im, E.O, Messias, D.K.H & Schumacher. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science* 23(1): 12-28. doi: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Mendes, M.G. (2012). A organização dos cuidados e a parceria com os pais em pediatria. *Escola Superior de Enfermagem do Porto*. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/19940/1/Organiza%C3%A7%C3%A3o%20dos%20cuidados%20e%20a%20parceria%20com%20os%20pais%20em%20pediatria.pdf>
- Mendes, M.G.S.R., & Martins, M.M.F.P.S. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso á ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(6), 113-121.
- Mercer, R.T. & Walker, L.O. (2006). A review of nursing interventions to foster becoming a mother. *JOGNN*, 35 (5), 568 – 582.
- Murray, M., Sundin, D. & Cope, V. (2017). The nexus of nursing leadership and a culture of safer patient care. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (5-6), 1287 – 1293.
- Neto, F. (2014). *A transição para a alimentação oral no recém-nascido prematuro*. (Tese de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto: Portugal.
- Nieuwboer, C.C., Fukkink, R.G. & Hermanns J.M.A. (2013). Online programs as tools to improve parenting: a meta-analytic review. *Children and Youth Services Review*, (2013), 1-35. doi: 10.1016/j.childyouth. 2013.08.008
- Noergaard, B., Ammentorp, J., Fenger-Gron, J., Kofoed, P.E.& Johannessen, H. (2017). Fathers' needs and masculinity dilemmas in a neonatal intensive care unit in Denmark. *Advances in Neonatal Care*, 17(4), 13 – 22. doi: 10.1097/ANC.0000000000000395
- O'Connor, S., Brenner, M., & Coyne, I. (2019). Family-centered care of children and young people in the acute hospital setting: A concept analysis. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 3353-3367. doi: 10.1111/jocn.14913

- OE. (2015). *Guia orientador de boa prática – Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- OE. (2010). *Guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saud_einfantil_pediatria_volume1.pdf
- OE. (2011). *Guias orientadores de boas práticas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboap_raticaceesip_vol_iii.pdf
- OE. (2013). *Guia orientador de boas práticas – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicas_controlo_dor_crianca.pdf
- OE. (2006). *Tomada de posição – investigação em enfermagem*. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf
- OMS. (2021). *Covid-19 clinical management – living guidance*. Genova. Suíça: Organização Mundial da Saúde.
- OMS. (2012). *Guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses*. Genova. Suíça: Organização Mundial da Saúde.
- OMS. (2015). *Reducing pain at the time of vaccination: WHO position paper – September 2015*. Genova. Suíça: Organização Mundial da Saúde.
- Orzalesi, M. & Aite, L. (2011). Communication with parents in neonatal intensive care. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24 (1), 135 – 137. doi: 10.3109/14767058.2011.607682

- Parra, C., Mele, M., Alonso, I., Trenchs, V. & Luaces, C. (2018). Parent experience in the resuscitation room: how do they feel?. *European Journal of Pediatrics*, 177 (12), 1859 – 1862. doi: 10.1007/s00431-018-3236-5
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de Fevereiro. *Diário da República nº 26/2019 – II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 351/2015 de 22 de Junho. *Diário da República nº 119/2015 – II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento nº 422/2018 de 12 de Julho. *Diário da República nº 133/2018 – II Série*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Relvas, A.P. (2004). *O ciclo vital da família* (3ª edição). Porto. Portugal: Edições Afrontamento.
- Ribeiro, C., Moura, C., Sequeira, C., Barbieri, M. & Erdmann, A. (2015). Perceção de pais e enfermeiros sobre cuidados de Enfermagem em neonatologia: uma revisão integrativa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4 (4), 137 – 146. doi:10.12707/RIV14023
- Ringer, A., Öster, I., Björk, M. & Graneheim, U. (2015). Talking via the child: discursively created interaction between parents and health care professionals in a pediatric oncology ward. *Journal of Family Nursing*, 19 (1), 29 – 52. doi: 10.1177/1074840712462136
- Rocha, G., Soares, P., Gonçalves, A., Silva, A.I., Almeida, D., Figueiredo, S., Pissarra, S., Costa, S., Soares, H., Flôr-de-Lima, F. & Guimarães, H. (2018). Respiratory care for the ventilated neonate. *Canadian Respiratory Journal*, 2018, 1-12. doi: 10.1155/2018/7472964
- Rodriguez, M.L., Dumont, K., Mitchell-Herzfeld, S.D., Walden, N.J. & Greene, R. (2010). Effects of healthy families New York on the promotion of maternal parenting competencies and the prevention of harsh parenting. *Child Abuse & Neglect*, 34 (2010), 711 – 723.
- Santos, A.O. (2011). NIDCAP: uma filosofia de cuidados....*Nascer e Crescer*, 20 (1), 26 – 31.

- Santos, J.L.G., Pestana, A.L., Guerrero, P., Meirelles, B.S.H. & Erdmann, A.L. (2013). Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66 (2), 257 – 263.
- Silva, L., Gomes, A., Macedo, I., Alexandrino, A., Pissarra, S., & Cardoso, M. (2014). Nutrição entérica na criança nascida pré-termo: revisão do consenso nacional. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 45, 326 – 339.
- Soares, N.C., Bernardino, M.P.L. & Zani, A.V. (2019). Insertion of the father in the care of the hospitalized preterm infant: Perception of the multiprofessional team. *Revista Paulista de Pediatria*, 37(3), 283 – 290. doi: 10.1590/1984-0462/2019;37;3;00014
- SPN. (2016). *Manual para pais de bebés prematuros – A relação pais-filhos nos recém nascidos prematuros*. Disponível em 10.1097/00012272-200009000-00006
- SPN. (2018). *Consenso clínico. A luz e o desenvolvimento visual do RN prematuro*. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/A-luz-e-o-desenvolvimento-visual-do-RN-prematuro.pdf>
- SPN. (2018). *Consenso Clínico. O Som na unidade de neonatologia*. Disponível em <https://www.spneonatologia.pt/wp-content/uploads/2018/05/O-Som-na-Unidade-de-Neonatologia.pdf>
- Thomas, D.O. (2002). Special considerations for pediatric triage in the emergency department. *Emergency Nursing*, 37 (1), 145 – 159.
- UCP. (2020). *Guia estágio final e relatório*. Disponível na Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- UCP. (2020). *Objetivos do mestrado em enfermagem*. Disponível na Universidade Católica Portuguesa do Porto.
- Veen, M.V., Steyerberg, E.W., Ruige, M., Meurs, A.H.J.V., Roukema, J., Lei, J.V.D. & Moll, H.A. (2008). Manchester triage system in paediatric emergency care: prospective observational study. *BJM*, 337 (September), 1 – 7.

- Yoo, S.Y., Cho, H., Kim, Y.Y. & Park, J.H. (2020). Levels of partnership between nurses and parents of hospitalized children and the quality of pediatric nursing care as perceived by nurses. *Child Health Nursing Research*, 26(1), 64-71. doi: 10.4094/chnr.2020.26.1.64
- Young, V.B. (2017). Effective management of pain and anxiety for the pediatric patient in the emergency department. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, (2017), 1 – 12. doi: 10.1016/j.cnc.2017.01.007
- Walker, S.M. (2019). Long-term effects of neonatal pain. *Seminars in fetal and neonatal medicine*, 24 (2019), 101005. doi: 10.1016/j.siny.2019.04.005

8 - Apêndices

Apêndice I: Documentos produzidos na ação de educação para a saúde “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

**PLANEAMENTO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A
SAÚDE “PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E PREVENÇÃO
DE ACIDENTES”**

Por Ana Maria Lopes de Oliveira nº 396419002

Porto, março de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PLANEAMENTO DA AÇÃO DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE “PROMOÇÃO DA SEGURANÇA E PREVENÇÃO DE ACIDENTES”

Estágio em Cuidados de Saúde Primários Inserido no Mestrado em Enfermagem com
Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Ana Maria Lopes de Oliveira nº 396419002

Sob Orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas e da
Enfermeira Especialista O M.

Porto, março de 2021

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AAP	American Academy of Pediatrics
ACP	Automóvel Club de Portugal
ANSR	Autoridade Nacional Para a Segurança Rodoviária
APSI	Associação Para a Promoção da Segurança Infantil
DGS	Direção Geral da Saúde
EMCDDA	European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EUA	Estados Unidos da América
MUBI	Associação pela Mobilidade Urbana em Bicicleta
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PRP	Prevenção Rodoviária Portuguesa
SF	Sleep Foundation
SNS	Serviço Nacional de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE GERAL

1 - Introdução	101
2 - Enquadramento teórico	103
2.1 - Acidentes de Viação	104
2.1.1 - Acidentes Pedonais	105
2.1.1.1 - Recomendações para caminhar em segurança	107
2.1.2 - Acidentes com Velocípedes	108
2.1.2.1 - Recomendações para pedalar em segurança	109
2.1.3 - Acidentes nos transportes públicos	112
2.1.3.1 - Recomendações para utilizar os transportes públicos em segurança	112
2.1.4 - Acidentes com motociclos e automóveis	113
2.1.4.1 - Recomendações para conduzir e/ou ser conduzido em segurança	117
2.2 - Acidentes na água	119
2.2.1 - Recomendações para usufruir da água em segurança	119
3 - Planeamento	121
3.1 - Metodologia	121
3.2 - Recursos e estratégias de implementação	121
3.3 - População -Alvo	121
3.4 - Objetivos	121
3.5 - Indicadores de Resultado	122
3.6 - Resultados	122
4 - Conclusão	125
5 - Referencias bibliográficas	127
6 - Apêndice	131

Apêndice I - Plano da sessão “Promoção da segurança e Prevenção de Acidentes”.....	133
Apêndice II - Diapositivos	139
Apêndice III - Questionário de Avaliação.....	145

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Equipamentos de segurança do velocípede (ANSR).....	110
--	-----

..

1 – INTRODUÇÃO

A presente ação de educação para a saúde surge no âmbito do estágio em cuidados de saúde primários, inserido na unidade curricular – estágio e relatório final do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) do Porto.

O pedido de colaboração da escola secundária à Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) foi a alavanca para a realização deste trabalho. No seu pedido de colaboração a escola indicou que necessitava de uma sessão de educação para a saúde on-line sobre a “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes / Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida” para uma turma do 11^a ano. A UCC onde decorreu o meu estágio já possuía uma apresentação sobre “Primeiros Socorros e Suporte Básico de Vida”, uma vez que, a realização de sessões de educação para a saúde são um dos meus objetivos, a minha tutora e coordenadora desta unidade, concedeu-me a oportunidade de planear e apresentar a sessão “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”.

Os acidentes intencionais e não intencionais lideram a causa de morte entre os 15 e os 24 anos, pelo que é vital, dotar estes jovens de conhecimentos, atitudes e valores que os ajudem a tomar decisões e opções seguras e informadas.

Este planeamento inicia-se pela presente introdução, no próximo capítulo realizo o enquadramento teórico sobre os acidentes de viação e afogamentos, no grupo etário entre os 15 e os 18 anos de idade, abordo detalhadamente os acidentes pedonais, com velocípedes, com transportes públicos, com motociclos/automóveis e os acidentes nas lagoas, rios, praias e piscinas e elaboro um conjunto de recomendações e comportamentos seguros para a sua utilização. O terceiro capítulo, deste planeamento, engloba a metodologia utilizada, os recursos e estratégias de implementação, a população-alvo, os objetivos gerais e específicos, os indicadores de resultado e resultados. O quarto e quinto capítulo, englobam, respetivamente, uma pequena conclusão e as referências bibliográficas.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A população entre os 10 e os 24 anos representa $\frac{1}{4}$ da população mundial. Todos os anos morrem 2,6 milhões, sendo muitas destas mortes preveníveis. Apesar dos índices de mortalidade terem baixado ao longo de cinquenta anos, em todos os grupos etários, o decréscimo entre os 10 e os 24 anos foi menor (OMS, 2011). Nos Países Europeus os acidentes, intencionais e não intencionais, entre 2003 e 2005, foram a principal causa de morte entre os 15 e os 24 anos. Em 2006, os acidentes, intencionais e não intencionais, lideram as causas de morte neste grupo etário no nosso país. Em 2002, a nível mundial, entre os 15 e os 29 anos, os acidentes de viação lideram as causas de morte por acidentes, seguindo-se por ordem descendente, os afogamentos, as queimaduras, as intoxicações e as quedas (DGS, 2010). Cerca de metade das mortes por acidente de viação ocorrem com peões, ciclistas e motociclistas (ANSR, 2016).

Os acidentes constituem um grave problema de saúde pública, com grande impacto no sistema de saúde (ex. encargos financeiros com a hospitalização), na proteção social (ex. encargos financeiros com a baixa por doença e redução da produtividade) e na vida pessoal e familiar da vítima (ex. incapacidade, anos de vida saudável perdidos) (DGS, 2010).

De acordo com a DGS (2010), várias Assembleias Gerais das Nações Unidas, Assembleias Mundiais de Saúde e Parlamento Europeu emanaram recomendações e resoluções que expressam a necessidade de intervir sobre os acidentes. Todas elas apelam que os países priorizem e implementem de forma efetiva e sustentável, programas nacionais de promoção da saúde e prevenção de acidentes.

Segundo a OMS (citada de DGS, 2010), o setor da saúde é fundamental para a redução dos acidentes. A Recomendação 2007/C, 164/01 aprovada na reunião do Conselho da União Europeia a 31 de maio de 2007, recomenda aos estados membros que *“incentivem a prevenção de lesões e a promoção da segurança nas escolas”* (DGS, 2010, p. 2-3). O nosso Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) apresenta seis eixos estratégicos: (1) *“Capacitação”*, (2) *“Ambiente escolar*

e saúde”, (3) “Condições de Saúde”, (4) “Qualidade e Inovação”, (5) “Formação e investigação em Saúde Escolar” e (6) “Parcerias” (PNSE, 2015, p.21). No segundo eixo “Ambiente escolar e saúde”, refere que as áreas de intervenção são: (1) “Desenvolvimento sustentável”, (2) “Ambiente escolar seguro e saudável”, (3) “Avaliação dos riscos ambientais para a saúde” e (4) “Prevenção de acidentes e primeiros socorros” (PNSE, 2015, p. 35).

2.1 – Acidentes de Viação

Os acidentes de viação são a principal causa de morte entre os 15 e os 19 anos a nível mundial (OMS, 2008; DGS, 2010). Os acidentes fatais aumentam com a idade. Esta realidade pode estar relacionada com a forma como as crianças utilizam as estradas (o tipo de veículo que utilizam) ao longo da vida. Sensivelmente até aos 9 anos, as crianças, normalmente utilizam as estradas acompanhadas, quer seja nas suas deslocações pedestres ou em veículos, no entanto as crianças mais velhas, tendem a andar independentemente, numa primeira fase como pedestres e posteriormente como ciclistas, como passageiros em transportes públicos, como passageiros ou condutores de motociclos e veículos. O género é um outro fator a considerar, a taxa de mortalidade no sexo masculino é superior ao sexo feminino. Em 2004, a taxa de mortalidade no sexo masculino, entre os 15 e os 19 anos, era de 23,4 por 100 000 crianças, enquanto no sexo feminino era de 7,9 por 100 000 crianças. As lesões mais frequentes envolvem a cabeça e os membros. A severidade das lesões, depende de inúmeros fatores, nomeadamente da idade da vítima, do tipo de utilização que faz da via e se utiliza ou não os dispositivos de proteção. Estes acidentes são a principal causa de incapacidade nas crianças. A taxa de incapacidade permanente, entre 1 e 17 anos, é de 20 por 100 000 crianças. As lesões, provocadas pelos acidentes de viação, vão muito além das lesões físicas, muitas crianças apresentam fobias, ansiedade, stress pós-traumático e problemas comportamentais após o acidente (OMS, 2008).

Enquanto as crianças mais novas correm riscos por falta de habilidades, os adolescentes procuram ativamente correr riscos. O adolescente quer opor-se à autoridade e ao mesmo tempo sentir que tem controlo sobre a sua vida. O adolescente é caracterizado pela impulsividade, curiosidade e experimentação.

Para manter este elevado nível de excitação fisiológica, o adolescente procura novas situações e experiências independentemente do risco associado a cada uma delas. Esta procura de comportamentos de risco é um importante preditor do envolvimento do adolescente em acidentes de viação, seja como peão ou condutor. Mais uma vez, a procura destas experiências, é mais elevada no sexo masculino do que no sexo feminino (OMS, 2008).

Neste grupo etário, os grandes influenciadores deixam de ser os pais e passam a ser os pares. A pressão exercida pelos pares, pode influenciar a sua tomada de decisão e comportamentos. Este grupo é sujeito a pressões (dos pares) para conduzir mais depressa, sob a influência de álcool e/ou drogas (OMS, 2008). A pressão de responder imediatamente aos pares, torna-os particularmente vulneráveis às distrações provocadas pelos telemóveis/smartphones durante a condução (Caird e Horrey, 2017). A aprovação por parte dos pares para conduzir com fadiga é um outro componente a ter em conta (Peterson e Dawson, 2017).

2.1.1. - Acidentes Pedonais

Na categoria de acidentes de viação, os acidentes pedonais são os que envolvem mais crianças a nível mundial. Em países desenvolvidos a taxa de acidentes pedonais é de 5% a 10%, no entanto, em países subdesenvolvidos e em desenvolvimento sobe até 30% a 40%. Apesar da redução significativa nos países desenvolvidos, a prevenção destes acidentes ainda se mantém um problema. A pressão dos pares e a procura de novas situações e experiências de risco tornam o adolescente particularmente vulnerável aos acidentes pedonais (OMS, 2008). No nosso país, em 2019, o grupo etário entre os 15 e os 19 anos, foram o quarto grupo com mais feridos leves em acidentes pedonais (ANSR, 2019).

A evolução tecnológica que ocorreu nos últimos anos, especialmente nos telemóveis/smartphones, promoveu inúmeras vantagens para os seus utilizadores, mas também os expôs a novos e desconhecidos perigos. Atualmente a comunidade científica reconhece que a distração provocada pela utilização de telemóveis/smartphones na travessia das ruas é um dos fatores preponderantes para os acidentes de viação fatais e não fatais de peões (Jiang et al., 2018). Aproximadamente 1/3 dos pedestres, ao atravessarem uma rua apresentam

comportamentos de distração provocados pelos dispositivos móveis (Zhao citado por Jiang et al., 2018). O adolescente e o jovem adulto são os principais utilizadores dos smartphones (Davey e Davey; De-Sola Gutiérrez et al.; e Ruorong citados por Sahu, Gandhi e Sharma, 2019) o que os torna particularmente vulneráveis aos acidentes pedonais. Atravessar uma rua, é em si, uma atividade complexa, o peão tem de observar e avaliar cuidadosamente o meio de tráfego envolvente (a aproximação dos veículos, a velocidade a que circulam, a distância e o tempo de chegada), os sinais de trânsito e a sinalética, para assegurar que a travessia é segura. Quando o fazem utilizando um dispositivo móvel como o telemóvel/smartphone passam a ter de completar duas tarefas complexas em simultâneo. O pedestre além das tarefas já mencionadas tem de prestar atenção visual, auditiva e cognitiva ao dispositivo para o poder operar (Bungum, Tabibi e Pfeffer citados por Jiang et al., 2018). Inúmeros estudos examinaram os efeitos negativos da distração provocada pelos dispositivos móveis durante as travessias. Hoje sabemos que os seus utilizadores caminham mais devagar (Hatfield Murphy; Hyman et al.; Schabrun citados por Jiang et al., 2018), mudam de direcção com mais frequência (Hyman et al. citados por Jiang et al., 2018), levam mais tempo para atravessar e para iniciar a travessia, perdem mais oportunidades seguras para atravessar (Stavrinos et al.; Neider et al.; Byington e Scwebel citados por Jiang et al., 2018), têm maior probabilidade de atravessar de forma insegura (Nasar et al.; Stavrinos et al.; Schwebel et al.; Dalibor et al.; Byington e Schwebel citados por Jiang et al., 2018), fazem mais erros (Bellows et al. citados por Jiang et al., 2018), olham menos para o tráfego antes de atravessar (Hatfield e Murphy; Stavrinos et al.; Byington e Schwebel; Dalibor et al. citados por Jiang et al., 2018), olham menos para a direita e para a esquerda (Hatfield e Murphy; Dalibor et al. citados por Jiang et al., 2018), olham menos para a estrada (Schwebel et al.; Byington e Schwebel citados por Jiang et al., 2018), olham mais para a área central e menos para a periferia e perdem as pistas auditivas existentes no ambiente pela interrupção dos sinais auditivos (audição de música com auscultadores “fones” e “headphones”) (Jiang et al., 2018). Um estudo realizado em 2018, concluiu que enviar mensagens, conversar e ouvir música durante a travessia é prejudicial para os pedestres. Entre as três atividades, enviar mensagens (ler e escrever) é a atividade mais distrativa e cognitivamente mais exigente (Jiang et al., 2018).

2.1.1.1 – Recomendações para caminhar em segurança

A Autoridade Nacional para a Segurança Rodoviária (ANSR) em 2014, publicou o “*Guia do Peão*”, este guia aborda um conjunto de comportamentos, normas e regras de circulação que devemos adotar enquanto peões. “*O peão que vela pela sua própria segurança e pela dos outros*” (ANSR, 2014b, p.3), deve lembra-se:

Sempre que possível caminhe pelos passeios e não invada a faixa de rodagem. Não ausência de passeios caminhe pela berma. Se não existirem passeios ou bermas, caminhe o mais próximo possível das casas. Circule sempre de frente para os veículos, para os poder ver e ser visto. Se caminhar em grupo, fação uma fila única. Tenha atenção às garagens, oficinas e outros locais de entrada e saída de veículos. Não caminhe pelo ou muito próximo do lancil, pode desequilibrar-se e invadir a faixa de rodagem. Não passeie os animais soltos, podem fugir-lhe para a faixa de rodagem, podendo ser/seres atropelado/s e/ou provocar acidentes (ANSR, 2014b).

Ao atravessar a faixa de rodagem, respeite e utilize as passagens para peões (passadeiras) e as passagens superiores e inferiores. Ao atravessar uma passagem de peões, sem sinalização luminosa, pare (Stop) e observe se os veículos manifestam intenção de parar ou pararam. Estabeleça contacto visual com o condutor para se certificar que viu e é visto. Preste muita atenção e não tenha demasiada confiança no seu direito de passar, existem condutores que não respeitam esse direito. Ao atravessar uma passagem de peões, com sinalização luminosa, espere no passeio e respeite a sinalização, passe apenas quando o sinal do peão estiver verde. Atenção, mesmo que o sinal do peão esteja verde, mas observa a aproximação de um veículo em missão urgente de socorro, não inicie a travessia. Quando não existe passagem para peões, ao atravessar, escolha o local mais seguro e com mais visibilidade para ambos os lados. Antes de atravessar, pare e olhe sempre, primeiro para a esquerda e depois para a direita, antes de começar a travessia, olhe novamente para a esquerda e a meio da passagem olhe novamente para a direita, atravesse em linha reta e com passo rápido. Se a passagem de peões estiver a ser regulada por um agente regulador do trânsito, mesmo que essa passagem esteja/tenha sinalização luminosa, a ordem do agente regulador sobrepõe-se à sinalização luminosa. Muita atenção na travessia em cruzamentos, entroncamentos e rotundas, os veículos podem mudar de direção

sem sinalizar a manobra (dar pisca). Estes condutores muitas vezes não estão atentos aos peões que estão a efetuar a travessia. Não atravesse nas curvas, ou em lugares em que existam edifícios, árvores ou outros obstáculos que impeçam ou dificultem a visibilidade, quer seja a sua ou a do condutor (ANSR, 2014b). Lembra-se, não utilize o telemóvel/smartphone/auscultadores quando está a atravessar uma rua.

Ao atravessar uma passagem de nível, respeite a sinalização luminosa e as cancelas. Pare, Escute e Olhe (ANSR, 2014b e 2016).

Evite caminhar pelas estradas à noite, se for realmente necessário é essencial que se certifique que é visto. Durante a noite, os condutores têm muita dificuldade em ver os peões que circulam. Use peças de roupa branca ou de cores muito claras. Leve material luminoso ou refletor (lanternas, coletes, braceletes, etc.). Se utilizar uma lanterna, direcione a sua luz para o chão, assim não encandeará os condutores (ANSR, 2014b).

Se caminhar com uma criança pequena, dê-lhe a mão, leve-a pela parte interior do passeio ou berma, nunca a leve pelo lado da faixa de rodagem. Ensine-a a brincar em lugares de recreio e lazer (parques e jardins) e não perto da faixa de rodagem. Explique-lhe o perigo de invadir a faixa de rodagem. Cumpra as regras de circulação, seja um bom modelo, dê o exemplo, as crianças imitam os comportamentos dos mais crescidos (ANSR, 2014b).

Se circular com patins, skates ou trotinetas sem motor, circule pelo passeio, ou vias apropriadas e não pela faixa de rodagem. Não se agarre aos veículos para ser rebocado (ANSR, 2014b). Antes de os utilizar, verifique o seu estado de conservação e utilize os dispositivos de proteção individual (capacete, cotoveleiras, joelheiras e calçado adequado).

2.1.2 – Acidentes com velocípedes

O objetivo da utilização da bicicleta não é o mesmo em todos os países. Existem países em que a bicicleta é utilizada como meio de transporte, no entanto, em outros as crianças aprendem andar apenas por lazer. Nos países em que a bicicleta

é utilizada apenas por lazer a taxa de acidentes fatais é muito reduzida (OMS, 2008).

A crianças quando chega à adolescência já deve dominar os conhecimentos e capacidades necessárias para andar de bicicleta de forma segura, no entanto, à adolescentes que escolhem incorrer em comportamentos de risco (OMS, 2008). No nosso país, em 2019, o grupo etário entre os 15 e os 19 anos, foram o segundo grupo com mais feridos leves em acidentes com velocípedes (ANSR, 2019).

2.1.2.1 – Recomendações para Pedalar em segurança

Ao elaborar as recomendações, para a circulação segura com a bicicleta, levei em consideração as orientações e conselhos do “*Guião para a Segurança Rodoviária*” e do “*Guia do Condutor de Velocípedes*” ambos da ANSR.

Escolha um velocípede (“*veículo com duas ou mais rodas acionado pelo esforço do próprio condutor por meio de pedais*” (ANSR, 2014a, p.5), adequado ao seu tamanho. Os pés devem estar bem posicionados nos pedais, e deve poder aceder correta e confortavelmente ao guiador. O selim (banco) deve estar à mesma altura que o guiador. Ao escolher o velocípede tenha em conta a finalidade do seu uso. Verifique o seu estado de conservação e os equipamentos de segurança. Use roupa clara ou com faixas refletoras, use calçado adequado, use capacete (tamanho adequado, com as correias bem ajustadas e sem folgas), use luvas, cotoveleiras e joelheiras. Leve um documento de identificação (cartão de cidadão). A ausência de um documento legal de identificação está sujeita a coimas entre os € 30 e os € 150 (ANSR, 2014a).

Muito embora, o uso de capacete homologado em velocípedes, não seja legalmente obrigatório no nosso país, é recomendado. Os capacetes protegem, a cabeça dos ciclistas, nas quedas e colisões. Os ferimentos na cabeça representam 2/3 das admissões hospitalares resultantes de acidentes de bicicleta e 3/4 das mortes de ciclistas. A utilização do capacete reduz o risco de lesão cerebral e da cabeça em 63% a 88% (OMS, 2008).



Figura 1: Equipamentos de segurança do velocípede, ANSR, Guia do Condutor de Velocípedes, 2014a, p.15.

Caso existam ciclovias, circule sobre ela (PRP, 2015a), na sua ausência, a circulação na faixa de rodagem deve ser feita pelo lado direito da via, mantenha uma distância segura da berma e passeio (ANSR, 2014a). Mantenha uma distância adequada do veículo da frente (distância de segurança) (PRP, 2015a). Circule de uma forma visível para o restante trânsito (MUBI, 2011), a dimensão da bicicleta pode fazer com que não seja detetado pelos outros condutores, atenção aos “ângulos mortos” (ANSR, 2014a). Circule em linha reta. Não circule em ziguezagues e não serpenteie entre os carros. Se circular em grupo, circule em fila (MUBI, 2011), no máximo podem circular 2 velocípedes em paralelo numa via, “desde que a visibilidade e intensidade do trânsito o permitam e não causem embaraço no trânsito” (ANSR, 2014a, p. 37). Tenha atenção com as portas (dos veículos) que se podem abrir repentinamente. Sempre que muda de direção, certifique-se que o pode fazer, sem se colocar ou colocar outros em perigo, olhe para trás, posicione-se corretamente na via e sinalize com a devida antecedência a sua manobra. Respeite a sinalização e as regras de trânsito (ANSR, 2014a).

Antecipe o comportamento dos outros condutores e adeque a velocidade ao fluxo e trânsito. Avalie as distâncias e as velocidades antes de realizar qualquer manobra. Antecipe os riscos e prepare de forma antecipada o percurso (menos trânsito, menos declives, mais seguro) (ANSR, 2016).

Modere a sua velocidade, na aproximação às travessias da faixa de rodagem (passadeiras), junto de utilizadores vulneráveis (peões, crianças, idosos, grávidas e pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida) e quando muda de direção. Pare (Stop), e deixe passar os peões que já iniciaram ou vão iniciar a travessia da faixa de rodagem (ANSR, 2014a).

Nas rotundas pode circular na via de trânsito mais à direita, *“mesmo que não pretenda sair da rotunda na primeira via da saída, sem prejuízo de facultar a saída aos condutores que pretendam sair da rotunda”* (ANSR, 2014a, p. 41). Nos cruzamentos e entroncamentos, respeite a sinalização (ceda a passagem quando o tem de fazer, respeite o Stop, se detiver a prioridade, siga com precaução) (PRP, 2015a). Ceda a passagem sempre que sai de um parque de estacionamento, bomba de abastecimento, casa, prédio, caminho particular ou passagem de nível (ANSR, 2014a). Não surpreenda os outros utilizadores ao entrar subitamente na faixa de rodagem (MUBI, 2011).

As ultrapassagens têm de ser realizadas pela esquerda. Antes de iniciar a ultrapassagem, verifique se circula algum veículo em sentido contrário, olhe para trás e verifique se não está a colocar-se a si ou a outros em perigo, sinalize a manobra, ultrapasse mantendo uma distância segura do veículo (que ultrapassa), regresse o mais depressa possível a direita da via, sinalize a manobra e verifique se não causa perigo ao veículo ultrapassado. Pode ultrapassar pela direita, o veículo que se prepara para virar à esquerda, o que vai estacionar/parar à esquerda numa via de sentido único e os veículos que circulam sobre carris (PRP, 2015a).

Nas passagens assinaladas para ciclistas, não confie em demasia que os condutores de outros veículos vão ceder a passagem, apesar de o deverem fazer (ANSR, 2014a).

Sempre que a visibilidade for insuficiente (nevoeiro, neve, chuva intensa, nuvens de fumo ou pó) no período diurno e desde o anoitecer ao amanhecer é obrigatório a utilização de luzes. A luz de presença à frente (cor branca e com emissão

contínua), à retaguarda luz de presença (cor vermelha com emissão contínua ou intermitente) e refletores âmbar nas rodas. Se as luzes estiverem avariadas tem de conduzir o velocípede à mão. (ANSR, 2014a).

Não circule em pavimentos em mau estado, atenção à marcação pouco visível ou insuficiente e ao tipo de pavimento (ANSR, 2016).

Mantenha as duas mãos no guiador, tire-as apenas para assinalar qualquer manobra. Mantenha os dois pés nos pedais/apoios. Não se faça rebocar nem reboque. Não levante a roda da frente e/ou de trás. Não utilize auriculares “fones” ou “headphones”, telemóvel ou outro dispositivo similar para falar, ler/enviar mensagens. Não consuma bebidas alcoólicas ou substâncias psicotrópicas. Os condutores de velocípedes, se as autoridades o solicitarem, têm de se submeter ao teste de alcoolémia (ANSR, 2014a). Não conduza se estiver com sono ou fadiga (ANSR, 2016). Se levar a bicicleta à mão, deve comportar-te como peão. Não transporte passageiros. Não transporte objetos que possam prejudicar a condução ou que constituam um perigo para os outros condutores. Não ultrapasse antes das passagens de peões, nas passagens de nível, antes de cruzamentos e entroncamentos, nas curvas, nas lombas, um terceiro veículo, e em todos os locais em que a visibilidade é reduzida (PRP, 2015a).

2.1.3 – Acidentes nos transportes públicos

O risco de acidente com autocarros/autocarros da escola em países desenvolvidos está no desembarque (OMS, 2008).

2.1.3.1 – Recomendações para a utilizar os transportes públicos em segurança

Espere pelo transporte público na sua respetiva paragem e não na faixa de rodagem. Deixe sair os utilizadores que querem sair. Respeite a sua vez de entrar. Entre calmamente e em fila. Acondicione a sua bagagem nos locais adequados. Se existirem bancos disponíveis, sente-se, no caso de não existirem, segure-se bem e evita permanecer junto das portas. Saí-a de forma ordenada. Espere que o

transporte se afaste, e só após inicie a travessia da passagem de peões. Certifique-se que vê e é visto (ANSR, 2016).

2.1.4 – Acidentes com motocicletas e automóveis

O nº1 do artigo vigésimo (nº20) do Decreto-Lei nº 37/2014: diz-nos que a idade mínima para a obtenção da carta de condução para motocicletas não superiores a 50 cm³ são os 16 anos. No entanto os indivíduos entre os 14 anos e os 16 anos podem pedir uma licença especial para a condução destes veículos, desde que cumpram os requisitos pedidos no nº1 do artigo décimo (nº10) do Decreto-Lei nº37/2014.

O adolescente apresenta um conjunto de comportamentos que o coloca em risco de sofrer um acidente de trânsito. O principal comportamento de risco na condução de um motociclo é a não utilização do capacete (OMS, 2008). De acordo com os dados da ANSR, o número de feridos leves, envolvendo motocicletas, aumenta de uma forma exponencial entre 15 e os 19 anos (767 vítimas) quando comparados com o grupo etário até aos 14 anos (35 vítimas). A partir do grupo etário, entre os 15 e os 19 anos, o número de vítimas mantém-se relativamente estável. No entanto com uma tendência crescente. Só inicia um decréscimo a partir do grupo etário entre os 30 e os 34 anos (ANSR, 2019).

No nosso país a idade mínima para a obtenção da carta de condução de um automóvel são os 18 anos, no entanto esta idade não é transversal a todos os países, nos Estados Unidos da América (EUA) a idade mínima são os 16 anos. Os estudos existentes que abordam particularmente os riscos na condução por/do adolescente direcionaram a sua pesquisa para a condução de automóveis e não para motocicletas. Parece-me importante abordar o tema da condução e utilização do automóvel pelo adolescente, em primeiro lugar, porque embora nesta faixa etária em Portugal sejam passageiros, em breve, vão tornar-se condutores. Em segundo lugar, parece-me importante alertá-los para os perigos de se deixar conduzir e/ou incentivar a condução, por amigos/colegas/familiares que no momento não possuam as suas plenas capacidades. Entre os 14 e os 17 anos mais de 1/3 já foi conduzido por alguém sob a influência de álcool. O risco da ocorrência de um acidente aumenta, quando condutores entre os 16 e os 18 anos, têm como passageiros sujeitos com idades aproximadas as suas (OMS, 2008).

Segundo a OMS (2008), os comportamentos de risco, mais frequentes, em jovens condutores, são a condução sob a influência do álcool, o excesso de velocidade, a distração, a fadiga e a não utilização do cinto de segurança. A segunda substância mais utilizada pelos condutores é a canábis (Ramaekers, Robbe e O'Hanlon; Lamers e Ramaekers citados por Penning, Veldstra, Daamen, Olivier e Verster, 2010). Entre 2014 e 2018, 19% (= 10,4 milhões) dos europeus entre os 15 e os 24 anos consumiram esta substância no último ano e 10% (= 5,5 milhões) no último mês (EMCDDA, 2020). Segundo um estudo, realizado na Austrália, 60% dos atendentes de um clube noturno, admitiram ter já conduzido ou serem conduzidos por alguém sob a influência desta substância (Degenhardt, Dillon, Duff e Ross citados por Penning et al., 2010). Estes comportamentos podem dever-se à inexperiência e /ou imaturidade. A inexperiência pode manifestar-se pela falta de conhecimentos e/ou a pobre percepção dos perigos. A imaturidade pela busca de emoções, pela crença da imortalidade e pela aceitação das pressões dos pares (Jonah e Boase, 2017).

A condução é uma tarefa multifacetada (Paterson e Dawson, 2017), engloba diferentes aspetos cognitivos e perceptuais (percepção visual, auditiva e tátil) essenciais para o controlo do veículo, para a navegação, para a tomada de decisão e para a percepção do perigo (Caird e Horrey, 2017).

O consumo de álcool e/ou canábis provoca a degradação da performance de condução a (Asbridge, Wickens, Mann e Cartwright, 2017), esta degradação está diretamente relacionada com a dosagem, o aumento da dose amplifica a degradação da performance (Arnedt et al.; Mets et al. citados por Asbridge et al., 2017). O consumo de álcool, pelo adolescente e jovem condutor, antes da condução conduz ao aumento do tempo de reação (Burns et al. citados por Asbridge et al., 2017), a diminuição da distância de segurança (Weiler et al. citados por Asbridge et al., 2017), a erros e instabilidade na direção/condução (Roehrs et al.; Weiler et al. citados por Asbridge et al., 2017), ao aumento das saídas da faixa e maior variabilidade da posição dentro da linha (Arnedt et al.; Charlton e Starkey; Gowron e Ranney; Hartman et al.; Roeters et al. citados por Asbridge et al., 2017), ao aumento da velocidade e aumento da variabilidade da velocidade (Arnedt et al.; Charlton e Starkey; Gowron e Ranney; Maskowitz et al.; Weafer et al. citados por Asbridge et al., 2017), e a mais acidentes (Gawron e Ranney; Maskowitz et al.;

Roehrs et al. citados por Asbridge et al., 2017). O consumo de canábis provoca alterações a nível da coordenação, perceção e vigilância (Moskowitz citado por Asbridge et al., 2017), nomeadamente, o aumento do tempo de reação (Liguori et al.; Sexton et al. citados por Asbridge et al., 2017), instabilidade na direção/condução e variabilidade da posição dentro da linha (Asbridge et al., 2017). Frequentemente o álcool e o canábis são consumidos em simultâneo (Duhing et al.; Pape et al. citados por Asbridge et al., 2017) a sua combinação tem efeitos aditivos (Downey et al.; Lamers e Ramaekers; Liguori et al. citados por Asbridge et al., 2017). O consumo combinado demonstrou provocar uma degradação na performance de condução superior à provocada pelo consumo isolado de álcool (Penning et al., 2010).

O adolescente tem maior probabilidade de conduzir com excesso de velocidade. Condutores entre os 16 e os 24 anos conduzem em média 20 Km/h acima do limite de velocidade permitida (OMS, 2008) e têm maior probabilidade de se envolverem num acidente fatal ou colisão por excesso de velocidade (Jonah e Boase, 2017).

A distração durante a condução é definida como o desvio voluntário da atenção para atividades não relacionadas com a condução. A distração pode ser provocada por fatores internos (a fonte provem do interior, ex. o pensamento autogerado) ou externos (a fonte provem do ambiente, ex. uso de telemóveis/smartphones, comer e ou beber, falar com o passageiro, etc.) (Caird e Horrey, 2017). A percentagem de condutores que desempenham outras operações durante a condução tem vindo a aumentar (Tison et al. citado por Caird e Horrey, 2017). Os condutores, entre os 16 e os 20 anos, estão mais propensos às distrações, isto é, estão mais predispostos a incorrerem em mais de uma atividade durante a condução (Schroeder et al. citado por Caird e Horrey, 2017). Nos EUA a porção de acidentes fatais por distração é maior entre os 15 e os 19 anos (NHTSA citada por Caird e Horrey, 2017). A literatura demonstrou, que os adolescentes, são um grupo particularmente vulnerável, nomeadamente quanto ao uso de telemóvel/smartphone (Cazzulino et al.; Collet et al.; GHSA; McCartt et al.; WHO citados por Caird e Horrey, 2017). Ler e enviar mensagens e e-mails, falar ao telefone, navegar na web e nas redes sociais e uso da aplicação de navegação são as atividades mais frequentes em que este grupo etário incorre durante a condução (Tison et al.; Schroeder et al.; Ehsani et al. citados por Caird e Horrey, 2017). As distrações provocadas pelos dispositivos

moveis levam à deterioração da performance de condução nomeadamente: através do aumento o tempo de reação aos eventos críticos, à deteção de alvos e colisões, à maior variabilidade da velocidade e desvios de linha. Condutores com 17 anos apresentam, ainda, um período de perceção e reação superior aos condutores mais velhos (Caird e Horrey, 2017).

A predisposição biológica, os fatores sociais e a inexperiência tornam os jovens entre os 16 e os 25 anos particularmente vulneráveis à fadiga (Paterson e Dawson, 2017). Sendo o estado fisiológico que mais prejudica os condutores neste grupo etário (Wundersitz citado por Paterson e Dawson, 2017). A fadiga pode resultar da perda de sono, do excesso de tempo acordado, da disrupção do ciclo circadiano e ou relacionado com a tarefa (Williamson et al. citado por Paterson e Dawson, 2017). A perda de sono, pode resultar, da redução do número de horas habituais de sono (atraso do início do sono, da antecipação do fim do sono e à fragmentação do período de sono). O excesso de tempo acordado significa uma perda total de sono superior ou igual a 24 horas. A coordenação entre o nosso ciclo de sono e o ambiente é denominado ciclo circadiano. O ser humano está biologicamente programado para dormir durante a noite e estar acordado durante o dia. Acordar durante o ciclo ou dormir fora do ciclo (ex. dormir durante o período diurno) conduz à disrupção do ciclo e conseqüentemente à fadiga. A monotonia da condução e a duração da condução estão relacionados com a fadiga provocada pela tarefa (Paterson e Dawson, 2017). A elevada necessidade de horas de sono, existente neste grupo etário, é provocada pelo desenvolvimento cognitivo e físico que decorre durante este período (Dahl citado por Paterson e Dawson, 2017). Apesar de necessitarem de mais tempo para atingir um ciclo de sono adequado, a conciliação dos múltiplos compromisso (ex. o estudar, os compromissos sociais e familiares e em alguns casos o emprego) tornam o tempo disponível insuficiente (Martin et al., citado por Paterson e Dawson, 2017). A fadiga conduz à deterioração/degradação da tomada de decisão em aspetos como a avaliação dos riscos, a capacidade de pensar, a visão do desempenho, regulação do humor e na regulação do comportamento inibidor (Paterson e Dawson, 2017). A deterioração da atenção, manifesta-se pelo aumento do tempo de reação e pela deterioração da performance de condução (saídas da faixa, variabilidade da posição dentro da linha e desvios de velocidade). A capacidade de perceção do perigo é diminuída. Todas estas

funções são vitais para a segurança rodoviária (Paterson e Dawson, 2017). A fadiga quando é adicionada a um conjunto de comportamento de risco, como, a condução agressiva, distração, excesso de velocidade e a condução sob a influência de álcool, aumenta exponencialmente o risco de acidente (Watling et al. citado por Paterson e Dawson, 2017).

Os adolescentes e os jovens adultos são os que menos utilizam cinto de segurança. Entre os 14 e os 17 anos apenas 1/3 confirmou utilizar quase sempre o cinto de segurança enquanto passageiro de um veículo (OMS, 2008).

2.1.4.1 – Recomendações para conduzir e/ou ser conduzido em segurança

Usar o capacete é o meio mais eficaz de reduzir os traumatismos cranianos e as mortes provocadas pelos acidentes com motociclos (OMS, 2008). “*O capacete devidamente apertado e ajustado reduz em 40% o risco de morte em caso de acidentes*” (ANSR, 2020). O Capacete deve ser integral, porque 45% das lesões ocorrem nas zonas não abrangidas pelo capacete aberto. O capacete deve ser substituído a cada 5 anos ou após um acidente em que ficou danificado. Use luvas, casaco, calças e botas adequadas. As luvas devem ultrapassar os pulsos, o material da palma da mão deve permitir deslizar quando em contacto com o pavimento (alcatrão). Utilize um casaco com as mangas mais compridas (para que a manga não suba quando estica os braços ou se senta) e com proteção de ombros, costas e cotovelos. As calças, tal como o casaco, devem ser mais compridas, evitando que os membros fiquem expostos quando está sentado. As calças devem incluir proteção das ancas, joelhos e canelas. Evita utilizar calças de ganga, “*ao deslizar no alcatrão a ganga rasga em 0,4 segundos*”. Dê preferência à utilização de botas, devem fechar acima das canelas, devem ter proteção para calcanhares, tornozelos e canelas e ser antiderrapantes (ACP, 2021).

Quando conduzir, conduza sóbrio, não beba bebidas alcoólicas e/ou não consuma substâncias psicoativas. Se o vais fazer ou já fez, no regresso a casa, não conduza, apanhe um táxi, um Uber, um transporte público, designe um amigo que não consumirá e ficará responsável pela condução ou peça a um amigo ou familiar que o vá buscar.

Modere a velocidade a que circula e compra os limites de velocidade. Respeite as distâncias de segurança. Respeite a sinalização e as regras de circulação.

Quando conduzir, não conduza com sono, cansado ou com fadiga. Respeite o número de horas de sono recomendadas para o seu grupo etário. Entre os 14 e os 17 anos devem dormir entre 8 a 10 horas e entre os 18 a 25 anos o número de horas recomendadas é de 7 a 9 horas de sono (SF, 2020b). Respeite o ciclo de sono. Organize o seu dia e a sua agenda de forma a que os seus compromissos pessoais e profissionais não se sobreponham as suas horas de sono. Fixe uma hora para acordar todos os dias. Verifique as horas que deve dormir e estabeleça a hora de se deitar. Se fizer uma sesta durante o dia, esta não deve perlongar-se mais de 20 minutos. Crie uma rotina antes de se deitar. Relaxe durante 30 minutos antes de se ir deitar, através da leitura de um livro, de música suave, de uns alongamentos leves ou exercícios de relaxamento. Baixe as luzes (vai ajudar na produção de melatonina). Desconecte-se dos aparelhos eletrónicos (tablet, telemóvel/smartphone, computador) pelo menos 30 minutos antes de se deitar, a luz emitida por estes aparelhos inibe a produção de melatonina (SF, 2020a). Quando iniciar a condução certifique-se que estás bem descansado. Faça uma pausa de 15 minutos a cada 2 horas de condução. Saía do veículo e faça alguns movimentos. Se se sentir cansado/fadiga/sono não resista, a única solução é mesmo parar e dormir. Se possível partilhe a condução (PRP, 2015b).

Prepare a deslocação de forma a evitar distrações, dê toda a sua atenção à estrada. Não fale ao telemóvel, não leia/envie mensagens e/ou emails, não navegue na web ou nas redes sociais, não coma, não beba, atenção à manipulação do rádio e GPS. Se tem de fazer alguma destas atividades, pare a mota/carro ou outro veículo que estejas a conduzir num local seguro e sinaliza a manobra. Quando terminar, ao voltar à via, verifique se é seguro entrar e sinalize a manobra.

Utilize sempre o cinto de segurança e certifique-se que todos os ocupantes ao fazem.

2.2 – Acidentes na água

A água para muitos adolescentes significa diversão e aventura seja numa piscina, num lago, num rio ou no mar. Porém a água é também um meio perigoso. No nosso país o número de mortes e internamentos na sequência de afogamentos tem vindo a diminuir desde 2002. O maior número de mortes por afogamento ocorre no grupo etário entre os 15 e os 19 anos. O sexo masculino apresenta uma taxa de afogamento superior ao feminino. O maior número de acidentes, neste grupo etário, ocorre em rios, ribeiras e lagoas, seguindo-se a praia e em terceiro lugar as piscinas (APSI, 2020). O aumento do risco de morte por afogamento no adolescente é atribuído, à sobrevalorização das suas capacidades, ao menosprezar das situações perigosas, ao envolvimento em comportamentos de alto risco, à impulsividade e ao consumo de substâncias (Denny et al., 2019). O álcool está associado a 25% a 50% das mortes por afogamento em adolescentes. O álcool afeta o equilíbrio, a coordenação e o julgamento. A exposição ao sol e ao calor intensificam os efeitos do álcool (OMS, 2008).

2.2.1 – Recomendações para usufruir da água em segurança

Aprenda a nadar e conheça os seus limites (AAP, 2019). Informe-se dos prováveis perigos e riscos (SNS, 2016). Escolha lagoas, rios, praias e piscinas vigiadas e próprias para banhos (APSI, 2016). Evite praias com grande ondulação e correntes fortes (AAP, 2019). Respeite as bandeiras, as regras de segurança e as orientações dos nadadores salvadores (SNS, 2016). Em atividades aquáticas, ao nadar em águas abertas ou em passeios de barco, coloque sempre o colete salva-vidas, ajustado ao seu tamanho, peso e atividade (APSI, 2019a; APSI, 2019b). Coloque e retire os coletes em terra (DGC, 2018). Verifique a profundidade (SNS, 2016). Não mergulhe em locais onde não conhece a profundidade ou se existem desníveis e rochas submersas. Os pés devem ser os primeiros a entrar na água (Denny et al., 2019). Não vá nadar sozinho, não se afastes demasiado e não nade contra a corrente (SNS, 2016). Se for apanhado pela corrente, permaneça calmo, nade em paralelo com a costa (nunca contra a corrente) e/ou chame ajuda (Denny et al., 2019). Se sofrer uma câibra, e não tiver pé, respire fundo, coloque-se de costas e boie, até conseguir nadar até à margem. Após longos períodos de exposição ao sol

não entre de repente na água, evite o choque térmico, molhe-se progressivamente. Após as refeições espere 3 horas para entrar na água. Não consuma álcool ou substâncias psicotrópicas (SNS, 2016). As boias e colchões de flutuação são brinquedos e não equipamentos de proteção (APSI, 2019a). Afastese dos locais com embarcações e/ou de pescadores (AAP, 2019).

3 – PLANEAMENTO

O plano da sessão “promoção da segurança e prevenção de acidentes” encontra-se no apêndice I.

3.1 – Metodologia

A metodologia utilizada foi a expositiva, com a explicação dos conteúdos.

3.2 – Recursos e Estratégias de Implementação

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa formada pela Enfermeira Especialista O. M. e pela Estudante do Curso de Mestrado com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Ana Oliveira.

Os recursos materiais a que recorreremos foram: Computador e a plataforma “*Google Meet*” e o “Outlook” email: naoacidentes@outlook.com.

A estratégia de implementação foi o PowerPoint, os diapositivos encontram-se no apêndice II e a plataforma “*Google Meet*”.

3.3 – População – Alvo

A população-alvo são os alunos da turma do 11^a ano.

3.4 – Objetivos

Os objetivos gerais para a sessão de educação para a saúde são:

- Dar a conhecer:
 - Os riscos da utilização do telemóvel durante as travessias,
 - Os equipamentos de proteção individual enquanto condutor de um velocípede e motociclo,

- Os riscos da condução sob a influencia do álcool, canábis, excesso de velocidade, distração, fadiga e não utilização do cinto de segurança,
- Comportamentos seguros enquanto condutor de um velocípede e condutor/passageiro do motociclo e automóvel,
- Comportamentos seguros enquanto utilizador de lagoas, rios, praias e piscinas

Os objetivos específicos para a sessão de educação para a saúde são:

- Que os alunos conheçam:
 - ✓ O risco de atravessar uma passagem de peões enquanto leem/enviam mensagens, falam ao telemóvel ou ouvem música,
 - ✓ Os principais equipamentos de proteção individual enquanto condutores de velocípede e/ou motociclo,
 - ✓ A degradação da performance de condução provocada pelo consumo de álcool, canábis, distração e fadiga.
 - ✓ Os principais comportamentos seguros enquanto peões, condutores de velocípedes, utilizadores e condutores de motociclos/automóveis e utilizador de lagoas, rios, praias e piscinas.

3.5 – Indicadores de Resultado

Os indicadores de resultado serão avaliados no final da sessão, mediante a apresentação de um questionário que se encontra no apêndice III. O questionário foi enviado à professora responsável pela turma no início da sessão. No final da sessão a professora distribuí-o pelos alunos, recolheu as respostas e enviou-as para o email supra indicado.

3.6 – Resultados

A sessão de educação para a saúde foi realizada a uma turma do 11^a, para um total de 21 alunos.

A avaliação da sessão foi realizada mediante a apresentação de um questionário (apêndice III). Dos 21 alunos, 18 responderam ao questionário, perfazendo uma

taxa de respostas de 85,71%. A média de respostas corretas ao questionário de avaliação foi de 83,33%.

4 – CONCLUSÃO

Há cinco décadas que os índices de mortalidade têm vindo a baixar, no entanto, os acidentes intencionais e não intencionais continuam a ser a principal causa de morte entre os adolescentes. Os acidentes de viação e os afogamentos são a primeira e segunda causa de morte entre os adolescentes e constituem um grave problema de saúde pública, pelo impacto na saúde, na proteção social, na família e no indivíduo.

Esta sessão de educação para a saúde teve como objetivo munir os adolescentes de saberes, sobre segurança e prevenção de acidentes, para que possam adotar comportamentos adequados e seguros.

5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AAP. (2019). *Water safety for teens*. Disponível em healthychildren.org/English/safety-prevention/at-play/Pages/Water-Safety-for-Older-Children.aspx
- ACP. (2021). *Equipamentos de moto*. Disponível em acp.pt/institucional/seguranca-rodoviaria/conductor-em-dia/equipamento-de-moto
- ANSR. (2014). *Guia do condutor de velocípede*. Disponível em <http://www.ansr.pt/Campanhas/Documents/Guia%20do%20Veloc%C3%ADpede%202014/Guia%20do%20Condutor%20de%20Velocipede.pdf>
- ANSR. (2014). *Guia do peão*. Disponível em http://www.ansr.pt/Campanhas/Documents/Guia%20do%20Pe%C3%A3o%202013/Guia_do_Peao_ANSR_versao_04-02-2014.pdf
- ANSR. (2016). *Guião para a educação rodoviária*. Disponível em <https://prp.pt/wp-content/uploads/2017/05/Educacao-Rodoviaria-GUIAO.pdf>
- ANSR. (2019). *Relatório anual de segurança rodoviária*. Disponível em <http://www.ansr.pt/Estatisticas/RelatoriosDeSinistralidade/Documents/2019/RelatorioAnualSegurancaRodoviaria2019.pdf>
- ANSR. (2020). *Relatório da campanha “usar ou não usar capacete, não é questão!*. Disponível em <http://www.ansr.pt/Campanhas/Documents/Relat%C3%B3rio%20Campanha%20Usar%20ou%20n%C3%A3o%20usar%20capacete%20n%C3%A3o%20%C3%A9%20quest%C3%A3o.pdf>
- APSI. (2020). *Afogamentos em crianças e jovens em Portugal, atualização de casos junho de 2020*. Disponível em http://apsi.org.pt/images/PDF/Noticias/2020/Afogamentos_em_crianças_e_jovens_2005_a_2019_Principais_resultados_Atualizado_2020.pdf

- APSI. (2019). *Auxiliares de flutuação, recomendações para a escolha de braçadeiras e coletes salva-vidas*. Disponível em https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Noticias/2019/APSI_RecomendacoesAuxiliaresDeFlutuacao_2019.pdf
- APSI. (2016). *Brincar na água em segurança, o afogamento de uma criança é um acontecimento rápido e silencioso*. Disponível em https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Noticias/APSI-Receita_Afogamentos-2016.pdf
- APSI. (2019). *Prevenção de afogamentos, medidas preventivas interligadas – auxiliares de flutuação*. Disponível em https://www.apsi.org.pt/images/PDF/Noticias/2019/APSI_RecomendacoesAuxiliaresDeFlutuacao_2019.pdf
- Asbridge, M., Wickens, C., Mann, R., & Cartwright, J. (2017). Alcohol, cannabis and new drivers. In D.L. Fisher, J.F. Caird, W.J. Horrey & L.M. Trick, *Handbook of teen and novice drivers: research, practice, policy and directions* (pp. 191 – 202). Florida, E.U.A. Taylor & Francis Group
- Caird, J.K., & Horrey, W.J. (2017). A review of novice and teen driver distraction. In D.L. Fisher, J.F. Caird, W.J. Horrey & L.M. Trick, *Handbook of teen and novice drivers: research, practice, policy and directions* (pp. 169 – 185). Florida, E.U.A. Taylor & Francis Group
- Decreto Lei nº 37/2014 de 14 de Março. *Diário da República nº 52/2014 – I Série*. Lisboa: Ministério da Economia.
- Denny, S.A., Quan, L., Gilchrist, J., McCallin, T., Shenoi, R., Yusuf, S., Hoffman, B., & Weiss, J. (2019). Prevention of drowning. *American Academy of Pediatrics*, 143 (5), 1 – 13. doi: 10.1542/peds.2019-0850
- DGC. (2018). *Brincar e nadar em segurança! Procedimentos que salvam vidas!*. Disponível file:///C:/Users/amlo-/Downloads/i006533%20(3).pdf
- DGS. (2015). *Programa nacional de saúde escolar*. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152015-de-12082015-pdf.aspx>

- DGS. (2010). *Programa nacional de prevenção de acidentes 2010- 2016*. Disponível em <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/dast-programa-nacional-de-prevencao-de-acidentes-pdf.aspx>
- EMCDDA. (2020). *European drug report, trends and developments*. Disponível em https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf
- Jiang, K., Ling, F., Feng, Z., Ma, C., Kumfer, W., Shao, C., & Wang, K. (2018). Effects of mobile phone distraction on pedestrians' crossing behaviour and visual attention allocation at a signalized intersection: an outdoor experimental study. *Accident Analysis and Prevention*, 115 (2018), 170 – 177. doi: 10.1016/j.aap.2018.03.019
- Jonah, B.A., & Boase, P. (2017). Speeding and other risky driving behaviour among young drivers. In D.L. Fisher, J.F. Caird, W.J. Horrey & L.M. Trick, *Handbook of teen and novice drivers: research, practice, policy and directions* (pp. 145 - 161). Florida, E.U.A. Taylor & Francis Group
- MUBI. (2011). *Bike buddy*. Disponível em https://bikebuddy.mubi.pt/wp-content/uploads/2011/04/bbmanual_ver1.pdf
- OMS. (2008). *World report on child injury prevention*. Disponível em https://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/
- OMS. (2011). *Youth and health risks*. Disponível em https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_25-en.pdf
- Paterson, J., & Dawson, D. (2017). Fatigue and road safety for young and novice drivers. In D.L. Fisher, J.F. Caird, W.J. Horrey & L.M. Trick, *Handbook of teen and novice drivers: research, practice, policy and directions* (pp. 229 - 236). Florida, E.U.A. Taylor & Francis Group
- Penning, R., Veldstra, J.L., Daamen, A.P., Olivier, B. & Verster, J.C. (2010). Drugs of abuse, driving and traffic safety. *Current drug abuse reviews*, 2010 (3), 23 – 32.

- PRP. (2015). *Educação rodoviária, testa os teus conhecimentos*. Disponível em <https://prp.pt/wp-content/uploads/2017/07/Brochura-Tecnica-Educacao-Rodoviaria.pdf>
- PRP. (2015). *Fatores de Risco, fadiga*. Disponível em prp.pt/prevenção-rodoviaria/fatores-de-risco/fadiga/
- Sahu, M., Gandhi, S., & Sharma, M.K. (2019). Mobile phone addiction among children and adolescents. *Journal of Addictions Nursing*, 30 (4), 261 – 268. doi: 10.1097/JAN.0000000000000309
- SF. (2020). *Healthy sleep tips*. Disponível em sleepfoundation.org/Sleep-hygiene/healthy-sleep-tips
- SF. (2020). *How much sleep do we really need?*. Disponível em sleepfoundation.org/how-sleep-works/how-much-sleep-do-we-really-need
- SNS. (2016). *Afogamentos: o que fazer para prevenir*. Disponível em <https://www.sns.gov.pt/2016/08/24/afogamentos-o-que-fazer-para-prevenir/>

6 - APÊNDICES

Apêndice I – Plano da sessão “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”

Plano da Sessão “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”

Formadores: Enfermeira Especialista O. M. e pela Estudante do Curso de Mestrado com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Ana Oliveira.

Tema: Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes

População-alvo: Alunos do 11^a ano

Data e Hora: 23 de março de 2021 às 8h30

Local: Escola Secundária X

Duração: 25 minutos

Objetivos Gerais:

- Dar a conhecer:
 - Os riscos da utilização do telemóvel durante as travessias,
 - Os equipamentos de proteção individual enquanto condutor de um velocípede e motociclo,
 - Os riscos da condução sob a influencia do álcool, canábis, excesso de velocidade, distração, fadiga e não utilização do sinto de segurança,
 - Comportamentos seguros enquanto condutor de um velocípede e condutor/passageiro do motociclo e automóvel,
 - Comportamentos seguros enquanto utilizador de lagoas, rios, praias e piscinas

Objetivos Específicos:

- Que os alunos conheçam:

- ✓ O risco de atravessar uma passagem de peões enquanto leem/enviam mensagens, falam ao telemóvel ou ouvem música,
- ✓ Os principais equipamentos de proteção individual enquanto condutores de velocípede e/ou motociclo,
- ✓ A degradação da performance de condução provocada pelo consumo de álcool, canábis, distração e fadiga.
- ✓ Os principais comportamentos seguros enquanto peões, condutores de velocípedes, utilizadores e condutores de motociclos/automóveis e utilizador de lagoas, rios, praias e piscinas.

Fases/Tempo	Conteúdos	Metodologia	Recursos e Estratégias	Avaliação
Introdução 5 minutos	Apresentação da equipa de enfermagem, Apresentação do tema “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”.	Expositiva	Computador Plataforma “Google Meet”	
Desenvolvimento 15 minutos	A utilização de dispositivos durante as travessias, Equipamentos de proteção individual no velocípede e motociclo,	Expositiva Interativa	Computador Plataforma “Google Meet” PowerPoint	

	<p>Degradação da performance de condução,</p> <p>Comportamentos seguros enquanto peões, condutores/utilizadores de velocípedes, motociclos, automóvel e lagoas, rios, mar e piscinas.</p>			
<p>Conclusão 5 minutos</p>	<p>Síntese do tema,</p> <p>Esclarecimento de dúvidas,</p> <p>Avaliação imediata e Bibliografia</p>	<p>Expositiva Interativa Interrogativa</p>	<p>Computador Plataforma "Google Meet" PowerPoint Outlook</p>	<p>Questionário</p>

Apêndice II – Diapositivos

Ação de Educação para a Saúde Segurança e Prevenção de Acidentes

Pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem,
com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediátrica da UCP, Enfermeira Ana Oliveira.

Sumário:

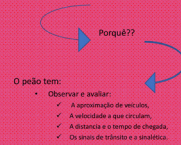
- ✓ A utilização de dispositivos durante as travessias,
- ✓ Equipamentos de proteção individual no velocípede e motociclo;
- ✓ Degradação da performance de condução
- ✓ Comportamentos seguros enquanto peões, condutores/utilizadores de velocípedes, motociclos, automóvel e lagoas, rios, mar e piscinas



Ler/enviar mensagens, falar ao telemóvel ou ouvir música é seguro ao atravessar a rua ??

Porque não utilizar telemóvel/smartphone/auscultadores durante a travessia???

- Atravessar uma rua é uma atividade complexa,



TRAVESSIA SEGURA

Quando utilizamos o telemóvel/smartphone/auscultadores para enviar mensagens, falar ou ouvir música durante a travessia

Temos de completar duas tarefas complexas

- Atravessar,
- Prestar atenção visual, auditiva e cognitiva ao dispositivo,

**Aumentamos o
risco de
acidentes fatal e
não fatal**

Equipamentos de proteção individual no velocípede

- Usa:
 - ✓ Roupa clara ou refletora
 - ✓ Calçado adequado,
 - ✓ Capacete
 - ✦ Tamanho adequado
 - ✦ Com as correias bem ajustadas e sem folgas
 - ✓ Luvas
 - ✓ Cotoveleiras
 - ✓ Joelheiras
- Leva um documento de identificação



Antecipa o perigo:

- Prepara antecipadamente o percurso
 - ✓ Menos trânsito,
 - ✓ Menos declives,
 - ✓ Mais seguro,
- Antecipa os riscos e os comportamentos dos outros condutores,
- Avalia a distância e a velocidade antes de qualquer manobra,
- Com as portas dos veículos,
 - ✓ Podem abrir-se repentinamente



Equipamentos de proteção individual no motociclo

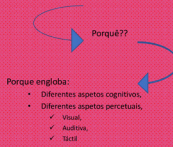


Na moto:

- Usa capacete
 - ✓ Devidamente apertado e ajustado,
 - ✓ Integral,
- Usa luvas
 - ✓ Ultrapassem os pulsos,
 - ✓ Que possuam material **derrapante** nas palmas das mãos,
- Utiliza casaco
 - ✓ Mangas compridas,
 - ✓ Proteção de ombros, costas e cotovelos,
- Utiliza calças adequadas
 - ✓ Compridas,
 - ✓ Proteção das ancas, joelhos e canelas,
 - ✓ A ganga rasga em 0,4 segundo ao deslizar no alcatrão,
- Utiliza botas
 - ✓ Fechem a acima das canelas,
 - ✓ Protejam os calcanhares, tornozelos e canelas,
 - ✓ Antiderrapantes.

A condução

- A condução é uma tarefa multifacetada,



Condução Segura

- Essenciais para:
- ✓ O controlo do veículo,
 - ✓ Para a navegação,
 - ✓ Para a tomada de decisão,
 - ✓ Para a percepção do perigo.

Quando conduzes



Sob a influência de Álcool e/ou Cannabis:

- Degradação da performance de condução,
 - ✓ Aumento do tempo de reação,
 - ✓ Diminuição das distâncias de segurança,
 - ✓ Erros e instabilidade na direção/condução,
 - ✓ Aumento das saídas da faixa e maior variabilidade dentro da faixa,
 - ✓ Aumento da velocidade e da variabilidade da velocidade,
 - ✓ Alteração da coordenação, percepção e vigilância
 - ✓ Mais acidentes

Diretamente relacionado com a dosagem, ou seja, dose maior = aumento da degradação

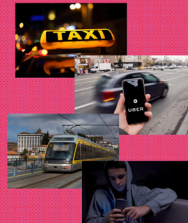


Sob a influência das distrações, sono/cansaço/fadiga:

- Degradação da performance de condução,
 - ✓ Aumento do período de percepção,
 - ✓ Aumento do tempo de reação a eventos críticos,
 - ✓ Aumento dos desvios de linha e saídas da faixa de rodagem,
 - ✓ Aumento da variabilidade da velocidade,
 - ✓ Deterioração/degradação da tomada de decisão
 - ◊ Capacidade de planejar,
 - ◊ A visão do desenvolvimento,
 - ◊ Regulação do humor,
 - ◊ Comportamento inibido.



O que fazer



- Conduz sóbrio,
- Se consumiste alguma bebida e/ou substância psicoativa
 - ✓ Não conduzas,
 - ◊ Aponta um táxi e/ou transporte público,
 - ◊ Designa um amigo que não consuma e fica responsável pela condução,
 - ◊ Preza a uma amigo e/ou familiar que te vá buscar
- Modera a velocidade e cumpre os limites de velocidade,
- Respeita as distâncias de segurança,
- Respeita a sinalização e as regras de circulação,
- Não conduzas com sono, cansado ou com fadiga,
 - ✓ Entre os 14 e os 17 anos deves dormir 8 a 10 horas,
 - ✓ Entre os 18 e os 24 anos deves dormir 7 a 9 horas,
 - ✓ Organiza a tua agenda de forma a respeitar o teu ciclo de sono,
 - ✓ Cria uma rotina de te desat.
- Ao iniciar a condução certifica-te que estás bem descansado
- Para a cada 2 horas de condução
- Partilha a condução

Lembra-te que se te sentires cansado/fadiga/sono não resistas, para (STOP), a única solução é mesmo dormir.

Apêndice III – Questionário de avaliação

Questionário de avaliação da sessão de educação para a saúde “Promoção da Segurança e Prevenção de Acidentes”

(Lê com atenção e assinala a opção correta)

1 - Ao atravessar uma passagem de peões deves:

- a. a) Enviar mensagens
- b. b) Falar ao telemóvel,
- c. c) Ouvir música
- d. d) Todas as afirmações estão incorretas.

2 – Quando andas de bicicleta deves:

- a. a) Utilizar capacete,
- b. b) Ter atenção ás portas dos veículos,
- c. c) Preparar antecipadamente o percurso,
- d. d) Todas as afirmações estão corretas.

3 – Ao andares de motociclo **não** deves:

- a. a) Utilizar capacete integral,
- b. b) Utilizar luvas com material da palma derrapante,
- c. c) Utilizar calças de ganga,
- d. d) Utilizar casaco de magas compridas.

4 – A condução sob a influencia de álcool, canábis, sono/cansaço/fadiga ou distrações provoca:

- a. a) A diminuição do tempo de reação,
- b. b) O aumento das distâncias de segurança,
- c. c) A diminuição dos desvios de linha,
- d. d) O aumento dos acidentes.

5. - Ao conduzires deves:

- a. a) Dar toda a tua atenção á estrada,
- b. b) Preparar a deslocação de forma a evitar a distração,
- c. c) Moderar a velocidade e cumprir os limites de velocidade,
- d. d) Todas as afirmações estão corretas.

6.- Quando vais a lagoas, rios, praias e piscinas deves:

- a. a) Entrar sempre de pés na água,
- b. b) Ir nadar sozinho,
- c. c) Escolher lagoas, rios, praias e piscinas não vigiadas,
- d. d) Consumir álcool e drogas psicoativas.

Envia este questionário preenchido para o seguinte endereço de email: naoacidentes@outlook.com

Apêndice II: Documentos produzidos na sessão de formação de pares “Comunicação em Cuidados Paliativos e Cuidados em Fim de Vida”



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

PLANEAMENTO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
“COMUNICAR EM CUIDADOS PALIATIVOS E EM
CUIDADOS EM FIM DE VIDA”

Por Ana Maria Lopes de Oliveira nº 396419002

Porto, março de 2021



CATÓLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

PLANEAMENTO DA AÇÃO DE FORMAÇÃO
“COMUNICAR EM CUIDADOS PALIATIVOS E EM
CUIDADOS EM FIM DE VIDA”

Estágio em Cuidados de Saúde Primários Inserido no Mestrado em Enfermagem com
Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por Ana Maria Lopes de Oliveira nº 396419002

Sob Orientação da Professora Doutora Isabel Quelhas e da
Enfermeira Especialista O. M.

Porto, março de 2021

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

CFV	Cuidados em Fim de Vida
CP	Cuidados Paliativos
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade
UCP	Universidade Católica Portuguesa

ÍNDICE GERAL

1 - Introdução	159
2 - Enquadramento teórico.....	161
2.1 - Princípios de comunicação com a criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida	162
2.2 - Fatores facilitadores e barreiras ao processo de comunicação entre a tríade em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.....	164
2.2.1.- A criança.....	164
2.2.2 - Os pais/família	168
2.2.3 - Os profissionais de saúde.....	170
2.3 - O sofrimento emocional do enfermeiro no cuidado à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.....	171
2.3.1 - Estratégias para o enfermeiro gerir os seus sentimentos dolorosos quando cuida da criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.....	172
3 - Plano de formação	175
3.1 - Metodologia.....	175
3.2 - Recursos e estratégias de implementação	175
3.3 - População alvo	175
3.4 - Objetivos.....	175
3.5 - Indicadores de resultado.....	176
3.6 - Resultados	176
4 - Conclusão	179
5 - Referências bibliográficas.....	181
6 – Apêndice.....	183
Apêndice I - Plano da sessão “Comunicação em Cuidados Paliativos e Cuidados em Fim de Vida”	185
Apêndice II - Diapositivos	191
Apêndice III - Questionário de avaliação	199

1 – INTRODUÇÃO

A presente ação de formação surge no âmbito do estágio em cuidados de saúde primários, inserido na unidade curricular – estágio e relatório final do Curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Universidade Católica Portuguesa (UCP) do Porto.

Um dos objetivos para este estágio consiste na identificação, planificação e realização de uma sessão de formação aos pares. O tema para esta formação surge após um diálogo, com as enfermeiras da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). Detetei, em primeiro lugar, uma oportunidade para atualização de conhecimentos na comunicação com a criança e família em cuidados paliativos e em cuidados em fim de vida, em segundo lugar, a necessidade dos profissionais conhecerem estratégias que ajudam a lidar com o seu sofrimento emocional após contactarem com a criança que morre.

A ciência está em constante evolução. A inovação de hoje será obsoleta amanhã. A formação constitui uma oportunidade de realização, atualização e evolução pessoal e profissional essencial para a prestação de cuidados de qualidade. Assim sendo, a formação continua dos profissionais é fundamental.

O planeamento desta ação de formação começa na presente introdução. Ao longo do próximo capítulo, realizo o enquadramento teórico da comunicação em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida em pediatria, abordo detalhadamente os princípios da comunicação com a criança e a família em cuidados paliativos e em cuidados em fim de vida, menciono os fatores facilitadores e as barreiras à comunicação entre a tríade (criança, pais/família e os profissionais de saúde) . No final do capítulo abordo o sofrimento emocional do enfermeiro que cuida da criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida e elaboro um conjunto de estratégias pessoais e institucionais que os profissionais podem utilizar para lidar com os sentimentos dolorosos que decorrem do cuidado à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida. O terceiro capítulo, deste planeamento, engloba a metodologia utilizada, os recursos e estratégias de implementação, a população-alvo, os objetivos gerais e específicos, os indicadores

de resultado e resultados. O quarto e quinto capítulo englobam, respectivamente, uma pequena conclusão e as referências bibliográficas.

2 – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Comunicar um diagnóstico e/ou uma condição com risco de vida à criança e à família é um dos momentos mais desafiantes que os profissionais de saúde têm de enfrentar (Stein et al., 2019). O balancear da mensagem entre a esperança e o realismo é um desafio. O medo de suscitar uma falsa esperança está presente em muitos profissionais (Montgomery, Sawin e Hendricks-Ferguson, 2016). O momento em que o diagnóstico é conhecido, pelos pais e pela criança, é um momento lembrado nitidamente durante anos (Stein et al., 2019).

Nos últimos setenta anos a filosofia da partilha de informação sofreu inúmeras alterações. Hoje reconhecemos a importância de transmitir à criança o seu diagnóstico e/ou a situação de risco de vida. Atualmente o debate que prevalece já não é sobre o “se” e sim sobre “o que”, “quando” e “quanto” devemos dizer às crianças sobre o seu diagnóstico (Stein et al., 2019).

A comunicação entre a criança, família e os profissionais de saúde é uma componente central dos cuidados paliativos e dos cuidados em final de vida (Montgomery et al., 2016). É uma discussão sensível, oportuna, compreensível a cerca do processo de transição (Sawin et al., 2019) e imposta gradualmente à criança e família (Stein et al., 2019). Os cuidados curativos dão lugar aos cuidados paliativos (CP), aos cuidados em fim de vida (CFV), às opções de tratamento de sintomas, a sentimentos sobre a morte e morrer e ao plano de cuidados (Montgomery et al., 2016).

A comunicação é um processo dinâmico (Stein et al., 2019), igualmente inato e aprendido (Montgomery et al., 2016). Sem guidelines, de como comunicar com a criança e a família, a tarefa torna-se difícil e emocionalmente desafiante e algumas vezes evitada (Stein et al., 2019) ou adiada (Kumata, Borges e Dupos, 2015). A comunicação eficiente, efetiva e aberta é o alicerce para o desenvolvimento e sustentação de uma relação de confiança entre a criança, família e os profissionais (Sawin et al., 2019). Facilita a tomada de decisão, a orientação antecipatória, o reconhecimento e planeamento de cuidados necessários para evitar crises. Ajuda a providenciar um continuum de cuidados interdisciplinares, a respeitar as

convicções religiosas (Montgomery et al., 2016), a diminuir a tensão familiar, a reduzir a ansiedade, a normalizar a discussão sobre CP e CFV (Sawin et al., 2019). Procura prevenir danos psicológicos a longo prazo na família (Jalmsell, Kontio, Stein, Henter e Kreicbergs, 2015). A comunicação ineficiente e insuficiente pode conduzir à gestão inadequada dos sintomas, a erros de medicação à diminuição da qualidade de vida, a mal-entendidos sobre as preferências, a terapias agressivas indesejadas (Montgomery et al., 2016) e ao sofrimento da criança e família (Jalmsell et al., 2016).

Comunicar com a criança e família em CP e em CFV é a necessidade educacional mais solicitada pelos enfermeiros que trabalham nesta área. Os enfermeiros sentem que não possuem formação de como agir e se comportar apropriadamente, não sabem que palavras usar, têm dificuldade em informar e explicar informação relevante, nomeadamente as más notícias, têm receio de perguntas difíceis e de lidar com os sentimentos e reações negativas.

Os enfermeiros têm um papel fundamental no alívio do sofrimento da criança e da família. Apesar dos longos períodos de tempo que dedicam à criança e à família, sabem pouco sobre os princípios e habilidades necessárias para cuidar da criança em fim de vida. Os cuidados à criança e família em CP e em CFV são prestados em unidades especializadas, não especializadas em cuidados paliativos e no domicílio (Atout, 2019). Perante o mencionado, considero que a educação dos profissionais em CP deve ser transversal e não apenas limitada as unidades especializadas.

2.1 – Princípios de comunicação com a criança e a família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

Prepare-se, procure o suporte dos seus pares, examine as suas crenças, o seu nível de conforto e assegure-se que a criança e a família o vêem calmo e focado (Stein et al., 2019). Ao decidir que profissional de saúde irá liderar a comunicação é necessário ter em conta a sua experiência, a habilidade para discutir tópicos, que são importantes naquele momento, a sua disponibilidade e os pontos de vista da criança e família (NICE, 2020).

Prepare a informação, planeie o que quer comunicar, dê prioridade às informações chave. Saiba o nome da criança e dos membros da família, verifique a relação/filiação entre a criança e os membros da família (Stein et al., 2019). Tenha em conta a sua situação familiar e pessoal, as suas crenças culturais e religiosas e os seus valores (NICE, 2020).

Prepare o ambiente, certifique-se que escolhe uma área calma e privada. Inclua os familiares ou pessoa significativa (Stein et al., 2019). Pergunte se existe mais alguém, que seja importante para eles, que gostariam que fosse envolvido (NICE, 2020).

Verifique o desenvolvimento e a idade da criança, se possui algum problema neurodesenvolvimental ou deficiência. Considere o entendimento da linguagem que a criança tem (Stein et al., 2019) e escolha uma linguagem (discussão um para um, música, brincar, desenhar, escrita, fotografias, média – redes sociais) adequada ao seu nível de entendimento (NICE, 2020).

Prepare os pais. Debata, com os pais, o quanto é importante comunicar à criança o seu diagnóstico (Stein et al., 2019).

Construa uma relação, através do respeito, da confiança e da empatia. Olhe-os e saúde-os. Sempre que falar com a criança e a família trate-os pelo seu nome. Respeite o conhecimento que a criança e a família tem da sua condição/diagnóstico. Trate-os como iguais e respeite a sua perícia. Seja honesto e reconheça os limites do seu conhecimento profissional (Stein et al., 2019).

Oiça primeiro, para que possa determinar o que já sabem (Stein et al., 2019).

Na linguagem, seja direto, consistente e claro. Evite os eufemismos e o jargão técnico. Explique, sempre que for necessário, os termos e jargão técnico e verifique o que entenderam. Adapte a linguagem ao nível de entendimento da criança (Stein et al., 2019)

Ao transmitir (dar) a informação/notícia, seja sensível e delicado (NICE, 2020), honesto e realista (Stein et al, 2019).

Ao (passar) a informação, providencie informação à criança e família de forma consistente (NICE, 2020), simples (Stein et al, 2019), clara e atualizada (NICE, 2020). Dê tempo para que a possam assimilar.

Providencie fontes de informação, verbal e visual (ex. fotografias), forneça detalhes sobre outras fontes de informação (ex. websites, grupos de suporte, redes sociais). Dê informação escrita que possam levar com eles e considere apresentar a criança e família a uma outra que esteja/esteve na mesma situação (Stein et al., 2019).

Preste atenção à sua compreensão e reação emocional. Verifique o que entenderam, pergunte à criança e à família o que compreenderam sobre o que foi dito. O silêncio de uma criança pode significar que compreendeu tudo ou, muito pouco do que lhe foi dito. Providencie oportunidades para que façam perguntas. Pergunte se querem que abrande, repita ou explore algum tópico. Permita que a criança e a família expressem o que estão a sentir e assegure que, de acordo com as circunstâncias, o que sentem é normal (Stein et al., 2019).

Reconheça a quantidade de informação. Priorize a informação. Assegure a criança e a família, que a dor, o sofrimento, o cansaço e o estado de choque torna difícil e limita a absorção e compreensão de toda a informação dada. Assegure que vão ter outras oportunidades para fazer perguntas (Stein et al., 2019).

Trace um plano, informe sobre o que vai acontecer a seguir (Stein et al., 2019). Informe sobre as opções de tratamento/cuidados disponíveis, sobre os recursos de suporte relevantes e existentes. Informe sobre o seu papel e participação, sobre o papel dos membros da equipa e assegure que não estarão sozinhos (NICE, 2020). Discuta os riscos e os benefícios de cada escolha e dê tempo para tomar decisões (Stein et al., 2019).

2.2 – Fatores facilitadores e barreiras ao processo de comunicação entre a tríade em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

O processo de comunicação é influenciado por diversos fatores que podem facilitar ou criar barreiras à comunicação (Stein et al., 2019).

2.2.1 – A criança

Para melhorar a comunicação com as crianças, os profissionais de saúde e a família devem estar cientes do desenvolvimento cognitivo, emocional e psicológico,

em relação ao seu entendimento sobre a doença e morte (Stein et al., 2019). Adaptar a conversa, ao seu nível de entendimento, é um dos desafios de falar sobre o conceito de morte com a criança (Jalmsell et al., 2015). A morte é um conceito difícil de entender, porque relaciona elementos biológicos, socioculturais, espirituais e emocionais. A avaliação do entendimento, da criança sobre o conceito de morte, é realizada através do reconhecimento da morte como um evento biológico (Longbottom e Slaughter, 2018).

O conceito de morte é definido e medido em vários subconceitos (Longbottom e Slaughter, 2018). As crianças com menos de dois anos ainda não desenvolveram plenamente a permanência do objeto. Para esta criança, o que não vê, não existe (Stein et al., 2019). Entre os três e os quatro anos a criança entende a morte como um sono, uma partida, que faz parte da ordem natural da vida. Nesta fase a mensagem chave, que a família deve transmitir à criança é: quem morre não pode voltar (Slaughter, 2005; Stein et al., 2019). O primeiro subconceito entendido pela criança é a irreversibilidade / permanência. A criança entende que a morte é permanente. O segundo subconceito é a inevitabilidade / universalidade. A criança entende que todas as coisas morrem. A aplicabilidade é o terceiro subconceito. A criança, percebe que apenas as coisas vivas podem morrer. A cessação é o subconceito que se segue. Aqui a criança compreende que todos os processos do corpo cessam funções. A causalidade é o quinto e último subconceito adquirido pela criança. Ela entende que a morte é causada pela quebra das funções do corpo (Longbottom e Slaughter, 2018). De acordo com Slaughter (2005) o entendimento maduro e completo do conceito de morte está completo quando a criança domina todos os subconceitos do evento biológico. O padrão adulto, do conceito de morte, é atingido quando adiciona os elementos espirituais (Longbottom e Slaughter, 2018).

Os últimos dez anos de pesquisa demonstraram que as crianças desenvolvem as suas crenças espirituais e religiosas sobre a vida após a morte de forma distinta da biológica (Longbottom e Slaughter, 2018). Habitualmente o primeiro conceito a ser dominado é o biológico. A aquisição dos elementos espirituais podem surgir em simultâneo ou após o conceito biológico (Longbottom e Slaughter, 2018). O conceito espiritual não é restrito ao cristianismo e pode diminuir ou desaparecer à medida que a criança envelhece (Harris, 2018). Em comunidades em que o

ambiente cultural não suporta ou apresenta pouco suporte da crença, da vida após a morte, é provável que as crianças e os adultos adotem predominantemente o conceito biológico (Harris, 2018). Os conceitos são desenvolvidos e adquiridos de forma consistente e seguindo a sequência referida (Slaughter, 2005; Longbottom e Slaughter, 2018). Providenciar, à criança, informação biológica sobre o ciclo de vida e sobre como funciona o corpo, pode ter um efeito positivo no seu entendimento sobre a morte (Longbottom e Slaughter, 2018).

A maioria das crianças atinge o entendimento completo do conceito entre os 5 e os 7 anos. Muitas delas, aos 3 anos, já são capazes de entender alguns dos subconceitos (Longbottom e Slaughter, 2018). É importante ter em conta que a ordem de aquisição e o cronograma de desenvolvimento pode ser influenciado por fatores individuais e ambientais, e que a exposição à morte aumenta o seu entendimento sobre ela (Longbottom e Slaughter, 2018). A criança hospitalizada ou com doença prolongada pode acelerar o seu processo de aquisição porque entende relativamente cedo, a natureza biológica da morte (Slaughter, 2005).

Ao longo dos anos ocorreram alterações significativas quanto à exposição da criança à morte e ao morrer. Até ao século XX os elevados índices de mortalidade infantil, o contacto com a família alargada e o envolvimento da criança nas cerimónias fúnebres, tornava comum a exposição da criança à morte. A criança via a morte como parte natural da vida. Com a melhoria dos cuidados de saúde, os índices de mortalidade baixaram, as estruturas e composições familiares sofreram alterações, o menor contacto com a família alargada, as alterações dos rituais e cerimónias, o erróneo entendimento dos adultos de que a criança não é cognitivamente e emocionalmente madura para entender e lidar com a morte e o desejo de as proteger da realidade, levou as crianças a serem isoladas da realidade da morte no dia a dia (Longbottom e Slaughter, 2018).

A comunicação parental, as experiências diretas, os media e a arte são as fontes de informação, onde, hoje em dia, as crianças aprendem sobre a morte e morrer (Longbottom e Slaughter, 2018).

Receber a informação sobre o diagnóstico e prognóstico, atempadamente e efetivamente, demonstrou que as crianças apresentam menos sinais de ansiedade, de depressão, de sofrimento, de afastamento, de medo e de se sentirem

ludibriadas. Ainda que, no momento da notícia, a criança possa sentir-se triste, com raiva, preocupada, confusa e em choque, estes sentimentos nem sempre persistem no tempo. A incerteza está associada, na generalidade, ao empobrecimento da qualidade de vida (Stein et al., 2019).

Uma comunicação efetiva e atempada alivia a incerteza e conseqüentemente melhora a qualidade de vida. A criança ao compreender o que está a acontecer, adere e coopera mais e melhor no tratamento e/ou procedimentos. A longo prazo empodera a criança e a família a advogar pelo seu tratamento e cuidado. A não adesão, foi reportada, como uma das estratégias que a criança usa para obter mais informação. Ao receber a informação a criança sente-se suportada pelos pais, pela família e pelos profissionais de saúde (Stein et al., 2019).

“Accurate information supports congruence between a child’s internal world (i.e., awareness of their illness, changes in their body, people’s reactions, and possibly their imminent death) and their outer world (i.e., information from parents and health-care professionals)”
(Stein et al., 2019, p.1156)

Apesar de muitas crianças e adolescentes quererem ser informadas sobre a sua doença, ou mesmo, discutir se podem morrer, esta máxima não é universal. Cerca de 1/3 a 1/4 dos adolescentes não o desejam (Stein et al., 2019; NICE, 2020)

Algumas crianças, não querem partilhar ou sentem-se inibidas de falar do seu entendimento sobre a morte e a trajetória de morrer, porque, estão cientes da ansiedade e desconforto dos pais sobre o assunto (Stein et al., 2019). Querem proteger, prevenir e evitar uma resposta emocional dos pais (Montgomery et al., 2016). Querem mostrar-se corajosos. O temor de julgamentos negativos por parte dos profissionais de saúde, são fatores que podem inibir a comunicação (Stein et al. 2019).

2.2.2 – Os pais / família

Atualmente existe mais consenso sobre a inclusão, presença e acesso à informação, de crianças mais velhas, ao seu diagnóstico e prognóstico. No entanto há pais que se sentem incapazes de fazer perguntas específicas sobre o prognóstico, na presença da criança. A preocupação com o potencial efeito que o seu sofrimento provocará na criança, o contexto e as diferenças culturais sobre quem deve falar com a criança sobre a doença, acaba por provocar, nos pais, algumas reservas quanto à sua presença (Stein et al, 2019).

Receber a notícia que o filho poderá, irá morrer ou morreu é o pior pesadelo de um pai (Jalmsell et al., 2015). Os pais necessitam de suporte, dos profissionais de saúde, para tomarem a decisão de falar com o filho sobre a morte (Stein et al. 2019). Não existe uma solução fácil sobre quando e como os pais e as crianças devem comunicar sobre a morte. Usualmente são os pais que estão melhor posicionados para julgar a consciência e o entendimento que o filho tem sobre a sua situação e o que está para surgir. Frequentemente a conversa é iniciada pela criança. A sua consciência sobre a morte iminente provoca a conversa. Os contos de fadas, os livros e os filmes podem ser usados como veículos para a conversação, tornando mais fácil a conversa. Desta forma os pais e as crianças podem abordar o tema sem ter de falar, especificamente, sobre a morte iminente da criança (Jalmsell et al., 2015). “*Charlotte’s Web*”, “*The Lion King*”, “*Mister Rogers Neighbourhood*” e “*Sesame Street – Farewell Mr^o. Hooper*” são filmes que abordam o tema e que são frequentemente usados pelos pais (Longbottom e Slaughter, 2018, p. 5). Falar sobre a morte, de outra pessoa, como por exemplo, de um familiar ou amigo, falar diretamente sobre a iminente morte da criança, falar da vida após a morte, são outras estratégias e formas de abordar o tema. Falar da vida após a morte, é usado como forma de confortar e assegurar a criança de que estará alguém à sua espera do outro lado. Não estará ou ficará sozinha. Para além disso, também assegura que a separação da família estará limitada a um período circunscrito de tempo, a família voltará a reunir-se. A preparação prática é a forma menos comum. A criança prepara-se para a morte dando instruções à cerca do seu funeral e sepultura, dando os seus brinquedos /

pertences ou prendas e dizendo adeus aos seus amigos e familiares mais chegados (Jalmsell et al., 2015). “*Voicing my Choices*” é um guia de planeamento dirigido a adolescentes e jovens adultos que estão a enfrentar o seu fim de vida. É uma ferramenta que ajuda as famílias e os cuidadores a iniciarem a conversa sobre o fim da vida, a honrar a criança e a reforçar a relação de confiança. Este guia permite que a criança providencie sentenças e escolhas em tópicos tais como: a maneira como quer ser confortado, a maneira como quer ser apoiado, os tratamentos que quer, como quer ser lembrado e o que quer que façam com os seus pertences depois da sua partida (Norris, Minkowitz e Scharbach, 2019).

Os pais, que forneceram às crianças a informação sobre a sua condição mais cedo, quando comparados com outros pais, sentem-se mais aliviados por não continuarem a mentir e a esconder um segredo da criança (Stein et al, 2019). Os pais que falaram com a criança à cerca da morte não se arrependeram (Jalmsell et al., 2015; Stein et al, 2019). Os pais que não o fizeram, além do arrependimento, apresentam maiores níveis de ansiedade e de depressão. Alguns pais, referiram que, basearam a sua decisão na perceção de que a sua criança não queria que o fizessem (Stein et al, 2019).

Pais que acreditam que a doença do seu filho é incurável ou que lhes pode provocar a morte, apresentam uma probabilidade maior de não partilharem informação com o seu filho. Não partilharem a informação, particularmente sobre a morte, com o filho, pode refletir o stress emocional dos pais, a necessidade de se protegerem de uma realidade insuportável ou uma falta de confiança na sua capacidade de resposta a perguntas difíceis. A convicção de que não é um tópico adequado a abordar com o filho (Stein et al., 2019), o desejo de os proteger do potencial sofrimento (depressão, ansiedade, isolamento e da dissolução da esperança) (Jalmsell et al., 2019), o subestimarem ou superestimarem o entendimento da criança (omissão de informação ou disposição de demasiados e complexos detalhes), a evasão (mais frequente em crianças mais pequenas), a ineficácia (mais frequente em crianças mais velhas) são obstáculos à comunicação dos pais com a criança (Stein et al., 2019). A saúde dos pais (ex. depressão) pode constituir um obstáculo à comunicação, na medida, em que pode influenciar o estilo de

comunicação com a criança (comunicar de uma forma menos carinhosa, menos solidária e menos sensível) (Stein et al., 2019).

2.2.3 – Os profissionais de saúde

Comunicar com a criança e a família em cuidados paliativos e em cuidados em fim de vida é um desafio para os profissionais de saúde. A habilidade de comunicar más e/ou notícias difíceis pode ser aprendida através da educação e prática (NICE, 2020).

A comunicação é influenciada pelas crenças, pelo contexto cultural e religioso, pela experiência, pelo conhecimento pessoal e profissional (Stein et al., 2019) e pelo treino formal em CP e CFV do profissional de saúde (Montgomery et al., 2016; Longbottom e Slaughter, 2018). Existe um conjunto de fatores que operam como barreiras à comunicação. Destaca-se: (1) a falta de treino, de habilidade e tempo para se preparar para a discussão (Longbottom e Slaughter, 2018; Stein et al., 2019), (2) a falta de conhecimentos, a inexperiência, o desconforto (Stein et al., 2019), (3) o medo e a insegurança de não dizer a coisa certa (Montgomery et al., 2016), (4) a incerteza clínica (Stein et al., 2019), (5) a dificuldade em prever a trajetória dos CFV (Montgomery et al., 2016), (6) a relutância em desafiar a família (Stein et al., 2019), (7) os conflitos com o criança e a família, (8) as respostas negativas, da família, expressas através da culpabilização dos enfermeiros (Atout, 2019), (9) o desconforto e/ou a falta de prontidão da criança e/ou família, (10) as expectativas parentais irrealistas e a falta de suporte cultural (Stein et al., 2019). Quando a criança não recebe qualquer informação sobre a sua doença, o enfermeiro evita responder às questões e hesita providenciar informação que a criança solicitou sobre o seu diagnóstico, prognóstico e terapia (Atout, 2019).

Existem “*stressores específicos*” (Stein et al., 2019, p.1156) associados a quem trabalha com crianças gravemente doentes e que afetam a capacidade do profissional de saúde comunicar efetivamente. Nomeadamente: (1) a dificuldade em comunicar com a criança e família a morrer, (2) os efeitos emocionais de perdas pessoais não resolvidas, (3) o lidar com a própria

resposta emocional à morte e ao morrer (depressão, pesar, culpa), (4) o desenvolver de uma amizade com a criança e família (Longbottom e Slaughter, 2018; Atout, 2019), (5) os sentimentos de impotência, por não poderem poupar a família ao sofrimento e por não conseguirem salvar a criança, (6) identificação e interiorização da responsabilidade de assegurar uma boa morte (Stein et al., 2019), (7) o lidar com familiares manipuladores (Atout, 2019), (8) a exposição frequente à morte, o menor tempo despendido com crianças a morrer, grande número de mortes, (9) ter de continuar a trabalhar após a morte e a pressão de preparar a unidade para receber imediatamente outro doente (é visto como desrespeito pelas necessidades dos enfermeiros e famílias, processarem a morte da criança) (Sawin et al., 2019). Os efeitos emocionais destes problemas podem conduzir os profissionais a sentirem-se impreparados para suportar estas famílias além de contribuir para os elevados níveis de morbidade psicológica dos profissionais (Stein et al., 2019).

2.3 – O sofrimento emocional do enfermeiro no cuidado à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

Após a morte da criança, os enfermeiros lutam para diminuir o seu sofrimento emocional. Este sofrimento afeta a vida profissional e pessoal do enfermeiro e é provocado pelo fim da relação com a criança e a família e pelo pesar que sentem pela sua morte. Existem profissionais, que para diminuir o seu sofrimento, se mantêm emocionalmente distantes da criança e da sua família. Procuram manter-se ocupados com os cuidados físicos e/ou utilizam a grande carga de trabalho para minimizar a interação social e o diálogo com os pais e assim evitam falar sobre a condição da criança.

Os enfermeiros apresentam um leque de respostas à perda. A culpa, por sentirem que deveriam ter feito mais, apesar de saber que não teria feito a diferença. A tristeza, a depressão, o sentimento de desamparo, o querer desaparecer, o querer chorar ou rezar. A frustração, por não terem tempo suficiente para dedicar à criança e à família, devido à elevada carga de trabalho (Atout, 2019). O arrependimento, por acreditar que não estavam

adequadamente preparados para responder às necessidades daquela criança e família. A insegurança e desconforto por não saber como se comportar e como apoiar os pais no luto (Longbottom e Slaughter, 2018). O querer abandonar as atividades diárias para alívio do stress (especialmente se acontecer após um longo período de sofrimento da criança) (Atout, 2019).

2.3.1 – Estratégias para o enfermeiro gerir os seus sentimentos dolorosos quando cuida da criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

Para responder aos desafios das situações difíceis e muitas vezes penosas, os enfermeiros, podem implementar um conjunto de estratégias. Estas ajudam a gerir os seus sentimentos dolorosos. São consideradas as estratégias: desenvolver e manter uma relação terapêutica, manter comunicação apropriada, manter os limites da relação profissional (Sawin et al., 2019), manter distanciamento físico e emocional entre ele e a família, manter a formalidade (Atout, 2019). Manter os limites de uma relação profissional é particularmente difícil para os profissionais que passam um longo período de tempo com o doente e a família (Atout, 2019).

As instituições devem implementar um conjunto de estratégias para apoiar os profissionais. Como por exemplo: (1) fomentar a confiança dos profissionais na providencia de CP e CFV (Sawin et al., 2019), (2) dar oportunidade ao enfermeiro de cuidar de crianças em CP e em CFV, uma vez que, a experiência aumenta o conforto do profissional (Montgomery et al., 2016), (3) providenciar educação em CP e CFV, (4) providenciar sistemas e recursos que melhorem as habilidades comunicacionais (Sawin et al., 2019), (5) dar tempo ao profissional para lamentar a perda, na unidade. A pressão de manter e/ou continuar o trabalho após ter estado envolvido nos cuidados da criança que morreu, é visto, pelos profissionais, como emocionalmente difícil (Montgomery et al., 2016), (6) disponibilizar espaços, dentro da unidade, para o profissional poder lamentar a morte de um doente pediátrico, (7) existir ou dar a oportunidade ao profissional de avaliar e refletir sobre a sua performance, (8) promover eventos de “debriefing”, grupos de luto, para

enfermeiros (grupo informal), que forneçam oportunidade aos profissionais de partilharem as suas experiências e perspetivas e de providenciar suporte aos colegas a comunicar em CP e em CFV (Sawin et al., 2019), (9) possuir estruturas de suporte que ajudem o profissional a lidar com a situação (Atout, 2019). Embora, os recursos de assistência aos profissionais na organização, raramente sejam utilizados, estes profissionais devem ter ao seu dispor este recurso. A procura deste recurso está relacionada com a necessidade de privacidade e suporte emocional para lidar com as respostas emocionais e de dor intensa após a morte de um doente pediátrico. Rácios adequados permitem aos enfermeiros tempo para estar presente no funeral da criança, se assim o desejarem (Sawin et al., 2019).

3 – PLANO DE FORMAÇÃO

O plano da sessão “Comunicação em cuidados paliativos e em cuidados em fim de vida” encontra-se no apêndice I.

3.1 – Metodologia

A metodologia utilizada foi a expositiva, com a exposição dos conteúdos.

3.2 – Recursos e Estratégias de Implementação

Os recursos humanos são constituídos por uma equipa formada pela Enfermeira Especialista O. M. e pela Estudante do Curso de Mestrado com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Ana Oliveira.

Os recursos materiais a que recorreremos foram: sala, mesa, cadeiras, computador, projetor, canetas e papel.

A estratégia de implementação foi o PowerPoint, os diapositivos encontram-se no apêndice II.

3.3 – População-Alvo

A população alvo são os elementos da equipe de enfermagem da UCC.

3.4 – Objetivos

Objetivos gerais para a sessão de formação de pares são:

- Dar a conhecer:
 - ✓ as vantagens da comunicação em CP e CFV em pediatria;
 - ✓ os princípios da comunicação com a criança e a família em CP e CFV;
 - ✓ os fatores facilitadores e as barreiras ao processo de comunicação entre a criança, a família e o profissional de saúde;

- ✓ o sofrimento emocional do enfermeiro que cuida da criança e família em CP e CFV;
- ✓ as estratégias para o enfermeiro gerir os seus sentimentos dolorosos quando cuida da criança e família em CP e CFV.

Objetivos específicos para a sessão de formação de pares são:

- Que os enfermeiros conheçam:
 - ✓ os principais benefícios de uma comunicação eficiente, efetiva e aberta em CP e CFV em pediatria;
 - ✓ os princípios fundamentais na preparação para a discussão com a criança e família em CP e CFV;
 - ✓ os princípios fundamentais na discussão com a criança e família em CP e CFV em pediatria;
 - ✓ os principais fatores responsáveis pela inibição da comunicação da criança sobre a morte e o morrer;
 - ✓ os veículos para a conversação sobre a morte com a criança em CP e CFV;
 - ✓ as principais barreiras, do profissional de saúde, à comunicação em CP e CFV em pediatria;
 - ✓ as principais respostas emocionais dos profissionais de saúde à perda da criança e família em CP e CFV;
 - ✓ as principais estratégias que os profissionais de saúde podem utilizar para lidar com os seus sentimentos dolorosos após a perda da criança e família em CP e CFV.

3.5 – Indicadores de Resultado

Os indicadores de resultado serão avaliados no final da sessão, mediante a apresentação de um questionário que se encontra no apêndice III.

3.6 – Resultados

A sessão de formação foi realizada a 10 elementos.

A avaliação foi realizada no final da sessão mediante a apresentação de um questionário (apêndice III), no qual a média de respostas corretas foi de 90%.

A avaliação dos conteúdos e do formador foi realizada no final da sessão mediante a apresentação de um questionário (apêndice III), no qual a média de classificação foi de muito boa (4).

4 – CONCLUSÃO

Um dos momentos mais desafiantes na vida de um profissional de saúde é comunicar à criança e a sua família uma má notícia. A comunicação é um componente central na assistência à criança e família em cuidados paliativos e em cuidados em fim de vida. Muitos profissionais não estão preparados para o fazer. Sendo assim torna-se vital dotá-los de capacidades e habilidades comunicacionais. O processo de comunicação, entre a tríade, pode ser otimizado se o profissional de saúde compreender e dominar os fatores comunicacionais que funcionam como agentes facilitadores ou dificultadores à comunicação efetiva, eficiente e aberta.

O sofrimento emocional do enfermeiro, decorrente da assistência à criança e família que morreu ou morre, influencia negativamente a sua vida profissional e pessoal. O enfermeiro para desempenhar plena e adequadamente a sua atividade profissional necessita de estar ciente das suas possíveis respostas à dor e à perda de um paciente pediátrico bem como conhecer as estratégias pessoais e institucionais disponíveis para lidar com os sentimentos dolorosos.

5 -REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Atout, M. (2019). Experience of nurses who work with children with palliative care needs: a mixed-method systematic review. *Palliative and Supportive Care*, (2019), 1-13. doi: 10.1017/S1478951519000956
- Harris, P.L. (2018). Children's understanding of death: from biology to religion. *Philosophical Transaction Royal Society B*, 373 (2018), 1 – 7. doi: 10.1098/rstb.2017.0266
- Jalmsell, L., Kontio, T., Stein, M., Henter, J. & Kreicbergs, U. (2015). On the child's own initiative: parents communicate with their dying child about death. *Death Studies*, 39 (2015), 111 – 117. doi: 10.1080/07481187.2014.913086
- Kumata, C.S., Borges, A.A. & Dupas, G. (2015). Comunicação de más notícias à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14 (4), 1411 – 1418. doi: 10.4025/ciencucuidaude.v14i4.25894
- Longbottom, S. & Slaughter. (2018). Sources of children's knowledge about death and dying. *Philosophical Transactions Royal Society B*, 373 (2018), 1 – 7. doi: 10.1098/rstb.2017.0267
- Montgomery, K.E., Sawin, K.J. & Hendricks-Ferguson, V. (2016). Communication during palliative care and end of life – perceptions of experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, 00 (0), 1-11. doi: 10.1097/NCC.0000000000000363
- NICE. (2020). *End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: planning and management*. Disponível em <https://www.nice.org.uk/guidance/ng61/resources/end-of-life-care-for-infants-children-and-young-people-with-lifelimiting-conditions-planning-and-management-pdf-1837568722885>
- Norris, S., Minkowitz, S. & Scharbach. (2019). Pediatric palliative care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 46 (2019), 461 – 473. doi: 10.1016/j.pop.2019.05.010

- Sawin, K.J., Montgomery, K. E., Dupree, C.Y., Haase, J.E & Hendricks-Ferguson, V.L. (2019). Oncology nurse managers perceptions of palliative care and end-of-life communication. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 36 (3), 178 – 190. doi: 10.1177/1043454219835448
- Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40 (3), 179 – 186. doi: 10.1080/00050060500243426
- Stein, A., Dalton, L., Rapa, E., Bluebon-Langner, M., Hanington, L., Stein, K.F., Ziebland, S., Rochat, T., Harrop, E., Kelly, B. & Bland, R. (2019). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The lancet*, 393 (2019), 1150 – 1163.

6 - APÊNDICES

Apêndice I – Plano da sessão “Comunicação em Cuidados Paliativos e em Cuidados em Fim de Vida”

Plano da sessão “Comunicar em Cuidados Paliativos e em Cuidados em Fim de Vida”

Formadores: Enfermeira Especialista O. M. e pela Estudante do Curso de Mestrado com Especialidade em Saúde Infantil e Pediátrica, Enfermeira Ana Oliveira.

Tema: Comunicação em Cuidados Paliativos e Cuidados em Fim de Vida em Pediatria

População-alvo: Equipa de enfermagem da UCC

Data e Hora: 25 de março de 2021 às 13h00

Local: Unidade de Cuidados na Comunidade X

Duração: 1 hora

Objetivos Gerais:

- Dar a conhecer
- ✓ as vantagens da comunicação em CP e CFV em pediatria;
- ✓ os princípios da comunicação com a criança e a família em CP e CFV;
- ✓ os fatores facilitadores e as barreiras ao processo de comunicação entre a criança, a família e o profissional de saúde;
- ✓ o sofrimento emocional do enfermeiro que cuida da criança e família em CP e CFV;
- ✓ as estratégias para o enfermeiro gerir os seus sentimentos dolorosos quando cuida da criança e família em CP e CFV.

Objetivos Específicos:

- Que os enfermeiros conheçam:
 - ✓ os principais benefícios de uma comunicação eficiente, efetiva e aberta em CP e CFV em pediatria;
 - ✓ os princípios fundamentais na preparação para a discussão com a criança e família em CP e CFV;
 - ✓ os princípios fundamentais na discussão com a criança e família em CP e CFV em pediatria;
 - ✓ os principais fatores responsáveis pela inibição da comunicação da criança sobre a morte e o morrer;
 - ✓ os veículos para a conversação sobre a morte com a criança em CP e CFV;
 - ✓ as principais barreiras, do profissional de saúde, à comunicação em CP e CFV em pediatria;
 - ✓ as principais respostas emocionais dos profissionais de saúde à perda da criança e família em CP e CFV;
 - ✓ as principais estratégias que os profissionais de saúde podem utilizar para lidar com os seus sentimentos dolorosos após a perda da criança e família em CP e CFV.

Fases/Tempo	Conteúdo	Metodologia	Recursos e Estratégias	Avaliação
Introdução 5 minutos	Apresentação da equipa de enfermagem; Apresentação do tema “Comunicação em Cuidados Paliativos e em Cuidados em Fim de Vida em Pediatria”.	Expositiva	Sala Mesa Cadeiras Projetor Computador PowerPoint	
Desenvolvimento 45 minutos	A comunicação em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida em pediatria;	Expositiva Interativa	PowerPoint	

	<p>Princípios de comunicação com a criança e a família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida</p> <p>Fatores facilitadores e barreiras ao processo de comunicação entre a tríade em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida; O sofrimento emocional do enfermeiro no cuidado à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.</p> <p>Estratégias para o enfermeiro gerir os seus sentimentos dolorosos quando cuida da criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.</p>			
<p>Conclusão 10 minutos</p>	<p>Síntese do tema; Esclarecimento de dúvidas; Avaliação; Bibliografia.</p>	<p>Expositiva Interativa Interrogativa</p>	<p>Papel e Canetas</p>	<p>Questionários</p>

Apêndice II – Diapositivos

Ação de Formação em Comunicação em Cuidados Paliativos e Cuidados em Fim de Vida

Pela Estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da UCP, Enfermeira Ana Oliveira.

Sumário

- A comunicação em cuidados paliativos e em cuidados em fim de vida em pediatria
 - Princípios de comunicação com a criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida
 - Fatores facilitadores e barreiras ao processo de comunicação entre a triade em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida
 - A criança
 - Os Pais/família
 - Os profissionais de saúde
- O sofrimento emocional do enfermeiro no cuidado à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida.
- Estratégias para o enfermeiros gerir os seus sentimentos dolorosos quando cuida da criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

A Comunicação em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida em pediatria



- É um componente central dos cuidados paliativos e cuidados em fim de vida;
- É uma discussão sensível, oportuna, compreensível, gradual sobre o processo de transição.
- Uma comunicação eficiente, efetiva e aberta é o alicerce para construção de uma relação de confiança entre a criança, família e o profissional.
 - ✓ Facilita:
 - ❖ A tomada de decisão,
 - ❖ A orientação antecipatória,
 - ❖ O reconhecimento e planeamento dos cuidados,
 - ❖ O continuum de cuidados interdisciplinares,
 - ❖ O respeito pelas convicções religiosas,
 - ❖ A diminuição da tensão familiar,
 - ❖ A redução da ansiedade
 - ❖ A normalização da discussão sobre CP e CFV
 - ❖ A prevenção de danos psicológicos a longo prazo na família,

Como enfermeiro já se sentiu ?



- Impreparado para agir e comportar-se apropriadamente,
- Sem palavras,
- Com dificuldade em informar e explicar as más notícias,
- Com medo de receber perguntas difíceis e de lidar com os sentimentos negativos,

Princípios de comunicação com a criança e a família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

Prepara-te

- Procura suporte dos teus pares,
- Examina as tuas crenças,
- Examina o teu nível de conforto,
- Assegura-te que te vês calmo e focado,



Prepara a informação

- Planela o que queres comunicar,
- Dá prioridade às informações chave,
- Sabe o nome da criança e membros da família,
- Verifica a relação/filiação entre a criança e os membros da família,
- Tem em atenção a situação familiar, pessoal, as crenças culturais, religiosas e os valores.



Prepara o ambiente

- Área calma e privada,
- Inclui os familiares ou pessoas significativas,
- Pergunta-lhes se existe mais alguém que gostariam que fosse envolvido.



Verifica

- O desenvolvimento e idade da criança,
- Se possui algum problema neuro-desenvolvimental ou deficiência,



Escolhe

- Uma linguagem adequada ao seu nível de entendimento

➢ Discussão:

- ✓ Um para um,
- ✓ Música,
- ✓ Brincar,
- ✓ Desenhar,
- ✓ Escrita,
- ✓ Fotografias,
- ✓ Média – rede sociais.



Prepara

- Os pais,
 - Debate com os pais a importância de comunicar à criança o seu diagnóstico.



Constrói uma relação

➢ Através:

- ✓ Do respeito, da confiança e empatia,
- ✓ Olha-os nos olhos,
- ✓ Trata-os pelo nome,
- ✓ Respeita o conhecimento que a criança e a família tem à cerca da sua condição/diagnóstico,
- ✓ Trata-os como iguais,
- ✓ Respeita a sua perícia,
- ✓ Se honesto,
- ✓ Reconhece os limites do teu conhecimento profissional,

Determina o que já sabem

- Ouve primeiro,



Na linguagem



- Se direto,
- Se consistente,
- Se claro,
- Evita eufemismos e o jargão técnico,
- Explica, sempre que necessário, o jargão técnico,
- Adapta a linguagem ao nível de entendimento da criança.

Ao dar a notícia

- Se sensível,
- Se delicado,
- Se honesto e realista.

Be sensitive

be gentle

BE HONEST

Realistic

Ao dar informação

- Providência informação
 - ✓ Consistente,
 - ✓ Clara,
 - ✓ Atualizada.

Dá tempo para que a possam assimilar

- Providencia oportunidades para que façam perguntas,
- Pergunta-lhes se querem que abrande, repita ou explore algum tópico,
- Permite que a criança e a família exprimam o que sentem,
- Reconhece a quantidade de informação,
- Assegura-os que vão ter mais oportunidades para fazerem perguntas,
- A dor, o sofrimento, o cansaço, o choque tornam difícil a absorção e compreensão da informação,
- Traça um plano,
- Informa-os sobre o que vai acontecer a seguir,
- Informa-os sobre os recursos relevantes e existentes,
- Informa-os sobre o seu papel e participação,
- Informa-os sobre o papel dos membros da equipa
- Discutam os benefícios de cada escolha e dê tempo para que tomem uma decisão.

Fatores facilitadores e barreiras ao processo de comunicação entre a triade em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

A criança

- O seu desenvolvimento cognitivo, emocional e psicológico em relação ao entendimento da doença e a morte.

Reconhecimento da morte como um evento biológico

O conceito de morte é definido e medido em vários sub-conceitos

- < 2 anos – não desenvolveu plenamente a permanência do objeto
 - O que não vê não existe
- 3 – 4 anos – entende a morte como um sono e/ou uma partida
 - ✓ A mensagem chave a transmitir
 - ✦ Quem morre não pode voltar
- 5 – 7 anos – os conceitos são adquiridos e desenvolvidos de forma consistente e segundo a seguinte sequência:
 - ✓ Irreversibilidade/Permanência – entende que a morte é permanente
 - ✓ Inevitabilidade/Universalidade – entende que todas as coisas morrem
 - ✓ Aplicabilidade – entende que apenas as coisas vivas podem morrer
 - ✓ Cessação – entende que todos os processos do corpo cessam logo após a morte
 - ✓ Causalidade – entende que a morte é causada pela rutura das funções do corpo

Entendimento maduro e completo do conceito de morte

Após o entendimento maduro e completo do conceito biológico da morte

- Adiciona os elementos espirituais,
 - A crença espiritual e religiosa sobre a vida após a morte
 - ✓ Não é restrito ao cristianismo,
 - ✓ Pode diminuir ou desaparecer à medida que a criança envelhece



Padrão adulto do conceito de morte
=
Conceito Biológico + Conceito Espiritual

- Isolamento da realidade da morte no dia a dia,

- Entendimento que as crianças não são cognitivamente e emocionalmente maduras para entender e lidar com a morte,
- O desejo de as proteger da realidade.



- Receber atempadamente informação sobre o seu diagnóstico e prognóstico

- A criança apresenta menos sinais de:
 - ✓ Ansiedade
 - ✓ Depressão
 - ✓ Sofrimento
 - ✓ Medo
 - ✓ Se sentem ludibriadas

Sente-se suportada pelos pais, pela família e pelos profissionais.



- Ao compreender o que está a acontecer

- A criança
 - ✓ Adere e coopera mais e melhor ao tratamento/procedimentos
- Empodera a criança a advogar pelo seu tratamento e cuidado

A não adesão é uma das estratégias utilizadas pelas crianças para obter mais informação



Apesar de muitas crianças e adolescentes quererem obter e ser informadas sobre a sua doença, ou mesmo, discutir se podem morrer, está máxima não é universal, 1/3 a 1/4 dos adolescentes não o desejam.



- A consciência da ansiedade e desconforto dos pais,
- O desejo de proteger os pais,
- O desejo prevenir e evitar uma resposta emocional dos pais,
- Desejo de se mostrarem corajosos,
- Temor de um julgamento negativo por parte dos profissionais de saúde

Podem inibir a comunicação



Os pais/família

- Os pais necessitam de suporte para tomarem a decisão de falar com o seu filho sobre a morte,
- Não existe uma solução fácil sobre o quando e como devem comunicar sobre a morte,
- A conversa é frequentemente iniciada pela criança,



- Veículos para a conversação:
 - Contos de fada,
 - Os livros,
 - Os filmes,
 - ✓ "Charlotte's Web"
 - ✓ "The Lion King"
 - ✓ "Mister Rogers Neighbourhood"
 - ✓ "Sesame Street - Farewell Mr Hooper"
 - Falar sobre a morte de uma outra pessoa,
 - Falar da vida após a morte,
 - "Voicing my Choices"



- Os pais que forneceram informação atempadamente sentem-se:
 - Mais aliviados
 - ✓ Por não continuarem a mentir e a esconder um segredo à criança
 - Não se arrependem de o ter feito,



- Os pais que não forneceram informação atempadamente apresentam:
 - Arrependimento,
 - Maiores níveis de ansiedade e depressão,

- A não partilha de informação:

- É maior em pais que acreditam que a doença do filho é incurável,
- Pode refletir o stress emocional dos pais,
 - ✓ Necessidade de se protegerem de uma realidade insuportável
- Falta de confiança para responder a perguntas difíceis,

- Obstáculos:

- A convicção de que não é um tópico adequado,
- O desejo de os proteger do potencial sofrimento,
- Subestimarem ou superestimarem o entendimento da criança,
- A ineficácia,
- A saúde dos pais (ex. depressão)
 - ✓ Estilo de comunicação
 - ◆ Menos carinhosa,
 - ◆ Menos solidária,
 - ◆ Menos sensível.

Os profissionais de saúde

- A comunicação é influenciada pelas:
 - Crenças
 - Contexto cultural e religioso,
 - Pela experiência,
 - Pelo conhecimento pessoal e profissional,
 - Pelo treino em CP e CFV,



Do profissional de saúde



• Barreiras à comunicação:

- Falta de treino, habilidade e tempo para preparar a discussão,
- Falta de conhecimentos,
- A inexperiência,
- O desconforto,
- O medo,
- A insegurança de não dizer a coisa certa,
- A incerteza clínica,
- A dificuldade em prever a trajetória dos CFV,
- A relutância em desafiar a família,
- As respostas negativas,
- O desconforto e/ou falta de prontidão da paciente e família,
- As expectativas irrealistas dos pais,
- A criança não receber a informação

• “Stressores específicos” que afetam a capacidade do profissional comunicar efetivamente:

- Dificuldade em comunicar com o paciente e família a morrer,
- Os efeitos emocionais de perdas pessoais não resolvidas,
- Lidar com a própria resposta emocional à morte e ao morrer,
- Desenvolver uma amizade com a criança e família,
- Sentimento de impotência,
- Identificação,
- Interiorizar a responsabilidade de providenciar e assegurar uma boa morte,
- A exposição frequente à morte,
- O menor tempo despendido com doentes a morrer,
- Grande número de mortes,
- Ter de continuar a trabalhar após a morte,

O sofrimento emocional do enfermeiro no cuidado à criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

• Provocado pelo

- Fim da relação com a criança e a família,
- Pelo pesar que sentem pela sua morte,

• Respostas à perda

- Culpa,
- Depressão,
- Desamparo,
- O querer desaparecer,
- Chorar,
- Rezar,
- Frustração,
- Arrependimento,
- Insegurança,
- Desconforto,
- Querer retirar-se das atividades diárias.

• Existem profissionais que para lidar com seu sofrimento emocional se:

- Matem-se emocionalmente distantes
 - Carga de trabalho.

Estratégias para o enfermeiro gerir os seus sentimentos dolorosos quando cuida da criança e família em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida

- A instituição:

- ✓ Providenciar educação em CP e CFV.
- ✓ Fomentar a confiança dos profissionais na prestação de CP e CFV.
- ✓ Dar oportunidade de cuidar de crianças em CP e CFV.
- ✓ Dar tempo ao profissional para lamentar a perda.
- ✓ Disponibilizar espaços para que o profissional possa lamentar.
- ✓ Dar oportunidade de o profissional refletir sobre a sua performance.
- ✓ Promover eventos de "debriefing".
- ✓ Grupos de luto de enfermeiros
 - ◊ Partilha de experiências e perspetivas.
- ✓ Estruturas de suporte profissional
- ✓ Ráios adequados.
- ✓ Dar tempo para o enfermeiro atender ao funeral.

- O profissional:

- ✓ Desenvolver e manter uma relação terapêutica.
- ✓ Manter os limites de uma relação profissional.
- ✓ Manter um distanciamento físico e emocional.
- ✓ Comunicação apropriada.
- ✓ Formalidade.

Dúvidas ?

Avaliação

Bibliografia

- National Institutes for Health and Care Excellence. (2020). *End of life care for infants, children and young people with life-limiting conditions: planning and management*. Consultado em <https://www.nice.org.uk/guidance/11/resources/end-of-life-care-for-infants-children-and-young-people-with-life-limiting-conditions-planning-and-management.pdf>
- Norris, S., Macgregor, S. & Scherbach, (2019). Pediatric palliative care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 46 (2019), 461 – 473. doi: 10.1016/j.pop.2019.03.016
- About, M. (2019). Experiences of nurses who work with children with palliative care needs: a mixed-method systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 20(16), 1–13. doi: 10.1017/S1472619190000956
- Harris, P.L. (2018). Children's understanding of death: from biology to religion. *Philosophical Transactions Royal Society B*, 373 (2018), 1 – 7. doi: 10.1098/rstb.2017.0289
- Johnson, L., Kanto, T., Stein, M., Henker, J. & Knickerman, H. (2015). On the child's own initiative: parents communicate with their dying child about death. *Death Studies*, 39 (2015), 111 – 117. doi: 10.1080/01441195.2014.912886
- Kumata, C.S., Borges, A.A. & Ducas, G. (2016). Comunicação de más notícias à família da criança hospitalizada. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14 (4), 1411 – 1418. doi: 10.4025/cienciase-saude.v14i4.25894
- Longbottom, S. & Slaughter, (2018). Sources of children's knowledge about death and dying. *Philosophical Transactions Royal Society B*, 373 (2018), 1 – 7. doi: 10.1098/rstb.2017.0287
- Montgomery, K.E., Swan, K.J. & Hendricks-Ferguson, V. (2016). Communication during palliative care and end of life – perceptions of experienced pediatric oncology nurses. *Cancer Nursing*, 60 (05), 1–11. doi: 10.1097/NCC.0000000000000383
- Soles, K.L., Montgomery, K. E., Dwyer, C.V., Hagan, J. E. & Hendricks-Ferguson, V. (2018). Children's and caregivers' perceptions of palliative care and end of life communication. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 33 (4), 176 – 180. doi: 10.1177/1043426918780442
- Slaughter, V. (2005). Young children's understanding of death. *Australian Psychologist*, 40 (3), 179 – 186. doi: 10.1080/00050050500043426
- Stein, A., Dalton, L., Rege, E., Blumenthal-Langer, M., Harrington, L., Stein, K.F., Zaslavski, S., Rochat, T., Hyneg, E., Kelly, B. & Berg, R. (2018). Communication with children and adolescents about the diagnosis of their own life-threatening condition. *The Lancet*, 393 (2018), 1150 – 1163.

Apêndice III – Questionário de avaliação

Questionário de avaliação da sessão de formação de pares
“comunicação em cuidados paliativos e cuidados em fim de vida”

(Lê com atenção a assinala a opção correta)

- 1 – Uma comunicação eficiente, efetiva e aberta em CP e CFV.
- a. Aumenta a tensão familiar,
 - b. Facilita a normalização da discussão de CP e CFV.
 - c. Aumenta a ansiedade,
 - d. Dificulta a orientação antecipatória.
- 2 –Ao te preparares para comunicar com a criança e família debes:
- a. Procurar o suporte dos teus pares
 - b. Verificar o nível de desenvolvimento e idade da criança
 - c. Saber o nome da criança e dos membros da família
 - d. Todas as respostas anteriores estão corretas.
- 3 – Durante a discussão com a criança e família debes:
- a. Usar eufemismos
 - b. Ser indireto e inconsistente
 - c. Assegura-los que a dor/choque que estão a sentir torna difícil a compreensão e absorção da informação
 - d. Ser irrealista
- 4 – A criança pode sentir-se inibida de partilhar o seu entendimento sobre a morte porque.
- a- Querem mostrar-se corajosos,
 - b- Querem evitar uma resposta emocional dos pais
 - c- Todas as respostas anteriores estão corretas
 - d- Todas as respostas anteriores estão incorretas.
- 5 – Que veículos podem ser utilizados pelos pais para iniciar uma conversa sobre a morte.
- a. Os contos de fadas,
 - b. Os livros,

- c. Os filmes,
- d. Todas as respostas anteriores estão corretas

6 – São barreiras, do profissional de saúde, á comunicação?

- a- A experiência
- b- A criança receber informação
- c- O treino
- d- A insegurança

7 – São respostas, do profissional de saúde, á perda?

- a- Chorar e rezar
- b- Culpa e depressão
- c- Frustração e o arrependimento
- d- Todas as respostas anteriores estão corretas

8.- São estratégias para lidar com os sentimentos dolorosos?

- a- ultrapassar os limites de uma relação profissional,
- b- informalidade
- c- eventos de “debriefing”
- d- rários inadequados

Questionário de Avaliação da Ação de Formação – Formando

Sessão de Formação de Pares “Comunicação em Cuidados Paliativos e Cuidados em Fim de Vida em Pediatria”

Formador Enfermeira Ana Oliveira

Por favor marque com um (X) á frente de cada um dos parâmetros indicados, numa escala entre 1 a 4 valores, sendo 1 -Insuficiente, 2 – Suficiente, 3 – Bom e 4 – Muito bom.				
Parâmetro	1	2	3	4
Conteúdos programáticos e métodos				
Conteúdos da ação de formação				
Estrutura dos conteúdos				
Interesse e utilidade dos conteúdos				
Adequação entre o tempo e os conteúdos da ação de formação				
Adequação do método de exposição dos conteúdos				
Formador				
Domínio e clareza na exposição do tema				
Avaliação Global da Ação de Formação				
Sugestões:				