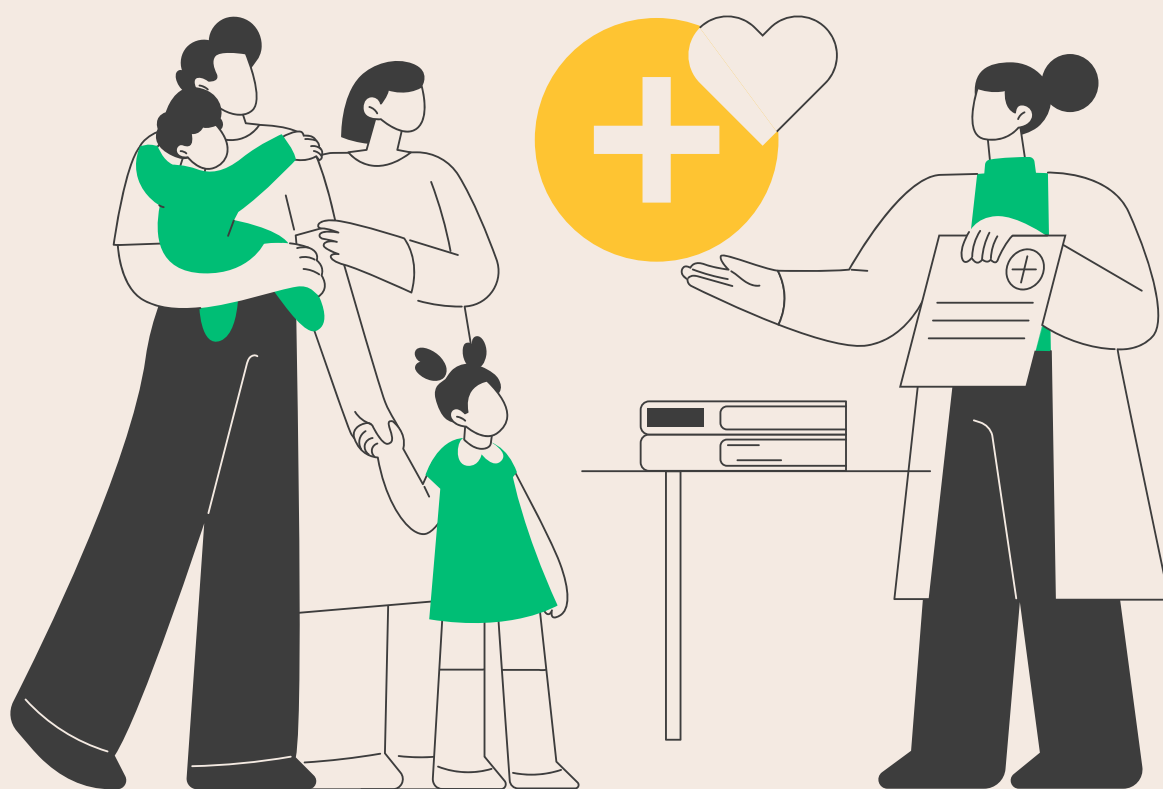


Cuidar a Criança e Família:

desafios atuais de enfermagem pediátrica



COORDENAÇÃO EDITORIAL

Isabel Bica

Luís Condeço

Manuel Cordeiro

Catarina Marinho

© 2024

Título

Cuidar a Criança e Família: desafios atuais de enfermagem pediátrica

Editor

Instituto Politécnico de Viseu

Escola Superior de Saúde de Viseu

Coordenação e Comissão Editorial

Isabel Bica

Luís Condeço

Manuel Cordeiro

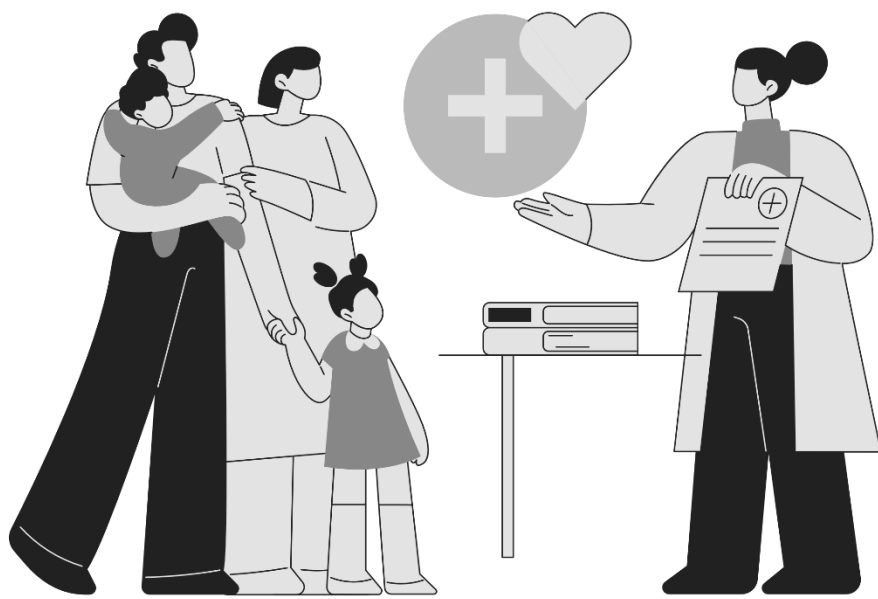
Catarina Marinho

Design e Paginação

Paulo Medeiros

ISBN

978-989-35494-7-6



SIGLAS

APSI – Associação para a Promoção da Segurança Infantil

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CP – Cuidados Paliativos

CPP – Cuidados Paliativos Pediátricos

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM1 – Diabetes Mellitus tipo 1

EAPC – European Association for Palliative Care

EIHSCPP – Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos

ELI – Equipa Local de Intervenção

INE – Instituto Nacional de Estatística

INEM – Instituto Nacional de Emergência Médica

IP – Intervenção Precoce

IPI – Intervenção Precoce na Infância

NSE – Necessidades de Saúde Especiais

OMS – Organização Mundial da Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PIIP – Plano Individual de Intervenção Precoce

PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PSI – Plano de Saúde Individual

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RNCP – Rede Nacional de Cuidados Paliativos

SAV – Suporte Avançado de Vida

SNIPi – Sistema Nacional de Intervenção Precoce

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UE – União Europeia

ULS – Unidade Local de Saúde

ULSTMAD – Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro

UNICEF – United Nations Children's Fund

WHO – World Health Organization

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1 – Estádios das reações psicológicas vivenciadas pelo doente em fase terminal e família

Figura 2 – Perceção da morte em função da idade da criança

Figura 3 – Comportamento e condições de saúde do adolescente

Figura 4 – Casuística do número de consultas de desenvolvimento da ULSTMAD – Unidade de Vila Real

Figura 5 – Número de utentes da consulta de desenvolvimento da ULSTMAD – Unidade de Vila Real

Figura 6 – Avaliação das competências no desenvolvimento infantil

Quadro 1 – Mudança de paradigma da IP em Portugal

Quadro 2 – Idades recomendadas na vigilância de saúde infantil

PREFÁCIO

A partilha de conhecimento é essencial para o desenvolvimento da Enfermagem como ciência o que resulta na constante melhoria da prestação de cuidados. O livro Cuidar da Criança e Família: desafios atuais e futuros, deseja proporcionar ao leitor experiências e estratégias na abordagem à criança e família em contextos amplamente diversificados, através do olhar de peritos na Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A Unidade Científico Pedagógica de Enfermagem da Criança e do Adolescente da Escola Superior de Saúde de Viseu, atende à natureza evolutiva e dinâmica da Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, pelo que este livro incluiu capítulos com temáticas que, a partir do nascimento até à adolescência, desenvolvem os cuidados em parceria, da vigilância infantil aos cuidados paliativos pediátricos e luto, passando pelas tecnologias digitais e necessidades educativas especiais.

Em todos estes domínios a enfermagem especializada assume um papel preponderante, no suporte à parentalidade e na promoção da saúde, potenciando a autonomia da criança/família e comunidade na qual está inserida para a superação do(s) processo(s) que esteja(m) a comprometer o completo bem-estar em saúde.

Os autores de cada capítulo são peritos na temática, cruzando o suporte científico com a experiência prática na prestação cuidados à criança/adolescente e família, visando a superação de desafios atuais e fortalecendo as competências parentais para encarar com sucesso os desafios futuros.

Graça Aparício, PhD
Manuel Cordeiro, MSc
ESSV - IPV

ÍNDICE

1 - O enfermeiro especialista na equipa de cuidados paliativos pediátricos	9
<i>Soraia Correia e Isabel Silva</i>	
<hr/>	
2 - Acesso ao serviço de Urgência Pediátrica: reflexão...	15
<i>Paula Pinto Ferreira</i>	
<hr/>	
3 - Papel parental, da teoria à prática especializada	19
<i>Célia Nunes</i>	
<hr/>	
4 - Vivenciar a morte e o luto em contexto pediátrico	29
<i>Margarida de Carvalho</i>	
<hr/>	
5 - Crescer com <i>Diabetes Mellitus</i>	35
<i>Elsa Almeida</i>	
<hr/>	
6 - Compreender a adolescência	39
<i>Rute Sampaio</i>	
<hr/>	
7 - Intervenção precoce na infância	43
<i>Mónica Macedo</i>	
<hr/>	
8 - Crianças com necessidade de saúde especiais na escola	47
<i>Cristina Coutinho</i>	
<hr/>	
9 - Referenciação na consulta de vigilância de saúde infantil	51
<i>Manuela Pereira</i>	
<hr/>	
10 - Desenvolvimento infantil	55
<i>Marina Silva</i>	
<hr/>	
11 - Segurança infantil	63
<i>Graça Aparício e Isabel Bica</i>	
<hr/>	

1. O enfermeiro especialista na equipa de cuidados paliativos pediátricos

Soraia Correia

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Núcleo Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos da ULS de Viseu Dão-Lafões

Isabel Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação
Núcleo Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos da ULS de Viseu Dão-Lafões

NOTA INTRODUTÓRIA

Os cuidados paliativos pediátricos são uma área da saúde que se dedica ao cuidado integral de crianças e adolescentes com doenças que ameaçam ou limitam a vida, bem como ao apoio às suas famílias. nesse contexto, o enfermeiro especialista desempenha um papel crucial dentro das equipas de cuidados paliativos pediátricos, atuando como um profissional capacitado para lidar com as complexidades físicas, emocionais, sociais e espirituais que envolvem o cuidado dessas crianças. O enfermeiro especialista atua como um elo essencial entre a família, a equipa multidisciplinar e outros serviços de saúde, facilitando a comunicação e garantindo que as decisões de cuidado sejam tomadas de forma informada e compartilhada.

ENQUADRAMENTO

Ao longo dos anos temos vindo a assistir a um desenvolvimento tecnológico e científico em relação aos cuidados de saúde, o que tem levado a um aumento da esperança média de vida e consequentemente a um aumento do número de crianças e adolescentes que vivem com doenças crónicas e limitadoras de vida.

A definição de cuidados paliativos pediátricos (CPP) tem modificado ao longo do tempo, considerando atualmente, uma abordagem mais holística dos cuidados à criança e à família, desde o momento do diagnóstico até depois da morte. A Organização Mundial da Saúde (OMS), define CPP como os cuidados ativos e totais ao corpo, mente e espírito da criança, envolvendo suporte à família. Os cuidados paliativos (CP) pressupõem o alívio de sintomas físicos, psicológicos e sociais à criança, com necessidade de acompanhamento por uma equipa multidisciplinar (World Health Organization [WHO], 1998).

Em Portugal estima-se que existam atualmente cerca de oito mil crianças com necessidades paliativas. Neste contexto, desde 2004, tem-se adaptado a esta realidade, com a criação do Programa Nacional de Cuidados Paliativos. Este programa, proporciona um acompanhamento adequado às pessoas que não têm opções de cura para a doença, visando garantir a maior qualidade de vida possível (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2005). A tutela portuguesa reconhece na Portaria nº 66/2018, de 6 de março, a necessidade de

implementação de Equipas Intra-Hospitalares de Suporte em Cuidados Paliativos Pediátricos (EIHSCPP), em todas as instituições hospitalares, pertencentes ao Serviço Nacional de Saúde (SNS), com Departamento de Pediatria. Estas equipas devem responder às necessidades locais, servindo particularmente de suporte e orientação para a equipa multidisciplinar no que respeita à elaboração do plano individual de cuidados adaptado a cada criança e família (Portaria n.º 66/2018 do Ministério da Saúde, 2018).

Os CP não são um simples e banal cuidado, mas sim um cuidado complexo, em que a atitude de compaixão está presente quando prestamos cuidados a pessoas em estado de doença avançada e suas famílias. Na verdade, os CP têm em consideração os elementos físicos, psicológicos, sociais e espirituais que atuam sobre a pessoa na sua totalidade (Jesus, 2019).

A prestação de cuidados às crianças com necessidades paliativas inicia-se aquando do diagnóstico de uma doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora de vida, e estende-se além da morte.

Existem inúmeras situações que necessitam de CPP. De acordo com Ferreira & Silva (2021), são identificados quatro grupos que a seguir serão apresentados:

Grupo I – Doenças potencialmente fatais, mas curáveis

Este grupo refere-se a patologias que têm um carácter potencialmente fatal, ou seja, existe tratamento, mas se o mesmo não for eficaz, poderá acarretar consequências negativas (ex.: Cancro primário ou progressivo/recidivante com mau prognóstico ou cancro com mau prognóstico, cardiopatia congénita ou adquirida grave ou falência de órgão).

Grupo II – Doenças que causam morte prematura, mas com taxa de sobrevivência elevada com tratamento

Nesta fase, há um diagnóstico de uma patologia que necessita de um tratamento longo. O principal objetivo do tratamento será prolongar o tempo de vida da criança/adolescente (ex.: Fibrose quística, distrofias musculares, imunodeficiência grave, insuficiência respiratória crónica ou grave, epidermólise bolhosa grave, infeção pelo vírus de imunodeficiência humana, insuficiência renal progressiva para a qual não se dispõe de diálise ou transplante renal, ou não tenham êxito, doença ou malformação digestiva grave, anomalias cardiovasculares ou prematuridade extrema).

Grupo III – Doenças progressivas sem cura possível

No curso de uma patologia de carácter progressivo, não existe tratamento curativo. Sendo assim, nestas condições o único tratamento viável será o paliativo (ex.: Doenças neuromusculares ou degenerativas, distúrbios metabólicos progressivos, alterações cromossómicas como a trissomia 13 ou 18, forma grave de osteogénese imperfeita, cancro avançado com metastização).

Grupo IV – Doenças irreversíveis não progressivas, que aumentam a morbidade e a probabilidade de morte prematura

Nas doenças irreversíveis não progressivas, maioritariamente as pessoas desenvolvem graus de incapacidade que impossibilitam a realização das atividades de vida diária, complicações de diversos graus de intensidade e morte prematura, em casos severos (ex.: Paralisia cerebral grave, doenças genéticas, malformações congénitas, lesões graves acidentais do sistema nervoso central ou da espinal medula, necessidades complexas de saúde com alto risco de episódios imprevisíveis potencialmente fatais).

Para cuidar de uma criança com doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora de vida é fundamental a existência de uma equipa multidisciplinar capaz de lidar com as complexidades destas doenças, de modo a adaptar e capacitar a criança/adolescente e sua família (Jesus, 2019).

Lacerda (2018), refere que atualmente existe uma necessidade crescente e emergente de formar equipas multidisciplinares e dotá-las de conhecimentos e competências para acolherem e cuidarem a criança e pais com doenças passíveis de palição.

Deste modo, surge a 6 de março 2018 a Portaria nº 66/2018, que citando a Lei de Bases dos Cuidados Paliativos nº 52/2012 de 5 de setembro, diz-nos que se deve *“promover a criação de equipas intra-hospitalares pediátricas de suporte em cuidados paliativos e reforçar o suporte em cuidados paliativos de crianças e jovens, nos três níveis de cuidados de saúde, primários, hospitalares e continuados integrados, através da articulação destas equipas com as restantes equipas locais da Rede Nacional de Cuidados Paliativos (RNCP), que prestam cuidados paliativos ao longo de todo o ciclo de vida e com a resposta pediátrica da Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), de forma a garantir uma resposta de qualidade e integrada de cuidados de saúde adaptada às necessidades da criança e da família (p.1178).”*

A presença de doença crónica complexa, limitante ou ameaçadora de vida numa criança requer uma disponibilidade emocional e psicológica elevada.

A Enfermagem está desde sempre relacionada ao conceito de *“cuidar”* com vista ao desenvolvimento de competências para o exercício profissional. A ação do enfermeiro está baseada numa forte relação interpessoal que se constrói e consolida através de uma relação de ajuda.

A prestação de cuidados a crianças/adolescentes com necessidades paliativas deve ter por base cinco pilares (Jesus, 2019):

- Controlo sintomático;
- Comunicação adequada;
- Apoio à família;
- Partilha de decisões;
- Planeamento antecipado de cuidados.

Controlo sintomático

A avaliação, a prevenção e o controlo sintomático adequado são pedras basilares para proporcionar à criança uma melhor qualidade de vida. Os sintomas não são apenas físicos,

mas também os psicológicos, sociais e espirituais. Neste sentido, os sintomas devem ser avaliados, antecipados e controlados para que a criança tenha um nível de conforto aceitável, utilizando-se técnicas farmacológicas e não farmacológicas. É também, necessário elaborar um plano de cuidados flexível, detalhado e personalizado e estar atento aos pormenores, antevendo complicações e/ou agravamento dos sintomas (Jesus, 2019).

Comunicação adequada

A comunicação é outro elemento-chave no cuidar personalizado sobre o qual as equipas de CPP devem investir. Para estabelecer uma relação são cruciais as capacidades de empatia e respeito, a base da construção de uma relação de ajuda que constitui a essência do cuidado.

Em CPP torna-se essencial desenvolver competências na área do comunicar, por forma a transmitir a informação de forma clara e objetiva, possibilitando às crianças e família aceitarem e adaptarem-se de forma mais eficaz ao plano de cuidados, com consequente aumento da qualidade dos cuidados prestados.

Comunicar é um dos pilares principais em CP, pois funciona como uma estratégia de intervenção no sofrimento e no controlo sintomático. No entanto, devemos ter sempre presente que cada criança e família são únicas, assim como a situação que cada uma vivencia (Ferreira & Silva, 2021).

Apoio à família

A família é aquela que protege, conforta e apoia incondicionalmente a criança (*Steering Committee of the EAPC [European Association for Palliative Care] task force, 2007*) e, por isso, a família deve ser incluída no processo de identificação de necessidades físicas, psicológicas, emocionais, espirituais, sociais e financeiras. Os pais devem ser reconhecidos como os principais cuidadores da criança, e devem ser considerados pela equipa prestadora de cuidados como parceiros no cuidar.

A inclusão dos pais no processo de cuidados deve acontecer desde o momento do diagnóstico e estender-se no apoio ao luto.

A situação de doença de uma criança afeta toda a estrutura familiar e quando os pais se tornam cuidadores de filhos com uma patologia fatal ou uma condição de vida limitante, estes deixam de ter tempo para si e focam-se a 100% na prestação de cuidados aos filhos. Neste sentido, é essencial que se pense no descanso do cuidador para que este reponha as energias (Jesus, 2019).

Partilha de decisões

A partilha de decisões é essencial em CPP. Assim sendo, devemos trabalhar em parceria com a família para que haja uma filosofia continuada de negociação entre o que é desejo da criança, dos pais e a visão do enfermeiro, sendo de suma importância o respeito pelas tomadas de decisões dos pais (Batalha, 2021).

Planeamento antecipado de cuidados

O planeamento antecipado de cuidados é um processo de discussões entre profissionais de saúde e criança/famílias que permite a tomada de decisão compartilhada quanto a objetivos de cuidados de saúde, atuais e/ou futuros, com base nos desejos e valores do paciente e em questões técnicas do cuidado.

Existem ainda muitas barreiras relativamente aos CPP, nomeadamente a perceção de que os CPP são cuidados exclusivos de fim de vida, baixa prevalência, distribuição geográfica, dificuldade de coordenação e comunicação, falta de formação e de recursos.

É urgente a realização de um exercício coletivo para que os CPP se tornem verdadeiramente instituídos em Portugal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em CPP é fundamental uma equipa multidisciplinar, onde profissionais de diversas áreas (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, entre outros) colaboram para oferecer um cuidado coordenado e holístico. O enfermeiro especialista, em particular, desempenha um papel central na gestão dos sintomas, no suporte emocional, na comunicação e na partilha de decisões entre a equipa, a criança e a família.

Em Portugal, ainda há um longo caminho a percorrer para garantir que os CPP estejam amplamente disponíveis em todo o país e sejam reconhecidos como parte integrante do sistema de saúde. Também é importante destacar a necessidade de uma formação especializada para os profissionais que atuam nesta área para garantir cuidados de qualidade a todas as crianças que deles necessitam.

Os cuidados paliativos pediátricos são essenciais para garantir que crianças com doenças graves recebam cuidados que respeitem sua dignidade, minimizem o sofrimento e proporcionem a melhor qualidade de vida possível, tanto para elas quanto para suas famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Batalha, L. M. C. (2021). *Cuidados paliativos pediátricos* (Manual de estudo – versão 2). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=398882&code=b628f047d802cadb73c61707d2dcb82231e8f93d>
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Programa Nacional de Cuidados Paliativos*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/planonacional-de-saude/programas-nacionais/programa-nacional-de-cuidados-paliativos.aspx>
- Ferreira, A., & Silva, T. (2021). *As vivências dos enfermeiros em cuidados paliativos pediátricos no domicílio* [Monografia final, Escola Superior de Saúde Atlântica]. Repositório Científico da Essatla. <http://hdl.handle.net/20.500.12253/1456>
- Jesus, M. (2019). *Cuidados especializados à criança em cuidados paliativos: Importância da equipa de suporte integrado pediátrico* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Universidade de Évora, Instituto Politécnico de Beja, Instituto Politécnico de

- Portalegre, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5869>
- Lacerda, A. (2018). Está aberta a porta aos cuidados paliativos pediátricos. *The Door is Open for Paediatric Palliative Care*, 49, 257–259. <https://doi.org/10.21069/APP.2018.14712>
- Lei n.º 52/2012 da Assembleia da República. (2012). *Diário da República: I Série, n.º 172*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2012/09/17200/0511905124.pdf>
- Portaria n.º 66/2018 do Ministério da Saúde. (2018). *Diário da República: I Série, n.º 46*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2018/03/04600/0117701182.pdf>
- Steering Committee of the EAPC Task Force. (2007). IMPaCCT: Standards for paediatric palliative care in Europe. *European Journal of Palliative Care*, 14(3), 109–115. <https://www.haywardpublishing.co.uk/showPDF.aspx?index=4&edit=198&st=18&nd=23&sw=&aid=1144>
- World Health Organization. (1998). *Cancer pain relief and palliative care in children*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/42001/9241545127.pdf;jsessionid=A640720DC16B06D9E6594A84D43530AE?sequence=1>

2. Acesso ao serviço de Urgência Pediátrica: reflexão...

Paula Pinto Ferreira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Enfermeira Gestora do serviço de Urgência Pediátrica da ULS de Viseu Dão-Lafões

NOTA INTRODUTÓRIA

O acesso ao serviço de urgência pediátrica em Portugal é um tema de grande relevância no contexto da saúde infantil. O aumento da procura por serviços de urgência pediátrica nas últimas décadas tem levantado preocupações sobre a capacidade de resposta do sistema, a qualidade do atendimento prestado e a adequação das infraestruturas. Além disso, a educação das famílias sobre o uso adequado das urgências e o fortalecimento dos cuidados primários são questões centrais para evitar a sobrecarga destes serviços.

Nesta reflexão, serão abordadas as principais questões relacionadas ao acesso ao serviço de urgência pediátrica em Portugal, incluindo recursos físicos e humanos, a organização dos serviços, desafios e soluções para melhorar a eficiência e a equidade no acesso a cuidados pediátricos.

ENQUADRAMENTO

A urgência hospitalar é uma porta de entrada fácil e direta no SNS em Portugal, com cerca de 6 milhões de episódios anuais, sendo que nem todos são de situações urgentes e emergentes, mas de doença aguda, doença crónica agudizada, compensação assistencial por falta de resposta na comunidade ou comodidade de profissionais e utentes, por cobertura assistencial contínua e por ser uma resposta universal e global às necessidades pontuais de saúde dos cidadãos, que funciona 24 horas por dia, 365 dias no ano.

A Urgência Pediátrica está englobada na urgência hospitalar com as devidas especificidades da sua população alvo, crianças e adolescentes dos 0 dias de vida até aos 17 anos e 364 dias, que foi regulamentada pelo Despacho n.º 10319/2014 de 11 de agosto, que determina a necessidade de:

Recursos físicos (deve funcionar em áreas específicas para o atendimento em idade pediátrica e distintas dos adultos), com:

- Área de admissão e registo;
- Área de triagem de prioridades;
- Circuitos internos definidos;
- Área de espera;
- Área de avaliação clínica;

- Sala de emergência para doentes críticos com condições para suporte avançado de vida;
- Área de ortotraumatologia;
- Área de curta permanência e observação;
- Área de informação e comunicação com familiares.

Recursos humanos, onde se incluem médicos pediatras (pelo menos dois), enfermeiros e técnicos auxiliares de saúde que devem possuir formação específica consoante a categoria profissional. Os médicos e enfermeiros em:

- Suporte Avançado de Vida (SAV) pediátrico;
- SAV em trauma;
- Ventilação e controlo hemodinâmico;
- Transporte de doente crítico;
- Comunicação e trabalho em equipa;
- Gestão de stress e conflitos.

Técnicos auxiliares de saúde em:

- Suporte Básico de Vida;
- Técnicas de trauma e imobilização;
- Comunicação e relacionamento em equipa;
- Gestão de stress e de conflitos.

Os **recursos materiais** devem ser os necessários para realizar meios complementares de diagnóstico e terapêutica, e todos os equipamentos específicos da idade pediátrica necessários à abordagem avançada da criança gravemente doente, traumatizada ou em paragem cardíaca.

Os serviços de Urgência Pediátrica têm como visão, serem serviços de referência na prestação de cuidados de saúde de elevada especialização dando resposta eficaz no atendimento da criança e do adolescente com doença aguda na área de abrangência. Como missão, prestarem cuidados de saúde de elevada qualidade e diferenciação desde a idade neonatal até à adolescência (17 anos e 364 dias), dando uma resposta eficaz e eficiente e proporcionando acessibilidade, equidade e excelência de cuidados de saúde, constituindo-se um serviço de referência na sua área de abrangência. E como valores, o profissionalismo, a transparência, a integridade, o rigor científico, a capacidade, a inovação e a ética.

Em Portugal Continental (2024) existem 37 serviços de urgência pediátrica, dos quais 29 no SNS, distribuídos por:

- Região Norte – 11
- Região Centro – 6
- Lisboa e Vale do Tejo – 8
- Alentejo – 3
- Algarve – 1

Neste momento (abril de 2024) apenas 21 a funcionar em pleno e com pausas:

- Região centro – 2 com pausas (Leiria e Viseu)
- Lisboa e Vale do Tejo – 1 com referenciação e 5 com pausas

Como forma de gestão de utentes e de acordo com o legislado (Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde, 2014), utiliza-se o sistema de Triagem de Manchester para poder discriminar de forma positiva os doentes. Estes são alocados pelos graus de prioridade de atendimento, do mais grave com cor vermelha com atendimento imediato, com cor laranja que deverá ser observado nos primeiros dez minutos, com cor amarela que deverá ser observado na primeira hora, com cor verde que deverá ser observado até às primeiras duas horas e, o menos grave, com cor azul que deverá ser observado até às quatro horas de espera. Todos os triados de cor verde e azul, os pouco urgentes e não urgentes, não deveriam recorrer ao serviço de urgência e sim, atendidos nos recursos da comunidade, no seu médico de família, mas sabe-se que estes são cerca de 40% de todos os utilizadores dos serviços de urgência.

No ano de 2023, o serviço de Urgência Pediátrica da Unidade Local de Saúde (ULS) de Viseu Dão-Lafões registou 35160 episódios de urgência, destes:

- 0,12% Emergentes (43) – cor de triagem vermelha
- 41,84% Urgentes (14712) – cor de triagem laranja e amarela

Verificando-se que, cerca de 60% dos utilizadores desta urgência pediátrica utilizaram o serviço com situações pouco urgentes ou não urgentes, que poderiam ser observados em local com menos diferenciação de recursos materiais e humanos.

A sobrelotação dos serviços de urgência é evidente, os recursos humanos são limitados, urge fazer-se uma reestruturação, que resulte no melhor uso deste serviço de saúde. Surge assim a dúvida de como o fazer, referenciada? Livre acesso e seleção no local?

Sabemos também que condicionar o acesso aos serviços de urgência gera iniquidade, e aumenta os riscos de agravamento de problemas de saúde, e até o risco de vida. O ideal seria que todos os que recorrem aos serviços de urgência pediátrica necessitassem de cuidados urgentes, sabemos, no entanto, que para os pais as necessidades dos seus filhos são sempre urgentes, por isso qualquer queixa os conduz de imediato a estes serviços, procurando uma solução imediata.

Então que soluções, que estratégias, poderão ser implementadas para mitigar esta situação, não desvalorizando por vezes o risco que há em recorrer ao serviço de urgência por contágio entre crianças.

Pensamos que prioritariamente urge aumentar a literacia dos pais e cuidadores, desde o nascimento, nas consultas de saúde infantil sobre sinais de alerta, sinais de gravidade que devem conduzir a criança/adolescente ao serviço de urgência de acordo com a idade, como também como atuar perante algumas situações de doença, como febre, otalgia, vómitos, diarreia, dor abdominal ... Sobre o uso da Linha Saúde 24 e 112, como telefonar, quando e o que dizer. Existir de igual modo forma de garantir o atendimento nas 24 horas seguintes de doentes não urgentes.

Urge criar de igual forma uma linha de saúde de atendimento pediátrico, com profissionais devidamente credenciados, para que quem liga possa obter respostas para as suas dúvidas de modo consistente e os devidos encaminhamentos.

Todos sabemos que uma urgência referenciada tem impacto positivo nos utentes/família/profissionais, pois diminui tempos de espera, insatisfação e evita situações de risco clínico relacionado com cansaço em sobrecarga laboral.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No acesso ao serviço de urgência pediátrica em Portugal destacam a importância de um sistema de saúde eficiente e equitativo que garanta a todas as crianças e adolescentes o acesso rápido e adequado a cuidados urgentes. Embora o país tenha desenvolvido uma rede de serviços de urgência pediátrica relativamente abrangente, ainda existem desafios significativos que precisam ser abordados para melhorar a qualidade e a acessibilidade desses serviços.

Entre os principais desafios estão a desigualdade no acesso, especialmente em regiões mais afastadas dos grandes centros urbanos, e a sobrecarga dos serviços de urgência, muitas vezes decorrente do uso inadequado desses recursos para casos não urgentes. Para mitigar esses problemas, é crucial investir na educação das famílias sobre quando e como utilizar os serviços de urgência, promovendo uma melhor utilização dos cuidados primários como primeira linha de atendimento.

Em suma, garantir o acesso eficaz e equitativo aos serviços de urgência pediátrica em Portugal é um compromisso que exige esforços coordenados entre profissionais de saúde, gestores e formuladores de políticas, com o objetivo de proteger a saúde e o bem-estar das crianças e adolescentes em momentos críticos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Despacho n.º 10319/2014 do Ministério da Saúde. (2014). *Diário da República: II Série, n.º 153*. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10319-2014-55606457>

Centro Hospitalar Tondela-Viseu. (n.d.). *Estatística da triagem de Manchester na urgência pediátrica em 2023*.

3. Papel parental, da teoria à prática especializada

Célia Nunes

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Serviço de Neonatologia da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

NOTA INTRODUTÓRIA

Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica desempenham um papel vital na promoção da saúde e no suporte à parentalidade. Compreender essa dinâmica é essencial para um cuidado centrado na família e um desenvolvimento saudável das crianças. No entanto, a parentalidade contemporânea tornou-se um desafio para a prática especializada em contexto de hospitalização, principalmente em situações de doença grave ou crónica. A hospitalização de uma criança exige que os pais lidem com emoções intensas, como ansiedade, medo e incerteza. Nesse cenário, os pais precisam de adaptar as suas funções parentais, não só nas necessidades de sustento/desenvolvimentais, mas também nas necessidades especiais transitórias ou crónicas.

A parentalidade, especialmente em situações de hospitalização, é influenciada por fatores sociais, culturais e históricos que moldam as expectativas e o desempenho parental. Entender esses fatores é crucial para os enfermeiros especialistas na área, permitindo uma compreensão mais abrangente, uma abordagem mais inclusiva e sensível à diversidade de experiências parentais.

ENQUADRAMENTO

Ser pai e mãe não pode estar dissociado da dinâmica social e do contexto histórico, sendo relevante considerar a influência cultural, representação social, crenças e valores para o seu entendimento (Martins, 2013).

O “ser mãe”, no século XIX, era muito diferente da atualidade, atribuíam-se à mulher todos os deveres e obrigações na criação dos filhos, limitando a função social feminina à realização da maternidade (Giddens, 1996). A mãe “perfeita e normal” devia mostrar-se paciente e dedicada, atenta a todas as necessidades do seu filho e totalmente devotada, todo o afastamento desse padrão acarretava sentimentos de culpa ou frustração (Martins, 2013).

Mais tarde, durante a revolução industrial, as mulheres começaram a entrar no mercado de trabalho em massa, alterando as perceções e expectativas em torno do papel materno.

No século XX, movimentos feministas desafiaram as normas tradicionais, promovendo a igualdade de género e expandindo as oportunidades para as mulheres além do lar. Levou a

uma evolução no conceito de maternidade, permitindo que as mulheres encontrassem um equilíbrio entre a carreira e a família (Cova, 2012).

Atualmente, a maternidade é um projeto de vida e um investimento experiencial muito diferente do que era no passado, abrange uma gama de experiências e abordagens, uma jornada pessoal e única, com muitas opções e escolhas. No entanto, o papel de reprodutora e responsável pela família perdura até aos dias de hoje, muitas ainda sentem que é fundamental ser mãe para a sua realização pessoal.

Assim como o papel materno, o papel paternal também evoluiu ao longo da história, embora de forma menos documentada e, muitas vezes, menos visível. Em muitas sociedades antigas, o papel de pai era frequentemente associado ao de provedor financeiro e autoridade na família. No entanto, ao longo do tempo, houve mudanças significativas, especialmente a partir dos movimentos de direitos civis e feministas, houve um reconhecimento crescente da importância do envolvimento paterno na vida dos filhos, levando a uma mudança nas expectativas culturais, com mais pais a assumir um papel ativo na criação dos filhos e na vida familiar.

O padrão tradicional de participação paterna, onde os pais eram, no máximo, auxiliares das esposas nos cuidados ao filho, foi dando lugar a novas ideias culturais, como a divisão de responsabilidades e a participação paterna nos cuidados infantis (Cabrera et al., 2000).

Hoje, vemos uma valorização crescente da paternidade ativa e envolvida, com os pais a tentar equilibrar responsabilidades familiares e profissionais de forma mais igualitária. Começam a participar na gravidez da mulher e a compartilhar o nascimento e as tarefas exigidas pelo recém-nascido. Muitas vezes desafiando estereótipos de género e assumindo papéis que antes eram considerados predominantemente femininos, como cuidar dos filhos.

Essa mudança de mentalidade está a contribuir para uma paternidade mais igualitária e lares mais equilibrados e saudáveis. No entanto, a transformação exigida nem sempre acompanha o ritmo das mudanças sociais, pois para superar a complexidade do processo de transição para a parentalidade exige dos pais um desenvolvimento de competências e habilidades centradas em vários domínios (Martins, 2013).

Na atualidade, o entendimento da parentalidade tem de abranger uma gama mais ampla de modelos familiares e práticas parentais. Em muitas sociedades, as expectativas de género influenciam fortemente o papel dos pais, no entanto, essas noções têm evoluído à medida que as sociedades modernas reconhecem a importância da igualdade de género na parentalidade.

O interesse pelo fenómeno da parentalidade surgiu, trazendo consigo a necessidade de integrar várias áreas do conhecimento, sendo a psicologia fundamental nesse progresso. Na segunda metade do século XX, surge interesse por questões relacionadas com a transição para a parentalidade, especialmente pelas ciências da saúde e pela sociologia. Dá-se ênfase ao conjunto de ações físicas e emocionais capazes de promover a incorporação e o desenvolvimento do novo membro da família.

Vários autores explanaram o conceito, definindo-o como o desempenho de funções de proteção, educação e integração na cultura familiar relativamente às gerações mais novas (Alarcão, 2000). Complementaridade de papéis onde há a transmissão intergeracional de regras, modelos comunicacionais e utilização de mitos, crenças e rituais familiares (Relvas,

2004). Conjunto de ações iniciadas pelas figuras parentais (pais ou substitutos) junto dos seus filhos no sentido de promoverem o seu desenvolvimento da forma mais plena possível, utilizando, para tal, os recursos de que dispõem dentro da família e, fora dela, na comunidade (Cruz, 2005).

No que se reporta à enfermagem, o conceito surge pela primeira vez em 2006, na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), definindo a parentalidade como:

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. (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2018, p. 94)

A parentalidade, nos dias de hoje, não se entende apenas como a inclusão de um recém-nascido na família. Com as transformações da sociedade, é necessário considerar a parentalidade como as condições oferecidas pela geração anterior para que uma nova geração se constitua subjetivamente em determinada época (Teperman et al., 2020).

A teoria das transições de papéis de Afaf Meleis na parentalidade

A parentalidade marca a passagem para uma nova fase do ciclo de vida familiar, envolvendo a complexidade do sistema familiar, com a conseqüente redefinição de papéis e tarefas.

A enfermagem, enquanto ciência, necessita de suporte teórico que defina conceitos e metodologias que orientem a profissão de forma estruturada, sólida e autónoma. Assim, a existência de um modelo conceptual que permita entender as transições que os indivíduos enfrentam ao longo do ciclo vital, nomeadamente a transição para a parentalidade, é crucial para o seu entendimento. Ao aplicar os princípios dessa teoria, os profissionais de saúde podem oferecer suporte mais eficaz aos pais, promovendo uma adaptação saudável e satisfatória ao novo papel parental.

Ela destaca a importância da preparação emocional, social e cognitiva dos pais durante a transição, ao explicar a natureza da transição, condições da transição e padrões de resposta face à transição, permite implementar um cuidado efetivo, ajudando a identificar os desafios e as necessidades específicas que surgem ao longo do processo de parentalidade (Meleis, 2010).

As premissas teóricas de Afaf Meleis na parentalidade, enfocam aspetos como o papel da mãe, do pai e da criança no contexto familiar, considerando dinâmicas de cuidado, desenvolvimento e interações familiares. Ela destaca a importância da adaptação dos pais às necessidades da criança em diferentes estágios de desenvolvimento e, como isso, influencia o bem-estar familiar. Esta vivência transaccional é considerada por muitos uma oportunidade de desenvolvimento, mas também é considerada um momento de crise, pelo facto de, no decurso deste processo, estar alterada a capacidade de autodeterminação dos pais, e pela necessidade de adotar respostas adaptativas a esta experiência.

Ao fazer uma análise da literatura existente, percebemos que a parentalidade é um fenómeno complexo, pois envolve uma interação dinâmica entre múltiplos fatores, como as características pessoais dos pais (género, qualidade da relação conjugal), características da criança (idade, sexo, temperamento) e fatores extrafamiliares (trabalho remunerado, suporte, contexto), que importa considerar (Cruz, 2005; Martins et al., 2017).

Há atributos relevantes que devem ser equacionados para uma melhor adaptação à transição, a consciencialização e reconhecimento da experiência de transição, o envolvimento da pessoa no processo de transição, a mudança e o significado que tem para a pessoa, assim como o espaço temporal em que decorre o processo de transição. Se a pessoa é capaz de refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente na adaptação à mudança, dominando novas aptidões e formas de viver, significa que se encontra no caminho para um novo sentido identitário (Meleis et al., 2000).

Esta teoria tem o potencial de facultar aos enfermeiros um quadro de referências consistente, capaz de ajudar a identificar estratégias e intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em transição, no caso específico, aos pais face à hospitalização da criança, minimizando o impacto desta situação na parentalidade. Desta forma, evidencia-se a intencionalidade na articulação destes conceitos teóricos com a sua aplicação prática, visando a produção de conhecimento para contribuir para a melhoria das práticas de cuidados. Assim, é importante considerar que, à medida que os pais conseguem gerir os problemas inerentes à hospitalização da criança, começam a sentir mais controlo no seu papel parental e tornam-se mais eficazes como cuidadores.

Suporte na adaptação ao exercício da parentalidade em contexto de hospitalização

O suporte adequado à parentalidade é crucial para promover o desenvolvimento saudável das crianças e o bem-estar familiar.

O suporte ao exercício da parentalidade refere-se ao apoio que os pais recebem para desempenhar eficazmente o seu papel de cuidadores. Pode incluir suporte emocional, orientação prática, recursos financeiros, apoio instrumental e emocional facultado pelos avós (de forma adequada e sensível), aspetos operacionais, como a divisão do trabalho doméstico e a prestação de cuidados ao bebé, suporte social dos amigos (um grupo não abordado de potenciais apoiantes essenciais para o cuidado centrado na família, considerados necessários para o apoio emocional, prático e social dos pais) e o suporte social formal, ministrado por profissionais de saúde na ajuda para aquisição de competências parentais.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, como cuidadores e educadores para a saúde, têm a oportunidade de ajudar os pais na adequada gestão da parentalidade, encontrando-se numa posição privilegiada. Portanto, reforçar uma intervenção de enfermagem a este nível é assumir a responsabilidade que decorre do mandato social da profissão.

Por outro lado, desempenham funções importantes na promoção da parentalidade, nomeadamente: na educação e capacitação parental; no apoio emocional, ajudando-os a lidar com preocupações e desafios relacionados com a parentalidade; na promoção da saúde infantil; e na parceria de cuidados com a família, colaborar com os pais como parceiros nos

cuidados, respeitando as crenças, cultura, valores e preferências na tomada de decisão relacionadas com a saúde infantil.

Em contexto de hospitalização, a parentalidade apresenta desafios únicos tanto para os pais quanto para os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Durante esse período, os pais podem enfrentar uma série de preocupações emocionais como ansiedade, stresse, preocupação, desesperança, confusão, raiva, choro, tristeza, frustração, insatisfação, felicidade, arrependimento, submissão, decepção, culpa, nervosismo, perturbação e falta de autocontrole. Além destes sentimentos, existiam outras preocupações, como a falta de espaços para descansar e o tempo limitado para visitar os seus filhos (Mengesha et al., 2022).

Os cuidados centrados na família e os cuidados centrados no desenvolvimento surgem como a filosofia norteadora de toda a prática clínica, cuidados prestados em parceria tendo por base o reconhecimento de que os pais são os melhores prestadores de cuidados (Casey, 1995). Ao adotar uma abordagem centrada na família, os enfermeiros podem ajudar os pais a sentirem-se mais confiantes e competentes no seu papel, promovendo, assim, um ambiente positivo para a recuperação da criança.

Conscientes disto, os enfermeiros preocupam-se cada vez mais em valorizar a família, integrar os pais no cuidado e promover o processo de aproximação e interação pais/filhos, estabelecimento/desenvolvimento da vinculação, através de um processo de parceria nos cuidados.

As diferentes abordagens e estratégias para envolver as famílias como parceiras nos cuidados e a estreita colaboração com os profissionais de saúde permite um ambiente de apoio ao desenvolvimento do recém-nascido/criança e apoio psicológico às famílias.

Contudo, o modelo biomédico ainda tem uma forte expressão, a atenção continua a estar muito presente nos parâmetros fisiológicos. Pôr em prática o modelo, caracterizar e definir o papel dos intervenientes é o grande desafio para que o cuidado centrado na família não seja apenas de mero discurso. A sua correta implementação exige reflexão, transformação e crescimento constante de atitudes por parte dos profissionais de enfermagem. Adotar estratégias facilitadoras para a obtenção de competências parentais, apoiar e envolver os pais no processo de cuidado, requer uma perceção das experiências, vivências e necessidades parentais.

Alguns estudos têm feito referência à importância da identificação das necessidades dos pais nas novas metodologias de organização de cuidados, visto que a operacionalização das práticas passa pelo reconhecimento dos progenitores do papel parental, e a participação dependerá das expectativas em relação à satisfação dessas necessidades (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Por esse motivo, os programas parentais têm sido alvo de evidência por parte dos enfermeiros, sendo a capacitação dos pais, através do *empowerment* na aquisição de capacidade e conhecimento nesta nova fase das suas vidas, um foco de interesse para a sua prática de cuidados.

Por sua vez, em meios hospitalares, muitas vezes stressantes, os enfermeiros devem encontrar maneiras de oferecer suporte eficaz, reconhecendo as preocupações e

necessidades únicas de cada família. Além disso, a comunicação eficaz com os pais é fundamental, mas pode ser dificultada por barreiras emocionais, linguísticas ou culturais.

Refletir sobre as expectativas dos pais e a forma como gostariam de receber a informação pode contribuir para repensar a prática dos enfermeiros, adequar a mesma às necessidades individuais, estando mais próximos e resultando num cuidado mais humanizado às famílias fragilizadas (Lima & Mazza, 2019).

Em relação aos profissionais de saúde, Mengesha e colaboradores (2022) indicam a existência de falta de compromisso, disciplina, cooperação e apoio. Num outro estudo, os enfermeiros mostraram um estilo de comunicação amigável, seguido por estilos informativos e autoritários (Lee et al., 2019).

A comunicação regular, a partilha de informação, estabelecimento de uma relação empática, oportunidade de contacto físico, envolvimento nos cuidados, a inclusão nas decisões e o apoio nas emoções, ajudam a aumentar a confiança dos pais (Dodge et al., 2022; Lee et al., 2019; Nazari et al., 2020; Reid et al., 2019; Tosca et al., 2020).

Em relação à filosofia de cuidados centrados na família, os pais indicam como barreiras a comunicação deficiente, baixo número de profissionais e a falta de experiência dos enfermeiros (Reid et al., 2019).

Os pais consideram como práticas facilitadoras da educação em saúde, a tecnologia digital aliada à disponibilidade dos enfermeiros para informar e explicar, bem como propiciar um ambiente empático e informal (Rosa et al., 2022).

Os pais e os enfermeiros tinham opiniões diferentes sobre as reais necessidades dos pais; portanto, os enfermeiros não devem priorizar as suas opiniões pessoais sobre as dos pais. Isso pode desperdiçar recursos disponíveis e limitados, aumentar o stress parental e adiar a sua adaptação à parentalidade (Sanjari et al., 2022). Os profissionais consideram os pais como membros iguais da equipa, devem estar conscientes do seu papel no envolvimento dos pais na tomada de decisão (Banazadeh et al., 2021; Weber et al., 2022).

Em suma, os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica enfrentam uma série de desafios ao lidar com a parentalidade em contexto de hospitalização. No entanto, ao adotar uma abordagem centrada na família, investindo em habilidades de comunicação e adaptando-se às necessidades específicas de cada família, eles podem desempenhar um papel significativo na promoção da parentalidade e no bem-estar geral da criança e da família durante esse período desafiador.

Desafios à prática especializada na parentalidade em contexto de hospitalização

Embora a formação académica forneça uma base sólida de conhecimento teórico, a aplicação desses conceitos em situações da prática clínica envolve considerações complexas e dinâmicas. Nesse contexto, os enfermeiros especialistas enfrentam obstáculos, que vão desde a compreensão das necessidades individuais das famílias até questões éticas e emocionais na prática de cuidados.

A parentalidade exige dos enfermeiros uma habilidade interpessoal de adaptação contínua, pois a evolução das dinâmicas familiares, o avanço tecnológico e as pressões sociais e económicas contribuem para um cenário em constante mudança, que exige dos

profissionais, além de uma adaptação contínua, uma abordagem holística no cuidado às famílias.

Assim, expomos como desafios aos enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica:

- Abandonar um cuidado meramente técnico e instrumental incorporando o meio relacional e o contexto social nas práticas de cuidar (Martins et al., 2017);
- Conceber planos de intervenção mais ajustados às reais necessidades dos pais (Sanjari et al., 2022);
- Proporcionar oportunidades de debate e reflexão sobre as suas necessidades, dúvidas e dificuldades (Martins et al., 2017);
- Estender os cuidados de enfermagem à família alargada, de forma a prepará-la para intervenções adequadas e contextualizadas, com vista a minorar a tensão dos pais (Martins et al., 2017);
- Dada a complexidade de influências e interações na parentalidade, os enfermeiros devem ser criativos no desenvolvimento de programas de intervenção (Oliveira et al., 2023);
- Criar grupos de pares, onde seja possível expressar sentimentos e dificuldades experienciados (Flacking et al., 2022);
- As crenças culturais devem ser tidas em consideração quando abordamos o modo como as pessoas vivenciam a adaptação à parentalidade (resultantes de processos migratórios, estado multiétnico e multicultural) (Oliveira et al., 2023);
- Criação de momentos de treino de competências parentais em sessões formativas (Toivonen et al., 2020);
- Oportunidades de aprendizagem sobre compaixão e cuidado respeitoso aos prestadores de cuidados de saúde (melhora a comunicação e o apoio entre os pais e os prestadores de cuidados de saúde) (Banazadeh et al., 2021; Mengesha et al., 2022).

O sistema de apoio no grau de envolvimento parental, na capacidade de procurar ajuda quando necessário, na confiança, na ansiedade e na qualidade da interação com a criança hospitalizada são, não só, um fator facilitador na experiência vivida como um contributo para a adaptação à parentalidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A parentalidade não pode ser interpretada apenas à luz da teoria, mas como uma experiência profundamente pessoal, com toda a complexidade da existência humana e emocional para os pais e famílias. Para um melhor entendimento, há a necessidade de integrar a teoria como uma perspetiva ampla e inclusiva e considerar os desafios únicos que a parentalidade contemporânea pode apresentar.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica desempenham um papel essencial na promoção da parentalidade na sociedade

contemporânea, eles têm a responsabilidade de criar e implementar estratégias que apoiem e fortaleçam o exercício do papel parental, seja na transição à parentalidade como na adaptação à mesma, em contexto de transição de ciclo de vida ou em processo de saúde doença.

A constante evolução da prática clínica e da investigação requer que os enfermeiros especialistas na área, estejam constantemente atualizados sobre as melhores práticas de cuidados. Superar os desafios é atuar de forma abrangente, especialmente na necessidade de maior integração entre os diferentes níveis de atenção à saúde, para garantir a continuidade do apoio parental, o envolvimento de todos os membros da família no processo de cuidado, e mais apoio e recursos para superar os desafios da prática e prestar um cuidado integral às famílias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, M. (2000). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Quarteto Editora.
- Banazadeh, M., Khanjari, S., Naddaf, A., & Oskouie, F. (2021). Healthcare professionals-related factors affecting parents' participation in decision making for neonates with life-threatening conditions: A qualitative study. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 27(4), 885–897. <https://doi.org/10.1111/jep.13492>
- Cabrera, N. J., Tamis-LeMonda, C. S., Bradley, R. H., Hofferth, S., & Lamb, M. E. (2020). Fatherhood in the twenty-first century. *Child Development*, 71(1), 127–136. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00126>
- Casey, A. (1995). Partnership nursing: Influences on involvement of informal carers. *Journal of Advanced Nursing*, 22(6), 1058–1062. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb03105.x>
- Cova, A. (2012). História da maternidade: Em que ponto estamos? In *Cadernos de História* (Traduzido por F. Cardoso & M. Amorim) (pp. 12–16). PUC Minas.
- Conselho Internacional de Enfermeiros. (2018). *CIPE: Classificação internacional para a prática de enfermagem*. https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/icnpPortuguese_translation.pdf
- Cruz, O. (2005). *Parentalidade*. Quarteto Editora.
- Dodge, A., Gibson, C., Williams, M., & Ross, K. (2022). Exploring the needs and coping strategies of New Zealand parents in the neonatal environment. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 58(6), 1060–1065. <https://doi.org/10.1111/jpc.15908>
- Flacking, R., Haslund-Thomsen, H., Jónsdóttir, R., Poropudas, S., & Axelin, A. (2022). Parents' friends and families in neonatal intensive care units: A cross-national qualitative study on staff perceptions and experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 31(21–22), 3120–3129. <https://doi.org/10.1111/jocn.16139>
- Giddens, A. (1996). *Transformações da intimidade: Sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas* (Trad. Rosa Maria Perez). Celta Editora.

- Lee, C. H., Jang, M. H., Choi, Y. S., & Shin, H. (2019). The relationship between parental stress and nurses' communication as perceived by parents of high-risk newborns. *Child Health Nursing Research*, 25(2), 184–195. <https://doi.org/10.4094/chnr.2019.25.2.184>
- Lima, V. F., & Mazza, V. A. (2019). Necessidades de informações das famílias sobre saúde/doença dos prematuros em unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto e Contexto Enfermagem*, 28, e20170474. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2017-0474>
- Martins, C. A. (2013). *A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: Uma teoria explicativa de enfermagem* (Tese de doutoramento, Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa). Repositório UL. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/9420>
- Martins, C. A., Abreu, W. J., & Figueiredo, M. C. (2017). *Transição para a parentalidade: A grounded theory na construção de uma teoria explicativa de enfermagem*. Ludomedia.
- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mengesha, E. W., Amare, D., Asfaw, L. S., Tesfa, M. B., Debela, M., & Getahun, F. A. (2022). Parental experiences in neonatal intensive care unit in Ethiopia: A phenomenological study. *Annals of Medicine*, 54(1), 121–131. <https://doi.org/10.1080/07853890.2021.2004320>
- Nazari, R., Koosha, F. M., Rezaie, S., Akbari, N., Qolizadeh, A., & Sabzi, Z. (2020). Experiences of the mothers of infants hospitalized in the neonatal intensive care unit (NICU). *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine*, 13(4), 571–579. <https://doi.org/10.3233/NPM-190205>
- Oliveira, J. M., Alvarenga, P., Paixão, C., & Sales, P. K. (2023). Systematic review of interventions with parents in the transition to parenthood. *Psicologia: Teoria e Prática*, 25(2), 1–19. <https://doi.org/10.5935/1980-6906/eptpcp14839.en>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadedpositiva_vf.pdf
- Reid, S., Bredemeyer, S., & Chiarella, M. (2019). Integrative review of parents' perspectives of the nursing role in neonatal family-centered care. *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 48(4), 408–417. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2019.05.001>
- Relvas, A. P. (2004). *O ciclo vital da família: Perspectiva sistémica* (2ª ed.). Edições Afrontamento.
- Rosa, N. R., Curado, M. A., & Henriques, M. A. (2022). Percepção dos pais sobre as práticas de educação em saúde na unidade neonatal. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 26, e20210040. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2021-0040>

- Sanjari, M., Rashtabadi, O. R., & Tirgari, B. (2022). Exploring the parents needs from the viewpoints of parents and nurses in a level III NICU in Kerman Iran: A comparative descriptive study. *Journal of Neonatal Nursing*, 29(3), 519–523. <https://doi.org/10.1016/j.jnn.2022.09.002>
- Teperman, D., Garrafa, T., & Iaconelli, V. (2020). *Parentalidade*. Autêntica Editora.
- Toivonen, M., Lehtonen, L., Löyttyniemi, E., Ahlqvist-Björkroth, S., & Axelin, A. (2020). Close collaboration with parents intervention improves family-centered care in different neonatal unit contexts: A pre-post study. *Pediatric Research*, 88(3), 421–428. <https://doi.org/10.1038/s41390-020-0934-2>
- Tosca, C. F., Rimolo, M. L., & Breigeiron, M. K. (2020). Apoio oferecido aos pais de neonatos pela equipe de enfermagem. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 20(1), 47–54. <https://doi.org/10.1590/1806-93042020000100004>
- Weber, A., Kaplan, H., Voos, K., Elder, M., Close, E., Tubbs-Cooley, H., Bakas, T., & Hall, S. (2022). Neonatal nurses' report of family-centered care resources and practices. *Advances in Neonatal Care*, 22(5), 473–483. <https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000964>

4. Vivenciar a morte e o luto em contexto pediátrico

Margarida de Carvalho

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Núcleo Intra-hospitalar de Cuidados Paliativos Pediátricos da ULS de Viseu Dão-Lafões

NOTA INTRODUTÓRIA

Vivenciar a morte e o luto em contexto pediátrico é uma experiência profundamente dolorosa e complexa, que desafia a compreensão e a resiliência de todos os envolvidos. Quando a morte atinge uma criança, a dor é sentida de forma intensa, tanto para os familiares, que enfrentam a perda inestimável de um filho, quanto para os profissionais de saúde, que precisam lidar com as suas próprias emoções.

Explorar as dimensões do luto em pediatria é fundamental para oferecer uma abordagem verdadeiramente centrada no paciente e na família, reconhecendo a complexidade emocional que acompanha a perda de uma criança. Esse processo envolve uma análise cuidadosa de vários aspetos, incluindo as necessidades emocionais das famílias, as considerações éticas envolvidas e o impacto sobre os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros.

ENQUADRAMENTO

A vivência de uma enfermeira em pediatria é repleta de momentos de alegria e realização, mas também de profunda tristeza e reflexão. A morte de uma criança é uma das situações mais desafiadoras que podemos enfrentar.

Lembro-me como se fosse hoje, a primeira vez que vivenciei essa realidade. Foi no meu primeiro ano de exercício profissional tinha eu 20 anos e estava a trabalhar no Serviço de Medicina do Hospital Pediátrico de Coimbra. O nome do pequeno grande guerreiro era Alexandre e a sua morte marcou-me profundamente. Este momento de perda ressoou em mim e fez-me compreender a importância de refletir sobre as nossas emoções e da necessidade de apoiar as famílias enlutadas da melhor forma possível.

O conceito de morte surge por oposição ao conceito de vida e acompanha o ser humano desde a sua existência, sendo uma das dicotomias mais refletidas ao longo da história e onde ainda escasseiam respostas concretas e definitivas que a essência humana constantemente procura (Medeiros & Lustosa, 2011). Para os profissionais de saúde, lidar com a morte é frequentemente visto como enfrentar a “*maior vilã*”, uma realidade contraditória ao objetivo primário de cuidar da vida (Costa & Lima, 2005). No contexto pediátrico, a morte de uma criança é particularmente dolorosa e impacta profundamente todos os envolvidos.

Os profissionais de saúde lidam com a perda de uma criança de forma muito pessoal, resultado do envolvimento emocional no cuidado. Sentimentos de fracasso, culpa e trauma podem afetar o bem-estar emocional da equipa. As famílias enfrentam uma dor inimaginável com a perda de um filho, com impactos profundos na sua estrutura e dinâmica. O apoio emocional e o acompanhamento do luto são essenciais para ajudá-los a lidar com essa tragédia. A morte de uma criança reverbera em toda a comunidade, afetando amigos, professores e outras pessoas próximas. É importante oferecer suporte e espaço para que todos possam expressar sua dor e processo de luto.

O luto pode ser definido como o processo de sentir ou expressar tristeza após a morte de um ente querido, ou durante o período durante o qual isto acontece. Envolve sentimentos de apatia e abatimento, perda de interesse pelo mundo exterior, assemelhando-se à depressão de uma forma menos persistente e não patológica (American Psychological Association, 2010).

Quando nos referimos ao processo de luto, este encontra-se intrinsecamente interligado com o modelo desenvolvido por Elisabeth Kubler-Ross, uma psiquiatra de origem Suíça, que no decorrer das suas investigações sobre a morte e o paciente em fase terminal, identificou cinco estádios para o processo de morrer que correspondem a um padrão específico de reações psicológicas que o doente e a respetiva família tendem a vivenciar à medida que a morte se aproxima (Macedo, 2004).

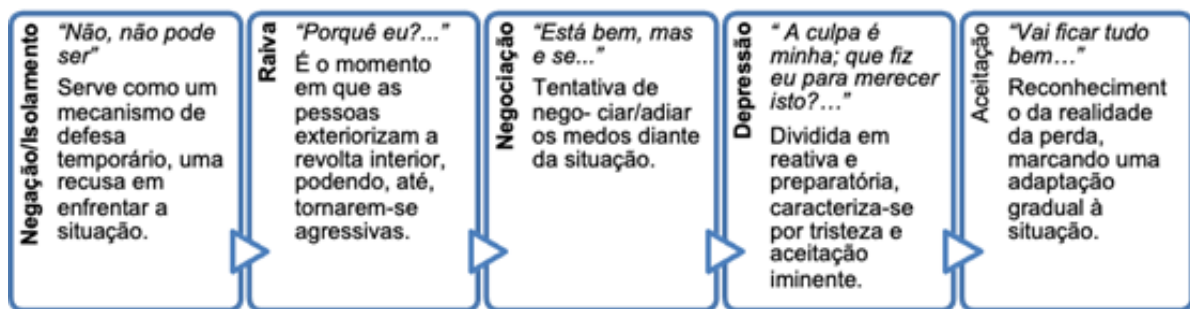


Figura 1 – Estádios das reações psicológicas vivenciadas pelo doente em fase terminal e família

Fonte: Macedo, J. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: A necessidade de uma educação para a morte* [Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/947>

Como enfermeiros, o nosso papel vai além dos cuidados clínicos. Somos responsáveis por dignificar a morte e apoiar as famílias nos processos de luto. Esta responsabilidade está claramente delineada no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018). Precisamos estar preparados para receber e cuidar destas crianças, adolescentes e suas famílias, compreendendo as suas reações e necessidades durante o processo de luto.

Compreendendo o luto parental

Numa cultura que valoriza a juventude acima de tudo, a morte de uma criança, nomeadamente de um filho, é geralmente descrita como um dos acontecimentos mais dolorosos na vida de alguém, muda tudo e para sempre. O sofrimento vivido pelos pais, independentemente da idade da criança, é dilacerante, pois vai contra a ordem natural e cronológica da vida.

O processo de luto parental é complexo e provoca sentimentos de impotência, culpa, frustração, tristeza, dor, sofrimento e angústia (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, 2012). A dor dos pais que perdem um filho é incomensurável. Quando perdem um filho, os pais sentem-se responsáveis e a sua identidade fica severamente afetada. Relatam ainda uma grande sensação de impotência, por não terem sido capazes de prevenir ou impedir a morte do filho (Gonçalves, 2014).

A morte de um filho pode não só trazer a perda da identidade dos pais, como também o sentimento de um futuro sem mais expectativas, sonhos e esperanças (Sanders, 2013). Esta dor é uma ferida profunda que muitas vezes se prolonga ao longo dos anos, podendo intensificar-se com o tempo.

Compreendendo o luto em crianças e adolescentes

A experiência de perder um irmão na infância ou na adolescência traz sempre repercussões que poderão continuar a refletir-se ao longo de sua vida. Isto advém do fato destes terem de lidar com a sua própria dor e, ao mesmo tempo, com a dor dos pais e de toda a família envolvente (Ramos, 2015).

Independentemente da idade e do nível de percepção da morte em que a criança se encontra, esta sofre uma grande perda a nível afetivo e emocional. Para além da perda do real, todo o universo da criança fica destruído em especial nos casos em que o outro era um modelo para a construção da sua personalidade (Pedro et al., 2010).

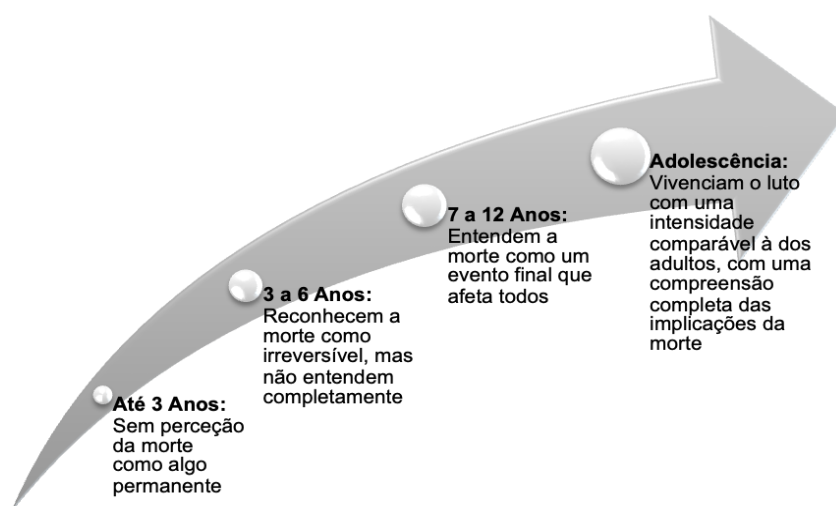


Figura 2 – Percepção da morte em função da idade da criança

Fonte: Pedro, A., Catarino, A., Ventura, D., Ferreira, F., Salsinha, H., Taborda, J., & Gameiro, F. (2010). A vivência da morte na criança e o luto na infância. *Psicologia.pt: O portal dos psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/textos/TL0226.pdf>

Perder um irmão é profundamente traumático, afetando a estabilidade emocional e o desenvolvimento da criança ou adolescente. Crianças e adolescentes vivenciam o luto de formas distintas, influenciadas pela sua idade, desenvolvimento cognitivo e social, e pela cultura em que estão inseridos.

Como profissionais de saúde, é crucial reconhecer e apoiar o luto dos irmãos, proporcionando-lhes um ambiente seguro para expressarem a sua dor e reconstruir o seu mundo emocional.

A morte de uma criança nunca é fácil de aceitar. Cada perda deixa uma marca indelével, um lembrete constante da fragilidade da vida e da força do amor.

Para cuidar eficazmente dos outros, é essencial que primeiro cuidemos de nós mesmos. Desenvolver técnicas de autocuidado e cultivar um ambiente de apoio mútuo dentro da equipa de saúde são estratégias fundamentais para processar o luto de forma saudável. Participar em formações contínuas sobre cuidados paliativos pediátricos equipa-nos melhor para enfrentar estas situações desafiadoras.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Refletir sobre a morte e o luto em pediatria não é apenas um exercício intelectual, mas uma necessidade emocional e profissional. A dor da perda é imensa, mas a nossa capacidade de empatia, compaixão e suporte podem fazer uma diferença significativa na vida das famílias enlutadas.

Este artigo é uma homenagem a todos os pequenos guerreiros que passaram pelas nossas vidas e às suas famílias, que nos ensinaram o verdadeiro significado da resiliência e do amor incondicional. Através das suas histórias, aprendi a importância de estar presente, de ouvir, de apoiar e de cuidar com todo o meu ser. É um privilégio e uma responsabilidade enorme estar ao lado destas famílias nos momentos mais difíceis das suas vidas, e é algo que faço com todo o meu coração.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychological Association. (2010). *Dicionário de psicologia*. Artmed.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2012). *Apoio às vítimas de luto*. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Costa, J., & Lima, R. (2005). Luto da equipe: Revelações dos profissionais de enfermagem sobre o cuidado à criança/adolescente no processo de morte e morrer. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 151–157. <https://doi.org/10.1590/s0104-11692005000200004>
- Gonçalves, J. (2014). *Luto parental em situações de morte inesperada: Reações à perda, estratégias de coping e percepção de qualidade de vida* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da UL. <http://hdl.handle.net/10451/18271>
- Macedo, J. (2004). *Elisabeth Kübler-Ross: A necessidade de uma educação para a morte* [Dissertação de mestrado, Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho]. Repositório UM. <https://hdl.handle.net/1822/947>

- Medeiros, J., & Lustosa, F. (2011). Reflexões sobre a morte e o luto. *Revista Humanidades*.
- Regulamento n.º 422/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Diário da República: II Série*, n.º 133. <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>
- Pedro, A., Catarino, A., Ventura, D., Ferreira, F., Salsinha, H., Taborda, J., & Gameiro, F. (2010). A vivência da morte na criança e o luto na infância. *Psicologia.pt: O portal dos psicólogos*. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/textos/TL0226.pdf>
- Ramos, V. (2015). Luto em crianças e adolescentes. *Revista de Psicologia Infantil*.
- Ramos, S. (2015). O luto fraterno durante a infância e adolescência: Revisão integrativa da literatura. *Bereavement of Children and Adolescents When a Sibling Dies: Integrative Review*, 19(2), 3–17.
- Sanders, C. (2013). *How to survive the loss of a child: Filling the emptiness and rebuilding your life*. Prima Publishing.

5. Crescer com Diabetes *Mellitus*

Elsa Almeida

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Equipa de Diabetologia Pediátrica da ULS de Viseu Dão-Lafões

“Caminha o teu caminho com coragem

Não deixes ninguém falar por ti”

William Maurício

NOTA INTRODUTÓRIA

A Diabetes Mellitus tipo1 (DM1) é uma doença crónica do metabolismo que se caracteriza por hiperglicemia crónica, em consequência do défice de secreção e/ou ação da insulina, interferindo no metabolismo dos hidratos de carbono, lípidos e proteínas. Tratando-se de uma das doenças crónicas mais comuns em idade pediátrica, condiciona toda a vida familiar e escolar da criança e/ou adolescente, tendo em conta a necessidade de administração de insulina, de uma alimentação equilibrada e da atividade física necessária ao correto autocontrolo metabólico (American Diabetes Association, 2019).

A etiologia da DM1 está ligada à destruição das células beta pancreáticas produtoras de insulina com consequente défice desta hormona. O início da DM1 é súbito e pode manifestar-se por polidipsia, polaquiúria, fadiga, perda de peso, diminuição da imunidade e visão turva (Observatório Nacional da Diabetes, 2016). Esta disfunção, está relacionada com danos orgânicos, muitos deles irreversíveis, em particular nos olhos, rins, sistema nervoso e sistema cardiovascular.

A abordagem de uma criança e/ou adolescente com DM1 deve centrar-se no adequado controlo glicémico adequado, com foco nos riscos da hipoglicémia e das consequências decorrentes, a longo prazo, da hiperglicémia, contribuindo assim para a diminuição da morbilidade associada à DM1.

ENQUADRAMENTO

A criança e/ou adolescente e a sua família são sempre o pilar central no controlo, gestão e aceitação da doença. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica tem papel primordial na equipa para que a criança e/ou adolescente e respetiva família construa todos os alicerces necessários à adequada gestão da doença. Quanto mais adequado for o suporte prestado, maior a probabilidade de aceitação e controlo da doença e, consequentemente, melhor será a qualidade de vida da criança e/ou adolescente.

Segundo a Associação Portuguesa de Nutrição (2022) são 1,1 milhões de crianças e jovens (0 - 19 anos), no mundo com diagnóstico de DM1, sendo 3,327 em Portugal. Um estudo realizado e divulgado pela Universidade de Toronto, em 2023, com o objetivo de comparar as taxas de incidência de diabetes pediátrico durante e antes da pandemia de COVID-19, concluiu que as taxas de incidência de DM1 em crianças e adolescentes foram maiores após o início da pandemia de COVID-19 do pré- pandemia (D'Souza et al., 2023).

Este estudo reforça, ainda mais, a necessidade do apoio de uma equipa multidisciplinar que auxilie na obtenção das metas do tratamento e qualidade de vida destas crianças e famílias.

Os ensinamentos acerca da glicémia, administração de insulina, alimentação e exercício físico são essenciais para o bom controlo da DM1. Mas o papel do enfermeiro vai muito além deste triângulo! Tem de lidar e gerir as emoções da família e da criança e/ou adolescente durante todo o processo (Martins & Oliveira, 2023).

“Para mim, como mãe, foi como se me tirassem o chão debaixo dos pés, um choque muito grande. Mas com o passar dos dias e as dificuldades que tivemos de ultrapassar (em muitos aspetos ainda há muita falta de conhecimento da sociedade) fazemos o possível para que a nossa filha tenha uma vida o mais normal possível, para não se sentir diferente. Quando ela me pergunta quando vai deixar o Libre ou a insulina, custa! Mas eu digo-lhe que quem gosta dela, gosta dela como ela é, inclusivamente com o seu dístico de super-heroína. Ela diz que tem um aparelho e é lindo”.

(mãe de menina de 5 anos)

A diabetes entrou sem pedir licença, sem nos dar a hipótese de perceber e aceitar a “diabetes”. Mudamos os horários, as rotinas, os maus hábitos e optamos por criar hábitos que fossem adaptados à mãe e à criança. Horas sem dormir para acompanhar as subidas e as descidas de glicémia, minutos a pesar e a contabilizar os HC dos alimentos. Como mãe foi como se tivesse um novo filho ao qual temos de dar mais atenção, como criança diabética foi tentar viver com uma nova condição de vida que nos altera o dia-a-dia. *“A diabetes é o nosso amigo invisível”.*

(mãe de adolescente de 12 anos)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A empatia enquanto competência multidimensional, permite ao enfermeiro compreender sentimentos, necessidades e perspetivas da criança/adolescente doente e famílias. É essencial para a prática profissional. O enfermeiro de Pediatria encontra-se numa situação privilegiada, no contexto da equipa multidisciplinar, para planear os cuidados que satisfaçam todas as necessidades da criança e família.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Diabetes Association. (2019). Standards of medical care in diabetes – 2019 abridged for primary care providers. *Clinical Diabetes*, 37(1), 11–34. <https://doi.org/10.2337/cd18-0105>
- Associação Portuguesa de Nutrição. (2022). *A criança e a diabetes mellitus* (E-Book Nº 64). https://www.apn.org.pt/documentos/ebooks/ebook_a_crianca_e_a_diabetes_versao_final.pdf
- D'Souza, D., Empringham, J., Pechlivanoglou, P., Uleryk, E., Cohen, E., & Shulman, R. (2023). Incidência de diabetes em crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19: Uma revisão sistemática e meta-análise. *JAMA Network Open*, 6(6), e2321281. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.2128>
- Martins, H., & Oliveira, C. (2023). Diabetes mellitus tipo 1 nas crianças e adolescentes: O desafio para além da doença. *Revista Portuguesa de Diabetes*. http://www.revportdiabetes.com/wp-content/uploads/2023/10/rpd_junho_2023_artigo_opiniao_86-89.pdf
- Observatório Nacional da Diabetes. (2016). *Diabetes: Factos e números – O ano de 2015: Relatório anual do Observatório Nacional da Diabetes*. Sociedade Portuguesa de Diabetologia. <https://www.spd.pt/images/bolsas/dfn2015.pdf>

6. Compreender a adolescência

Rute Sampaio

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Equipa de Adolescência do Serviço de Pediatria da ULS de Viseu Dão-Lafões

NOTA INTRODUTÓRIA

A adolescência tem sido encarada como uma etapa da vida da qual todos desejam sair rapidamente. Uma etapa onde acontecem transformações, mudanças, transições, crises, mas vista de uma forma problemática. O presente artigo propõe uma reflexão sobre qual o nosso papel, ou o papel da sociedade e a sua influência no desenvolvimento e construção de competências sociais, emocionais, físicas, cognitivas, comportamentais, relacionais na adolescência. Logo, o desenvolvimento de adultos que contribuem para a sociedade de uma forma negativa ou positiva.

ENQUADRAMENTO

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2024a) os adolescentes atualmente correspondem a mais de 40% da população mundial sendo um recurso importante para o desenvolvimento social, económico, cultural e que ainda não são suficientemente valorizados. Para Shyama Kuruvilla (OMS, 2024), se mais de 40% da população mundial tem menos de 24 anos, esta parte da população deve estar incluída na resposta para os desafios mundiais. O seu envolvimento na saúde e desenvolvimento é essencial. Para a United Nations Children's Fund (UNICEF, 2024) o investimento nos adolescentes proporciona o desenvolvimento de economias fortes, comunidades inclusivas e sociedades resistentes.

Quando os jovens são protegidos por políticas e programas adequados à sua idade, e lhes são dados espaços seguros para não só sobreviverem, mas realmente prosperarem, podem desenvolver resiliência que garante que se tornem adultos saudáveis e bem ajustados. Intervenções eficazes neste momento produzirão, portanto, benefícios duradouros e retornos duradouros. (OMS, 2024a)

A adolescência é um momento crucial para a construção da saúde a longo prazo. Os comportamentos de risco muitas vezes tomados durante este período poderão tornar-se hábitos para toda a vida e sem o apoio adequado resultar em consequências para a saúde e bem-estar na sua vida futura e nas gerações que se lhes seguem. Comportamentos e condições de saúde podem estar interligados. Por exemplo:

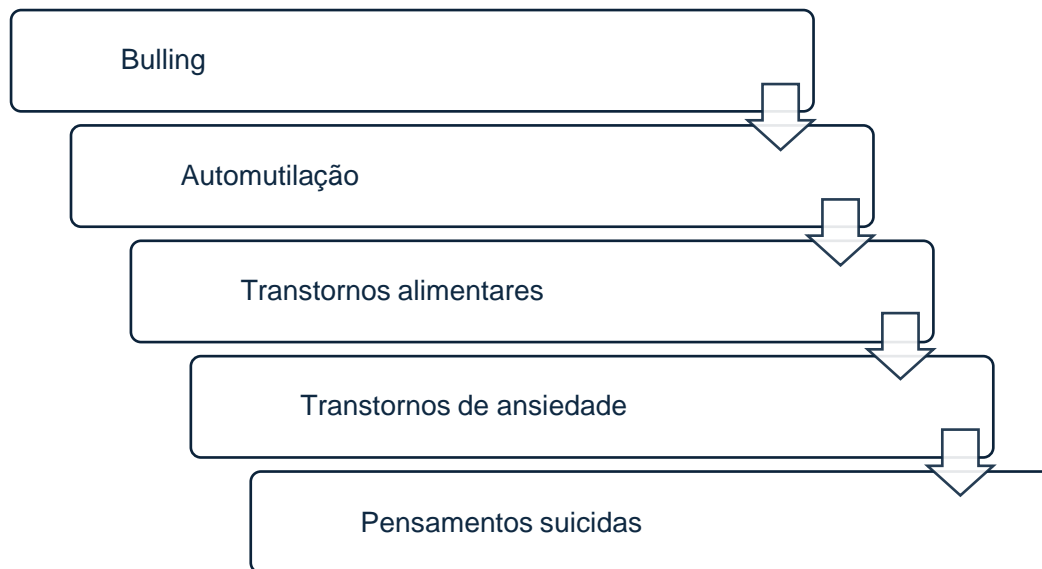


Figura 3 – Comportamento e condições de saúde do adolescente

Fonte: Adaptado de Organização Mundial da Saúde. (2024b). *Coming of age: adolescent health*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health>

Os adolescentes estão constantemente expostos a uma série de riscos para a saúde como o tabaco, o álcool, as drogas, a violência e enfrentam problemas de saúde mental como a depressão, o suicídio, a ansiedade, transtornos alimentares, dependências, que frequentemente se perpetuam na vida adulta. “Muitas destas questões estão ligadas a determinantes sociais e normas sociais mais amplas.” (OMS, 2024b). Por exemplo, a pressão para corresponder aos ideais de imagem corporal, a normalização do consumo de álcool nos meios de comunicação social, as rápidas mudanças fisiológicas e neurológicas e o desejo de explorar e experimentar podem complicar o saber gerir estas situações. São muitos os desafios que os adolescentes encontram e com os quais têm que lidar. Embora alguns adolescentes façam escolhas saudáveis, outros não o fazem. Se, por exemplo, experienciarem ambientes agressivos/violentos, é provável que deem continuidade a essa agressividade/violência em adultos (OMS, 2024b).

Um momento único, marcado por transformações biológicas, comportamentais, pela construção social e de identidade, a adolescência não deve ser encarada como um conflito de gerações (Siegel, 2021). Apesar de ser um período carregado de desafios é também um período com oportunidades para proteger a vida futura. Assim, o desenvolvimento positivo é fundamental, em particular a aprendizagem de competências sociais específicas, como por exemplo, a capacidade de relacionamento com outras pessoas, o desenvolvimento da autoestima e a aquisição de um sentido do certo e errado (OMS, 2024b). Ao passarmos a olhar para a adolescência de uma outra perspectiva, estamos a contribuir para o seu desenvolvimento de forma mais saudável e construtiva, tornando-os mais preparados para os desafios futuros (OMS, 2024b). Para Siegel (2021), o modo como é vivenciada a adolescência tem repercussões na forma como será vivenciado o resto das nossas vidas. Se seguir um percurso mais positivo, podem existir condições favoráveis não só a este período, como também para a vida adulta e a sua vivência em pleno. É uma fase repleta de oportunidades

de aprendizagem, de explosões de novas funções cerebrais, de potencial, de intensidade emocional. Muitas das nossas crenças (como, por exemplo, as de ser a idade do armário e da parvoíce) e muitos dos nossos medos, podem limitar a aprendizagem e o desenvolvimento de várias competências como as emocionais e cognitivas (Moreira, 2023).

A adolescência é compreendida para a OMS (2024b) como o período entre os 10 e os 19 anos, mas para os neurocientistas, a adolescência é considerada dos 10 aos 24 anos. Isto porque nas últimas décadas ficou conhecido que a maturação cerebral termina por volta dos 24 anos. Impulsividade, intensidade emocional, mudanças de humor difíceis de gerir, incapacidade de pensar nas repercussões dos seus atos, são algumas das experiências de vida dos adolescentes que podem ser justificadas porque as diferentes áreas cerebrais se desenvolvem em momentos diferentes (Abrams, 2022). O sistema límbico e o córtex pré-frontal são as principais áreas responsáveis por esses acontecimentos. O sistema límbico é a área cerebral mais primitiva do nosso cérebro e está próximo da amígdala, que é a estrutura que ajuda a produzir emoções (Moreira, 2023). É a área responsável pelo comportamento instintivo, pelos impulsos, emoções e agressividade. O córtex pré-frontal é a última área do cérebro a amadurecer e está associado ao aumento das conexões com outras áreas do cérebro, melhorando a capacidade de tomar decisões, de planejar, de antecipar consequências e a percepção das emoções dos outros contribuindo para uma resposta empática (Edify Education, 2024). Como o córtex pré-frontal (parte racional do cérebro) ainda está em desenvolvimento, os adolescentes vão utilizar a amígdala (parte emocional do cérebro) para resolver problemas, decidir, e, como consequência têm tendência a adotar comportamentos de maior risco. O desenvolvimento cerebral varia de pessoa para pessoa, logo vão existir diferenças na capacidade de prever riscos. A qualidade do sono e o uso excessivo de tecnologia durante a adolescência são dois fatores cruciais para o desenvolvimento saudável do córtex pré-frontal, influenciando a capacidade de avaliar riscos e empatia (Moreira, 2023).

Algumas experiências que compõem a vida de um adolescente envolvem mudanças de humor difíceis de controlar, crises de identidade, desejo de aprovação social, gosto pelo risco e aventura, incapacidade de pensar nas repercussões futuras das suas ações, vulnerabilidade, ajustes, procura contínua por uma identidade, reatividade, hipersensibilidade emocional, procura incessante por novas emoções, comportamento impulsivo. Ao tornarmos mais conscientes e compreensivos em relação aos desafios e possibilidades da adolescência, estamos mais aptos a contribuir para o desenvolvimento do seu potencial. A forma como encaramos a adolescência irá influenciar a forma como nos relacionamos com os adolescentes. Se encaramos a adolescência como uma fase negativa, complicada, essa será a nossa experiência. Ao olharmos para a adolescência de uma outra perspetiva, tendo como foco o desenvolvimento positivo, poderá ser transformador. Estaremos aptos para auxiliar e fornecer ferramentas para a aquisição de competências emocionais, cognitivas e sociais, proporcionando aos adolescentes uma vivência mais saudável e construtiva com benefícios a longo prazo para a sociedade (OMS, 2024b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Compreendendo mais acerca das transformações que ocorrem na adolescência, principalmente a nível cerebral, é possível encarar esta etapa de uma outra perspetiva,

transformando-a numa etapa potenciadora de competências a vários níveis que se vão repercutir em adolescentes, futuros adultos, com mais autoestima, resiliência, com mais capacidades e habilidades para superar desafios e ultrapassar as adversidades. A UNICEF (2024) especifica que investir em adolescentes fortalece a sua capacidade de promover os direitos humanos e construir um futuro brilhante para si próprios, a suas famílias e todos os países inteiros.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Edify Education. (2024). *Neurociência: Entenda como funciona o cérebro do adolescente*. <https://edifyeducation.com.br/blog/neurociencia-entenda-como-funciona-o-cerebro-do-adolescente/>

Siegel, D. (2021). *Cérebro do adolescente: O grande potencial, a coragem e a criatividade da mente dos 12 aos 24 anos* (nVersos, Ed.). [Review of *Cérebro do adolescente: O grande potencial, a coragem e a criatividade da mente dos 12 aos 24 anos*].

Abrams, Z. (2022, 25 de agosto). O que a neurociência nos diz sobre o cérebro adolescente. *Monitor de Psicologia*, 53(5). <https://www.apa.org/monitor/2022/07/feature-neuroscience-teen-brain>

Organização Mundial da Saúde. (2024a). *Improving the health and wellbeing of children and adolescents: Guidance on scheduled child and adolescent well-care visits*. [Review of *Improving the health and wellbeing of children and adolescents: Guidance on scheduled child and adolescent well-care visits*]. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240085336>

Organização Mundial da Saúde. (2024b). *Coming of age: Adolescent health*. <https://www.who.int/news-room/spotlight/coming-of-age-adolescent-health>

Moreira, R. B. (2023, 11 de dezembro). Desenvolvimento do córtex pré-frontal: Chave para empatia e previsão de riscos na trajetória do crescimento humano. [Review of *Desenvolvimento do córtex pré-frontal: Chave para empatia e previsão de riscos na trajetória do crescimento humano*]. <https://www.linkedin.com/pulse/desenvolvimento-do-c%C3%B3rtex-pr%C3%A9-frontal-chave-para-e-de-renato-er6wf>

UNICEF. (2024). *Adolescent development and participation: Investing in adolescents builds strong economies, inclusive communities and vibrant societies*. <https://www.unicef.org/adolescence>

7. Intervenção precoce na infância

Mónica Macedo

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI de Ílhavo - UCC Laços de Mar e Ria da ULS da Região de Aveiro

NOTA INTRODUTÓRIA

A intervenção precoce na infância (IPI) é uma abordagem fundamental e universalmente reconhecida desde a década de 60 para apoiar o desenvolvimento de crianças em idades precoces que apresentam ou estão em risco de apresentar atrasos no desenvolvimento. No cenário global, a IPI é vista como um componente essencial para garantir que todas as crianças, independentemente de sua origem socioeconômica ou condição de saúde, tenham a oportunidade de atingir seu pleno potencial.

A IPI é baseada na premissa de que os primeiros anos de vida são cruciais para o desenvolvimento humano, uma vez que é nesse período que ocorrem importantes processos de crescimento físico, cognitivo, emocional e social. A intervenção precoce visa identificar de forma rápida e eficaz qualquer necessidade especial ou atraso no desenvolvimento, oferecendo suporte personalizado e multidisciplinar que envolve áreas como saúde, educação, e serviços sociais.

ENQUADRAMENTO

O papel das experiências precoces no desenvolvimento cerebral, assim como, a influência das características do ambiente familiar e social em que as crianças estão inseridas na concretização do seu potencial, são, hoje, dados comprovados e incontornáveis. Por essa razão, a relevância da intervenção, em idades precoces, para prevenir ou atenuar problemas de desenvolvimento é indiscutível e um direito de todas as crianças.

Programas estruturados, com objetivos bem definidos, que potenciem as competências parentais e dos cuidadores como mediadores na promoção do desenvolvimento das crianças, através de uma intervenção que otimize a interação pais-criança e a ligação emocional entre eles, tendem a ter maior impacto e resultados positivos.

Os primeiros programas de Intervenção Precoce (IP) surgiram nos anos 60, nos Estados Unidos da América, na mesma linha dos que foram criados na área da educação para compensar as desigualdades sociais das crianças, que posteriormente, se estenderam às crianças com deficiência.

A integração do Modelo Ecológico-Sistémico e Bioecológico de *Bronfenbrenner* e da Perspetiva Transacional de *Sameroff* possibilitaram a mudança gradual do quadro conceptual da IP e com o contributo das teorias de *Dunst*, na década de 80, facilitaram o aparecimento do modelo de IP designado de segunda geração, em que as práticas não são focadas

exclusivamente na criança, mas se estendem à família e à comunidade. A definição de IP, na altura, foi inovadora, “forma de apoio prestada pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal, dirigida às famílias de crianças em idades precoces (...) que vai ter um impacto direto e indireto no funcionamento dos pais, da família e da criança” (Dunst & Trivette, 2005, p. 1).

Nos anos 90, surge a terceira geração de programas de IP, com práticas centradas na família e fundamentadas nos seguintes aspetos: oportunidades de aprendizagem da criança, apoio às competências dos pais e foco nos recursos da família e da comunidade. Alterando-se, também, a definição de IP, para experiências e oportunidades do dia-a-dia proporcionadas aos bebés e crianças até ao pré-escolar pelos seus pais e outros prestadores de cuidados, no contexto das atividades de aprendizagem que ocorrem naturalmente na vida das crianças e que promovem as suas aquisições e a utilização de competências comportamentais, moldando e influenciando as interações pró-sociais com pessoas e materiais (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016). Posteriormente, em 2005 a Agência Europeia para as Necessidades Especiais e a Educação Inclusiva definia o conceito de IP como o conjunto de serviços/recursos para crianças em idades precoces e suas famílias, que são disponibilizados quando solicitados pela família, num certo período da vida da criança, incluindo qualquer ação realizada quando a criança necessita de apoio especializado para: assegurar e incrementar o seu desenvolvimento pessoal, fortalecer as auto competências da família e promover a sua inclusão social. Estas ações devem ser realizadas no contexto natural das crianças, preferencialmente a nível local, com uma abordagem em equipa multidimensional orientada para a família (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016; Bairrão, 2003).

A nível europeu não existe apenas um modelo de IP e o português aparece, apenas, em meados dos anos 80. Até então, dominava um modelo médico, centrado em serviços especializados cujo foco eram os défices da criança. A intervenção era centrada na criança e as famílias recebiam somente alguns apoios financeiros e cuidados de saúde mental. Considerou-se que este sistema era inadequado, pela sua fragmentação e gerador de muito stress para as famílias e as crianças. Contudo, são de valorizar as experiências de estimulação precoce promovidas pelos Centros de Paralisia Cerebral e pelas Equipas de Orientação Domiciliária do Centro Regional da Segurança Social de Lisboa (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

A realidade internacional e a cooperação com peritos estimularam a implementação do *Programa Portage para Pais*, da Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica, e o Projeto Integrado de Intervenção Precoce de Coimbra, considerados os antecessores da IP em Portugal e que deram origem à publicação do Despacho Conjunto nº 891/99 de 19 de outubro e, posteriormente, do Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de outubro.

Apesar de não ter sido uma transição homogénea em todo o território nacional, a IP evoluiu de um serviço prestado com foco exclusivo na criança, com metodologias muito semelhantes aos utilizados pela Educação e pelas terapias com crianças mais velhas, para uma intervenção realizada por equipas transdisciplinares de base comunitária, individualizada e centrada na família, que se resume no Quadro 1 (Associação Nacional de Intervenção Precoce, 2016).

Quadro 1 – Mudança de paradigma da IP em Portugal

	Antes	Agora
População-alvo	Crianças dos 0 aos 3 anos com “deficiência”	Crianças dos 0 aos 3 anos com perturbações do desenvolvimento e/ou risco, e suas famílias
Contexto	Centros de estimulação, Centros terapêuticos, Instituições	Contextos naturais
Práticas	“Pronto-a-vestir”	“Feitas por medida”, Individualizadas
Papel dos profissionais	Peritos/decisores	Facilitadores
Papel das famílias	Recetores passivos dos serviços	Participantes ativos/decisores
Objetivos/resultados	Desenvolvimento da criança	Prevenção Desenvolvimento da criança Empoderamento/capacitação das famílias
Trabalho de equipa	Multi/interdisciplinar	Transdisciplinar (com inclusão da família)
Estrutura organizativa	Setorial Serviços fragmentados	Intersetorial Base comunitária Serviços integrados
Filosofia da IP	Centrados na criança Baseada nos “défices”	Centrado na família Baseada nas “forças”

Fonte: Adaptado de Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um Guia para Profissionais*. ANIP.

A criação do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI), em 2009, reforçou esta “nova perspetiva”, uma vez que através da atuação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Educação e da Saúde, conjuntamente com o envolvimento das famílias e da comunidade, e tem como missão garantir a IPI (Decreto-Lei nº 281/2009 do Conselho de Ministros, 2009).

Por IPI entende-se o conjunto de medidas de apoio integrado, centrado na família, que inclui ações de natureza preventiva e reabilitativa, no âmbito da educação, da saúde e da ação social. Tem como elementos fundamentais: as oportunidades de aprendizagem da criança, a apoio às competências da família e o enfoque nos recursos da família e da comunidade. Destina-se a crianças até aos seis anos de idade, com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em linha de conta o seu normal desenvolvimento (Decreto-Lei nº 281/2009 do Conselho de Ministros, 2009).

A operacionalização do SNIPI pressupõe assegurar um sistema de interação entre as famílias e as instituições de primeira linha (saúde, educação e ação social), para que todos os casos sejam devidamente identificados e sinalizados tão rapidamente quanto possível, para as Equipas Locais de Intervenção (ELI). Estas, são equipas multidisciplinares que acionam os mecanismos necessários à definição do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP), que incide sobre as necessidades da família e da criança, tendo em conta, não apenas os problemas, mas também o potencial de desenvolvimento da criança, a par das alterações a introduzir no meio ambiente para que tal potencial se possa afirmar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, a IPI tem como objetivo que a família, a comunidade e os profissionais sejam capazes de proporcionar as relações, as experiências e o apoio de que as crianças necessitam para o desenvolvimento de competências funcionais, de forma a permitir a sua participação significativa no seu ambiente e, futuramente, na sociedade. Constitui-se como um instrumento político de grande alcance na concretização do direito à participação social dessas crianças e dos jovens e adultos em que se irão tornar, uma vez que, quanto mais precocemente forem acionadas as intervenções e as políticas que afetam o crescimento e o desenvolvimento das capacidades humanas, mais capazes se tornam as pessoas de participar autonomamente na vida social e mais longe se pode ir na correção das limitações funcionais de origem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Dunst, C. J., & Trivette, C. M. (2005). Family resource programs, promotion models, and enhancement outcomes. *Practical Evaluation Reports*, 1(1), 1–5.
https://puckett.org/Practical%20Evaluation%20reports/cpereport_vol1_no1.pdf
- Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2016). *Práticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais*. ANIP.
- Bairrão, J. (2003). Tendências atuais em investigação precoce. *Psicologia*, 17(1), 7–13.
<https://revista.appsicologia.org/index.php/rpsicologia/article/view/435/205>
- Decreto-Lei n.º 281/2009 do Conselho de Ministros. (2009). *Diário da República: I Série, n.º 193*. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf>
- Despacho Conjunto n.º 891/99 do Ministério da Educação. (1999). *Diário da República: II Série, n.º 244*.
<https://files.diariodarepublica.pt/gratuitos/2s/1999/10/2S244A0000S00.pdf>

8. Crianças com necessidade de saúde especiais na escola

Cristina Coutinho

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
UCC Vila Real 1 da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

NOTA INTRODUTÓRIA

A atuação em saúde escolar tem por base o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE) o qual visa “contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens” (Amann et.al, 2015, p. 20). Este referencial preconiza ainda que “todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar”.

A intervenção ao nível da saúde de crianças e jovens com necessidades de saúde especiais enquadra-se no Eixo 3 do PNSE, eixo estratégico das condições de saúde, na área de intervenção das necessidades de saúde especiais (NSE).

ENQUADRAMENTO

O ciclo de vida escolar das crianças e jovens inicia-se desde a entrada das crianças no jardim-de-infância no ensino pré-escolar, até ao ensino secundário, e, neste período, a saúde escolar assume um papel preponderante na gestão dos determinantes em saúde, contribuindo para a obtenção de ganhos em saúde através da promoção de contextos escolares favoráveis à saúde e através da promoção da inclusão das crianças e jovens com NSE, colaborando com os encarregados de educação e com a equipa multidisciplinar da escola (Viana et. al, 2023).

De acordo com o PNSE, a contribuição para uma resposta adequada às NSE, mais do que um desígnio da saúde escolar, é um movimento em prol dos direitos da criança, da aceitação da diferença, da promoção de atitudes de respeito, do reconhecimento do valor e do mérito pessoal (Amann et. al, 2015).

As NSE são definidas como “as que resultam de problemas de saúde com impacto na funcionalidade e necessidade de intervenção em meio escolar, como sejam, irregularidade ou necessidade de condições especiais na frequência escolar e impacto negativo no processo de aprendizagem ou no desenvolvimento individual” (Amann et. al, 2015) de cada criança ou jovem.

A intervenção em saúde escolar reveste-se de um carácter fundamental no que respeita à inclusão das crianças e jovens com NSE, pois cada uma requer uma intervenção individualizada e específica tendo em consideração quer a sua condição de saúde quer o seu perfil de funcionalidade.

Importa conhecer as alterações das funções ou estruturas do corpo (doença crónica, deficiência, perturbações do desenvolvimento, perturbações emocionais e do comportamento) que têm impacto no desempenho escolar e identificar e remover as barreiras sejam elas de aprendizagem, atitudes, comunicação, relacionais, autonomia, espaço físico e meio socioeconómico (Oliveira et. al, 2023).

Neste sentido, o processo de referenciação à equipa de saúde escolar deve ser um processo facilitador do acesso aos cuidados de saúde, de modo a beneficiar a saúde das crianças e jovens com NSE, enquanto permanecem em estabelecimentos de educação e ensino.

A referenciação é um processo que se baseia na transmissão de informação formal à equipa de saúde escolar, das necessidades de saúde de crianças e jovens, que necessitem de intervenção no contexto escolar. Pode ter diferentes proveniências: serviços de saúde, família ou encarregado de educação, escola, equipas locais de intervenção precoce, serviços da comunidade e da rede social (Oliveira et. al, 2023).

A referenciação interna (nos Cuidados de Saúde Primários) para a equipa de saúde escolar pode ser efetuada através dos sistemas de informação em uso na instituição (aplicativo informático, como o SClínico). Para os outros referenciadores, o que se preconiza é que a referenciação seja efetuada através de um documento modelo, em papel, específico para a referenciação em saúde escolar. Atualmente, e com as aplicações informáticas em vigor, é possível estabelecerem-se outros métodos de referenciação, nomeadamente através de formulários online. Embora na prática se torne vantajoso este processo, até porque nos alinhámos com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável estabelecidos pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 2015, contribuindo para o objetivo 11, tornar as cidades e comunidades inclusivas, seguras, resilientes e sustentáveis, combatendo o desperdício de papel, este tipo de referenciação conduz-nos também a outras questões éticas.

Contudo, após a receção da referenciação na equipa de saúde escolar, estabelece-se o primeiro contacto com o encarregado de educação através de um atendimento telefónico qualificado. É apresentado o serviço, esclarecido o tipo de serviço prestado pela equipa de saúde escolar, partilhada e clarificada a informação referente à referenciação, procurando ir de encontro às expectativas e preocupações da criança e da família.

Procede-se posteriormente ao agendamento de uma consulta presencial, na Unidade Funcional ou na escola para efetuar a avaliação da criança ou jovem com NSE. Nesta consulta de enfermagem podemos recorrer a instrumentos de avaliação do desenvolvimento infantil, como a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada, a *Schedule of Grown Skills II*, *Griffiths* ou outras. A observação crítica da criança, a entrevista com os pais/ encarregado de educação e/ou professores da criança ou jovem e a análise de relatórios elaborados por outros profissionais que acompanham a criança, revestem-se de especial importância, pois só assim se procede à avaliação adequada das reais necessidades de saúde da criança ou jovem (Oliveira et. al, 2023).

Contudo, a avaliação da criança ou jovem com NSE deve também compreender a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004) pois esta ferramenta permite avaliar a criança e o jovem de forma neutra em relação à etiologia da doença que possa ter, propondo uma abordagem centrada nos determinantes da saúde ou fatores de risco. Esta classificação pretende proporcionar uma linguagem unificada e

padronizada, bem como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. Em 2007 a OMS publica a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Crianças e jovens com o intuito de se descrever melhor aspetos relacionados com o crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens. Esta classificação apresenta como domínios as funções corporais, as características anatómicas, as atividades e participação.

A avaliação do perfil de funcionalidade deve ser multidisciplinar e o qualificador deve resultar de um consenso, considerando o que é o desempenho da criança e jovem da mesma faixa etária, na execução de uma tarefa ou participação. Neste âmbito são avaliados os domínios: ouvir; ver; comunicar; andar e deslocar-se; adquirir e aplicar o conhecimento; realizar tarefas diárias comuns para a sua faixa etária; cuidar de si próprio de forma apropriada à sua faixa etária; interagir e estabelecer relacionamentos interpessoais de forma apropriada à sua faixa etária e cuidar da própria saúde (Amann et. al, 2015).

São ainda de considerar nesta avaliação os fatores ambientais que podem ser facilitadores (os que influenciam positivamente a realização das atividades escolares) ou barreira (os que impedem ou limitam a participação na vida escolar prejudicando a aprendizagem). Estes fatores ambientais encontram-se agrupados em cinco domínios: produtos e tecnologias; ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo Homem; apoio e relacionamentos; atitudes; serviços, sistemas e políticas (Oliveira et. al, 2023).

Posto isto, e de acordo com o mesmo autor, o resultado da avaliação da criança ou jovem com NSE determinará a necessidade de intervenção em saúde escolar, iniciando-se pela elaboração do Plano de Saúde Individual (PSI), identificando as medidas de saúde a implementar para melhorar o desempenho escolar da criança ou jovem com NSE. Neste documento identificam-se ainda os responsáveis pela execução ou implementação das medidas de saúde, quando e onde devem estas medidas de saúde ser implementadas. A monitorização ou acompanhamento do PSI deve ser efetuado por todos os intervenientes no processo, desde a equipa de saúde escolar, aos pais/encarregados de educação, profissionais da educação ou outros, procedendo à sua revisão sempre que necessário. Estipula-se também a data de avaliação inicial e de futuras reavaliações do PSI.

A capacitação da comunidade escolar surge na sequência da elaboração e implementação do PSI, com o intuito de empoderar a comunidade educativa. A capacitação revela-se assim como um dos pilares fundamentais na intervenção das equipas de saúde escolar, de forma a permitir a operacionalização das intervenções planeadas no PSI da criança ou jovem com NSE. Deste modo, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica visa a continuidade do processo de prestação de cuidados de Enfermagem, com vista ao apoio na inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais (OE, 2023).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da criança ou jovem com NSE, após a referenciação para a equipa de saúde escolar, seguido da elaboração e implementação do PSI revestem-se de especial importância, não descurando a capacitação da comunidade educativa no que respeita a esta área de intervenção como o são as necessidades de saúde especiais.

Considerando que todas as crianças e jovens tem direito à saúde na escola, a intervenção das equipas de saúde escolar no âmbito das NSE é primordial pois a sua atuação pode determinar o sucesso das aprendizagens escolares das crianças e jovens.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amann, V., Paixão, G., Monteiro, H., & Leal, P. (2015). *Programa Nacional Saúde Escolar 2015*.
- Organização Mundial da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (Direção-Geral da Saúde, Trad.). Direção-Geral da Saúde.
- Oliveira, L., Barbosa, C., Machado, C., Machado, N., Galvão, D., Pereira, L., & Vilelas, J. (2023). *Guia orientador de boas práticas: A criança e o jovem com necessidades de saúde especiais em contexto escolar*. Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemmeioescolar_v5n.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Guias orientadores de boas práticas: A criança e o jovem com necessidades de saúde especiais em contexto escolar*.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/31169/gobp_nseemmeioescolar_v5n.pdf
- Viana, A. M., Reinho, C., Carvalho, F., & Nogueira, J. (2023). Saúde, escola e inclusão de crianças e jovens com necessidades especiais. In T. Martins & E. Borges (Coords.), *Saúde escolar – Intervenções de promoção da saúde* (pp. 43–52). Lidel – Edições Técnicas.

9. Referenciação na consulta de vigilância de saúde infantil

Manuela Pereira

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
USF Alves Martins da ULS de Viseu Dão-Lafões

NOTA INTRODUTÓRIA

A Criança é um ser em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social. O seu crescimento exprime-se por comportamentos e reações que resultam da dinâmica entre fatores bio anatómicos, psicológicos e sociais.

Assim, todas as crianças são expostas a diferentes riscos e oportunidades de desenvolvimento, relacionados com a sua saúde física/mental e, também, com o ambiente sociocultural em que nascem e crescem (OE, 2010).

Avaliar o desenvolvimento, detetar precocemente quaisquer perturbações e suas implicações na qualidade de vida, educação e integração social da criança, constituem objetivos da vigilância de Saúde Infantil e Juvenil.

ENQUADRAMENTO

O desenvolvimento psicomotor é um processo dinâmico e contínuo, sendo constante a ordem de aparecimento das diferentes funções. Contudo, em cada criança difere a velocidade de passagem de um estágio a outro e, conseqüentemente, a idade de aparecimento de novas aquisições (Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], 2013).

Avaliação do desenvolvimento infantil

A avaliação rigorosa e completa do desenvolvimento permite ter um conhecimento aproximado do potencial de desenvolvimento de uma criança. Para a adequada avaliação, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança (OE, 2010).

Objetivos da Avaliação do Desenvolvimento Infantil:

- Identificar precocemente as perturbações psicomotoras;
- Adequar as intervenções necessárias à promoção do desenvolvimento da criança.

A existência de fatores de risco, a suspeita de qualquer problema por parte dos pais, familiares ou professores e a observação clínica em exames periódicos ou oportunistas, no

contexto da vigilância de saúde, estão habitualmente, na origem do diagnóstico de perturbações do desenvolvimento psicomotor.

Avaliação do Desenvolvimento na Consulta de Vigilância de Saúde Infantil

1. História clínica da criança - Patologias anteriores ou atuais, consumo de medicação, etc.
2. Observação clínica (Experiência) - Observação crítica da criança - elemento básico e indispensável para uma boa avaliação e um diagnóstico bem fundamentado. O profissional de saúde pode avaliar adequadamente o desenvolvimento da criança através de uma observação crítica, desde o momento em que esta entra na sala de consulta, até que sai e, muito particularmente, durante a conversa com os pais/cuidadores. Esta observação deve ser feita de forma discreta, dando à criança a oportunidade para revelar as suas capacidades e habilidades; Teste de Avaliação do Desenvolvimento - simples e breve, desenhado para identificar “problemas específicos em idades chave”.
3. Preocupações dos pais/cuidadores - Os pais, familiares e educadores acompanham a criança durante muito mais tempo do que os profissionais de saúde. Além disso, convivem com ela num meio onde a mesma se expressa sem reservas; A duração e ambiente da consulta e a atitude do profissional deverão proporcionar aos pais confiança suficiente para se exprimirem sem receio e transmitirem as suas dúvidas.
4. Fatores de risco ou proteção - Condições biológicas, psicoafectivas ou ambientais.

Testes de Avaliação do Desenvolvimento Psicomotor

Servem como “padrão de referência da normalidade” porque permitem um melhor conhecimento dos parâmetros normais do desenvolvimento, e dos seus limites, e o rastreio de atrasos de ritmo ou incapacidades em “idades chave”.

Abrangem grupos etários em que as modificações e as aquisições são mais numerosas e mais rápidas.

A sua aplicação é uma oportunidade para “motivar e encorajar os pais a levantarem questões e a participarem na promoção do desenvolvimento dos seus filhos”.

“...o enfermeiro deverá ter a capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível e de partilha, bidirecional, sabendo ouvir e atribuir a importância devida...” aos conhecimentos e experiência dos pais (OE, 2010, p. 72) e, sobretudo, às suas preocupações. No entanto, há que ter em conta que a ausência de qualquer preocupação específica manifestada pelos pais, não é, por si só, fator preditivo de desenvolvimento normal (PNSIJ, 2013).

Em Cuidados de Saúde Primários (CSP) é utilizada a Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* Modificada (Sharma & Cockerill, 2008):

- Permite a avaliação de quatro áreas do desenvolvimento: Postura e Motricidade Global, Visão e Motricidade Fina, Audição e Linguagem, Comportamento e Adaptação Social;
- Aplica-se em crianças até aos cinco anos de idade;

- Em cada uma das áreas do desenvolvimento, permite identificar se a criança apresenta ou não as competências esperadas para a idade e identificar os sinais de alarme.

Promoção do desenvolvimento infantil

O Enfermeiro de Família, pela sua responsabilidade na prestação de cuidados de enfermagem globais a famílias, em todas as fases da vida e em todos os contextos da comunidade, tem um papel privilegiado na promoção do desenvolvimento da criança.

O Enfermeiro pode “intervir no controlo do impacto dos fatores de risco, na prevenção primária, no diagnóstico e terapêutica precoces e no acompanhamento adequado da criança com perturbações do desenvolvimento, bem como da sua família” (PNSIJ, 2013, p. 58).

Papel do Enfermeiro na Promoção do Desenvolvimento Infantil:

Reconhecimento e capacitação dos pais/outros adultos de referência enquanto primeiros prestadores de cuidados à criança - avaliar a dinâmica familiar e a rede de suporte sociofamiliar (visitação domiciliária) e facultar aos pais/cuidadores os conhecimentos necessários (cuidados antecipatórios; atividades promotoras do desenvolvimento) à promoção e proteção dos direitos da criança e ao exercício da parentalidade;

Incentivo/reforço das competências da criança/parentalidade;

Referenciação a outros serviços/níveis de cuidados - identificar fatores de risco ou alterações do “desenvolvimento normal”;

Cooperação na abordagem multiprofissional à criança e família - partilhar informação e agilizar recursos;

Apoio continuado às crianças com doença crónica/deficiência e suas famílias - assegurar a continuidade de cuidados.

Referenciação: SNIPI

São aspetos prioritários na Promoção do Desenvolvimento Infantil, a deteção e o apoio às crianças que apresentam necessidades especiais. Nos CSP, estes aspetos são conseguidos através da referenciação ao SNIPI, nomeadamente às ELI.

Esta referenciação representa a articulação entre a Equipa de Saúde Familiar, o binómio criança/família e a ELI, e permite intervir de modo a prevenir, ou reduzir, os riscos de atraso no desenvolvimento da criança e, conseqüentemente, assegurar a proteção dos seus direitos e o desenvolvimento das suas capacidades.

Princípios para promover o desenvolvimento da criança:

- Todas as crianças têm o direito a um desenvolvimento equilibrado e adequado.
- As crianças seguem padrões previsíveis, mas não lineares ou continuados.
- Cada criança é única e tem o seu próprio ritmo.
- O desenvolvimento infantil é multidimensional.

- Existem fatores que influenciam o desenvolvimento infantil (biológicos, psicológicos, ambientais, hereditários e sociais).
- As relações emocionais afetivas constituem a base primária para o desenvolvimento intelectual e social.
- Os enfermeiros devem potenciar a relação pais/filho (ou pessoa significativa/criança), numa atitude empática, flexível e não prescritiva.
- A avaliação do desenvolvimento pressupõe a utilização de instrumentos de avaliação.
- Os enfermeiros têm a responsabilidade de se articular com outros profissionais de saúde para a avaliação e promoção do desenvolvimento infantil.
- Reconhecer o brincar como atividade basilar do desenvolvimento infantil (OE, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, promover o desenvolvimento infantil requer uma abordagem abrangente que respeite a singularidade de cada criança e reconheça a importância das relações afetivas, do ambiente, e dos fatores biológicos e sociais. Os Enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica desempenham um papel crucial nesse processo, ao colaborar, apoiar e fortalecer a relação entre a criança e os seus pais ou cuidadores assim como, em situações de intervenção precoce, ao realizar avaliações detalhadas para detetar sinais precoces de atrasos ou distúrbios no desenvolvimento, o que permite a implementação de intervenções direcionadas o mais cedo possível.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 10/2013 de 31 de maio de 2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). *Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Volume I*. Cadernos OE, Série I, Número 3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf
- Sharma, A., & Cockerill, H. (2008). *From birth to five years: Children's developmental progress* (3ª ed.). Routledge.

10. Desenvolvimento infantil

Marina Silva

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
Consulta de Pediatria da ULS de Trás-os-Montes e Alto Douro

NOTA INTRODUTÓRIA

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde infantil e Pediátrica desempenha um papel relevante na consulta de desenvolvimento infantil, atuando como um elemento-chave na promoção da saúde e no acompanhamento contínuo do crescimento e desenvolvimento da criança. Através de avaliações sistemáticas e de uma compreensão profunda dos padrões normativos de desenvolvimento, o enfermeiro especialista é capaz de identificar alterações que possam comprometer o futuro da criança, contribuindo para a saúde integral da mesma e das suas famílias.

ENQUADRAMENTO

O desenvolvimento infantil tem vindo a despertar nos profissionais de saúde, nos educadores, nos pais e na população em geral uma preocupação crescente. Este facto pode ser constatado através do novo enfoque dado pela DGS no que diz respeito às questões relacionadas com o desenvolvimento infantil, com as perturbações emocionais e comportamentais, e com os maus-tratos na infância.

O desenvolvimento infantil é um processo contínuo de mudança, que segue uma sequência própria de acontecimentos, assente nas aquisições anteriores, através do qual a criança aprende a dominar níveis sucessivamente mais complexos, de ação, pensamento, emoção e de interação com os outros (Lima, 2021).

A ordem de aparecimento das diferentes funções é constante, contudo, a velocidade de passagem de um estágio para outro, varia de criança para criança e o aparecimento de novas aquisições também difere. Ou seja, cada criança tem o seu próprio ritmo de desenvolvimento e nem todas chegam com a mesma idade ao mesmo estágio. Este diz-se um processo sequencial e interrelacionado, por exemplo o desenvolvimento da linguagem afeta as competências sociais e vice-versa (Antunes, 2021).

A criança é então um ser em constante desenvolvimento, quer a nível motor, cognitivo, emocional e social, que ao longo do seu crescimento e desenvolvimento vai passando por alterações psicomotoras e comportamentais desde a conceção até ser adulto. O desenvolvimento de cada criança na aquisição de competências depende da influência de diversos fatores, tais como fatores biológicos (genética), emocionais, ambientais e sociais (o estímulo emocional e /ou social).

O principal objetivo no desenvolvimento infantil é permitir à criança alcançar autonomia e tornar-se um adulto o mais autónomo e independente possível.

O neurodesenvolvimento é a área que estuda o desenvolvimento da criança e do jovem, procurando não apenas fazer a vigilância do desenvolvimento físico, mas também a nível, cognitivo, emocional e social, comportamental, estabelecer o diagnóstico das suas perturbações e orientar/encaminhar para a intervenção mais adequada.

De uma forma geral, pode-se dizer que ao longo do seu desenvolvimento a criança vai adquirindo competências, através das quais ela vai interagir com o meio que a rodeia, numa perspetiva dinâmica tendo em conta a idade, o grau de maturação, os fatores biológicos intrínsecos e os estímulos provenientes do meio ambiente.

Abrange um conjunto de diferentes áreas, tais como: sensoriais (audição e visão), motoras (motricidade grosseira e fina), cognitivas (cognição verbal, não verbal, e funções executivas), comunicativas (comunicação, linguagem e fala), funcionais (autonomia), sociais (socialização e comunicação social), académicas (leitura, escrita e cálculo), comportamentais e emocionais.

O preconizado pela DGS (2013) é que, na Saúde Infantil, existam três níveis de acompanhamento: Vigilância e monitorização, rastreio e avaliação e diagnóstico.

No que diz respeito à vigilância e monitorização do desenvolvimento infantil, e de acordo com a Academia Americana de Pediatria, esta consiste num “processo flexível, longitudinal, contínuo e acumulativo, através do qual os profissionais de saúde podem reconhecer crianças em risco para perturbações do neurodesenvolvimento através da utilização de diversos instrumentos de trabalho, de diversas fontes (Lima, 2021).

A DGS recomenda essa monitorização e vigilância em idades chave:

Quadro 2 – Idades recomendadas na vigilância de saúde infantil

Primeiro ano de vida	1 – 3 anos	4 – 9 anos	10 – 18 anos
1ª semana	12 meses	4 anos	10 anos
1 mês	15 meses	5 anos (EGS)	12/13 anos (EGS)
2 meses	18 meses	6/7 anos	15 – 18 anos
4 meses	2 anos	8 anos	
6 meses	3 anos		
9 meses			

Fonte: DGS (2013). Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 10/2013 de 31 de maio de 2013 - Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Contudo, a DGS também considera que estas idades não devem ser percecionadas de uma forma rígida, ou seja, defende que se por algum motivo a criança recorrer à Unidade

de Saúde pouco antes ou pouco depois da idade chave, desde que a situação clínica o permita, deve ser realizada esta monitorização/vigilância (DGS, 2013).

No que diz respeito ao rastreio, este baseia-se na utilização sistematizada de um instrumento padronizado com o intuito de identificar crianças que podem apresentar perturbações do neurodesenvolvimento.

A Associação Americana de Pediatria recomenda a realização do rastreio do neurodesenvolvimento em etapas específicas:

- Crianças sem fatores de risco – aos 9, 18 e 24 meses;
- Em crianças com fatores de risco - em todas as consultas de vigilância.

Quanto à realização do rastreio de perturbações do espectro do autismo, a recomendação é de que seja feito aos 18 e aos 30 meses.

No que se refere à avaliação e diagnóstico, esta etapa está dirigida a todas as crianças com suspeita ou rastreios positivos para perturbações do neurodesenvolvimento.

É um processo complexo cujo objetivo é identificar, caracterizar, e diagnosticar perturbações do neurodesenvolvimento.

É realizada através da observação clínica, da aplicação de instrumentos formais de avaliação em diversas áreas (Psicologia, Terapia da Fala, Psicomotricidade...) e da realização de exames complementares de diagnóstico (Lima, 2021).

A consulta de desenvolvimento da Unidade de Vila Real da Unidade Local de Saúde de Trás-os-Montes e Alto Douro (ULSTMAD) está vocacionada para o diagnóstico, avaliação e intervenção em crianças com perturbações do desenvolvimento (atrasos de desenvolvimento psicomotor, perturbações do desenvolvimento intelectual, perturbação de défice de atenção / hiperatividade, perturbações do espectro autismo, atrasos na linguagem, perturbações específicas da aprendizagem, perturbações do comportamento, entre outras), ou com risco de as vir a manifestar, como crianças com doenças crónicas, com alterações cromossómicas ou grandes prematuros.

Os principais objetivos desta consulta são: avaliar o desenvolvimento psicomotor, proceder à investigação etiológica, identificar comorbilidades, orientar o seguimento multidisciplinar e a intervenção terapêutica e educacional da criança/adolescente e família e contribuir para a prevenção de défices sensoriais, cognitivos e motores das crianças em risco elevado de atraso do desenvolvimento psicomotor.

É realizado trabalho em parceria com entidades na comunidade, tais como cuidados de saúde primários, escolas, creches, infantários, centros de acolhimento temporários, equipa local de intervenção do Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, fornecendo informação clínica indispensável e orientação da intervenção terapêutica e pedagógica. Existe também uma colaboração ativa com os Núcleos de Supervisão Técnica do SNIPI.

Todas as crianças e adolescentes da área de influência do ULSTMAD, podem ser referenciadas para esta consulta através dos Cuidados de Saúde Primários, Serviço de Urgência, Internamento (Obstetrícia/Berçário, Neonatologia, Pediatria), Consulta Externa ou de outros hospitais. Os critérios de referência são:

- Suspeita de atraso do desenvolvimento psicomotor ou crianças com risco de vir a desenvolver;
- Perturbações do desenvolvimento psicomotor – défices motores, cognitivos, perturbações sensoriais, da comunicação, comportamentais e da aprendizagem escolar;
- Patologias com elevado risco de alterações no desenvolvimento psicomotor – anomalias cromossómicas, malformações congénitas, exposição pré-natal a agentes teratogénicos.

A equipa da Unidade de Vila Real é multidisciplinar (médicos, enfermeiros e educadora) e atua sempre em colaboração com outras especialidades, sendo que as principais são: a pedopsiquiatria, a fisioterapia, otorrinolaringologia (ORL), a genética, a neurologia e a oftalmologia.

No que diz respeito à pedopsiquiatria, faz-se a consulta conjunta com pedopsiquiatra, pediatra e psicóloga. Nesta consulta os pedidos de colaboração para avaliação de crianças em idade pré-escolar tem atendimento prioritário, pela importância que essa avaliação tem para a tomada de decisão no que diz respeito ao ingresso no 1º ciclo.

A consulta de alterações de comportamento é também uma consulta conjunta com pediatria e psiquiatria da infância e da adolescência e está direcionada para todas as crianças com alterações no comportamento, nomeadamente, hiperatividade, défice de atenção, comportamento opositivo, entre outras.

Quanto à colaboração da psicologia é realizada por uma equipa de psicólogos da pedopsiquiatria, sendo que estes realizam a avaliação do desenvolvimento psicomotor através da aplicação de testes psicométricos (como por exemplo a Griffiths).

A colaboração da fisioterapia promove a avaliação e orientação para terapias.

No que diz respeito à colaboração de ORL, na consulta de rastreio auditivo, as crianças com menos de três anos tem atendimento prioritário.

A consulta de genética para estudo genético bem como para orientação do casal em termos de natalidade futura.

É também realizada a orientação das crianças que necessitam de intervenção do SNIPI.

Após a realização de um levantamento sobre a casuística dos últimos 5 anos, relativos à Consulta de Desenvolvimento e de Alterações do Comportamento da Unidade de Vila Real da ULSTMAD, pode-se verificar que se tem sentido um aumento exponencial no que diz respeito ao número de consultas.



Figura 4 – Casuística do número de consultas de desenvolvimento da ULSTMAD – Unidade de Vila Real

Fonte: Serviço de Pediatria da ULSTMAD

Analisando mais detalhadamente, houve uma pequena diminuição em 2020, mas que provavelmente se deve ao estado pandémico que todos vivemos por causa da Covid 19. Este foi o ano em que se surgiram os primeiros casos em Portugal e em que ficamos todos em casa em isolamento durante bastante tempo, tendo o país ficado a meio gás, incluindo as consultas externas hospitalares. Em 2021, ainda se vivia em pandemia, mas estávamos aos poucos a retomar a normalidade e sentiu-se também o acelerar do número de consultas.

Nos anos que se seguiram, muito provavelmente fruto do isolamento a que as crianças foram sujeitas e ao uso permanente de máscaras incluindo nas creches e escolas, denotou-se um aumento muito significativo no número de consultas, incluído de pedidos de colaboração e de primeiras consultas. Com os isolamentos as crianças ficaram em casa apenas com os progenitores, numa fase do desenvolvimento infantil em que a socialização e o estímulo externo é extremamente importante para a aquisição de novas competências. Neste sentido, muitos dos pedidos de colaboração foram por atrasos na fala e na linguagem bem como por alterações de comportamento (quer por dificuldades na socialização nos mais pequenos quer por hiperatividade e problemas comportamentais).



Figura 5 – Número de utentes da consulta de desenvolvimento da ULSTMAD – Unidade de Vila Real

Fonte: Serviço de Pediatria da ULSTMAD

O número de utentes da Consulta de Desenvolvimento da Unidade de Vila Real tem vindo a aumentar de forma significativa.

O papel do enfermeiro nesta consulta é primordial. A consulta de enfermagem habitualmente é realizada em conjunto com a consulta médica, pois para além de permitir dar melhor resposta à complexidade dos problemas e das necessidades de saúde, permite também sintetizar a abordagem quer à criança quer à família e torná-la mais esclarecedora pelo trabalho em equipa e menos penosa para a criança e família pois não há repetição de procedimentos.

O enfermeiro deve estabelecer uma relação de empatia e confiança com a criança (para que seja possível fazer uma avaliação o mais fidedigna possível), e com a família, proporcionando-lhe espaço para que esta manifeste os seus anseios e as suas dúvidas relativamente ao desenvolvimento da criança, para que a troca de informação seja benéfica e contribua positivamente no processo de educação em saúde.

Para além de realizar a avaliação dos parâmetros antropométricos e dos sinais vitais, o enfermeiro deve ter um papel proactivo no empoderamento dos pais no que se refere às suas dificuldades/limitações, contribuindo para a sua capacitação.

As atividades promotoras do desenvolvimento, nas diferentes faixas etárias e tendo em conta as alterações do desenvolvimento devem ser ensinadas e fomentadas.

Este é também um momento ótimo para esclarecer a família sobre os direitos das crianças com necessidades especiais que muitas vezes ficam esquecidos e descurados.

Ao longo da consulta deve ser realizada a avaliação do desenvolvimento da criança procurando perceber quais as principais dificuldades no seu desenvolvimento, quais as áreas de competências mais afetadas e que necessitam de orientação e intervenção.

Os testes de rastreio mais usados na Consulta de Desenvolvimento são a Escala de Desenvolvimento de *Mary Sheridan, Schedule of Growing Skills II* (SGSII) e a *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT) (DGS, 2013).

A SGSII é um instrumento de avaliação que nos permite fazer um rastreio rápido e eficaz do grau de desenvolvimento da criança. Esta escala de avaliação é então uma metodologia de trabalho que tem por base as sequências de desenvolvimento descritas por *Mary Sheridan*, e que nos permite avaliar o desenvolvimento psicomotor das crianças com idade compreendida entre os 0 aos 60 meses (Bellman, Lingam & Aukett, 2012).

A SGS II foi concebida para ser um instrumento de fácil e rápida aplicação com um tempo médio de administração de cerca de 20 minutos, dependendo é claro da colaboração da criança. É um instrumento versátil e flexível e que é utilizado nos programas de vigilância da Saúde Infantil. Trata-se de uma ferramenta de rastreio ou de avaliação de primeiro nível, não de um instrumento de diagnóstico, ou seja, é realizada no decorrer da preocupação dos pais ou dos profissionais de saúde. A escala funciona como um indicador das áreas de competência em que a criança poderá estar a ter algumas dificuldades. Os resultados obtidos ajudam no encaminhamento para serviços especializados como por exemplo, para a fisioterapia, terapia da fala, oftalmologia, pedopsiquiatria, entre outros dependendo da área de comportamento afetada.

Ao se realizarem várias avaliações a uma criança em *timings* diferentes, a SGS II também nos permite monitorizar as mudanças ao nível do desenvolvimento de competências, o que nos possibilita avaliar o seu progresso/evolução.

A escala é composta por uma folha de perfil e pelo caderno de registo. A folha de perfil é composta por nove áreas de competência e permite uma visão global e resumida do desempenho do latente/criança. Em cada observação deve ser utilizada uma folha de perfil diferente. A idade da criança deve estar descrita em meses.

O caderno de registo é composto por uma folha de registo que permite registar alguma informação que se considere pertinente (como por exemplo se a criança frequenta o infantário, antecedentes familiares, a própria postura comportamental na avaliação, entre outros), e pela grelha de avaliação com 180 itens divididos pelas diferentes áreas de competências. Ao contrário da folha de perfil estas podem ser utilizadas para fazer quatro observações em momentos diferentes e com o registo dos dados em colunas também diferentes, possibilitando, deste modo, a monitorização da evolução do desenvolvimento da criança ao longo do tempo.

O nível de desenvolvimento é avaliado em nove áreas de competências, organizadas em seis domínios conforme o esquema que se segue:

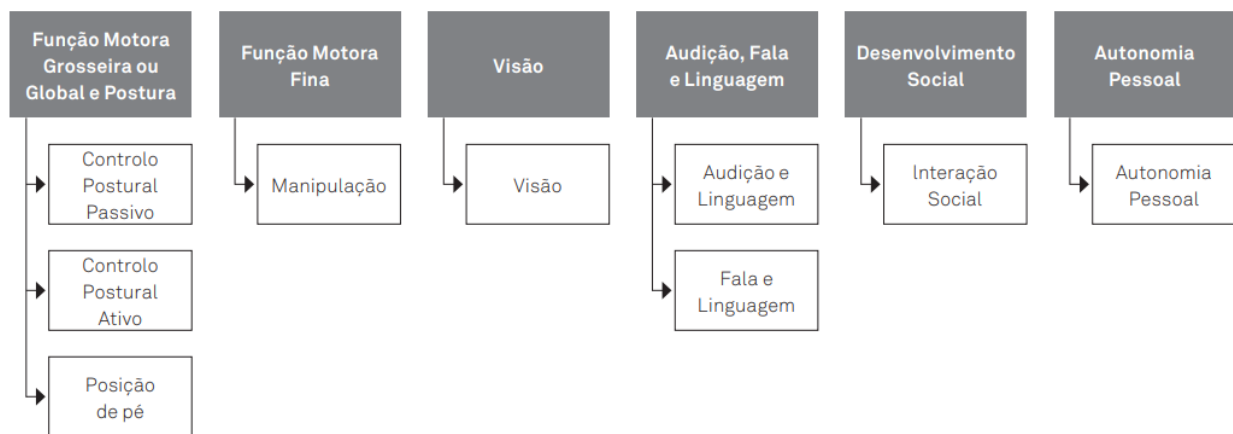


Figura 6 – Avaliação das competências no desenvolvimento infantil

Fonte: Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2012). *Schedule of Growing Skills II: Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Dos 0 aos 5 anos – Manual do utilizador*. CEGOC-TEA.

Raramente é necessário preencher as nove áreas de competência uma vez que devido ao próprio processo e estrutura de desenvolvimento da criança, nem todas as áreas cobrem os intervalos de idade. Ou seja, existem áreas de competências que possuem idades de intervalo limitados, como por exemplo:

- Competências no controlo postural passivo – dos 0 aos 6 meses
- Competências no controlo postural ativo – dos 0 aos 12 meses
- Competências locomotoras – dos 9 aos 60 meses
- Competências na autonomia pessoal – dos 6 aos 60 meses

O objetivo da avaliação é encontrar sempre o item mais avançado em cada subescala de cada área de competência que o latente/criança é capaz de realizar. A cotação de cada área de competência é dada através da soma de cada subescala.

Este instrumento de avaliação permite também avaliar as competências cognitivas, através de itens que estão inclusos e assinalados ao longo das folhas de registo, nas competências manipulativas, compreensão visual e da interação social. Todos os itens com conteúdo cognitivo bem-sucedidos devem ser contabilizados.

Cada área de competência é composta por duas ou mais subescalas e todas as subescalas devem ser avaliadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em suma, as patologias do neurodesenvolvimento tem tido um papel mais relevante na vigilância da saúde das crianças, existindo uma maior sensibilização e preocupação quer por parte dos profissionais de saúde, quer das famílias, e da população de uma forma geral.

A deteção e intervenção precoce na patologia do desenvolvimento melhora o prognóstico funcional das crianças e traduz-se em ganhos sociais e económicos a longo prazo.

O objetivo principal da consulta de desenvolvimento é reduzir as limitações das crianças com alterações de desenvolvimento maximizando o seu potencial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Antunes, R. (2021). *Hiperatividade e défice de atenção: Da teoria à prática* (2ª ed.). Livros Horizonte.

Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (2012). *Schedule of Growing Skills II: Escala de avaliação das competências no desenvolvimento infantil II – Dos 0 aos 5 anos – Manual do utilizador*. CEGOC-TEA.

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma da Direção-Geral da Saúde n.º 10/2013 de 31 de maio de 2013: Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>

Lima, C. B. (2021). *Perturbações do neurodesenvolvimento*. Lidel, Edições Técnicas.

11. Segurança infantil

Graça Aparício

Professora Adjunta Jubilada da Escola Superior de Saúde de Viseu

Isabel Bica

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde de Viseu

NOTA INTRODUTÓRIA

O termo acidente tem sido substituído por lesão não intencional, por se considerar que este descreve de forma mais adequada os incidentes imprevistos capazes de causar lesão, decorrentes da interação da pessoa com o meio ambiente, pois subentende a valorização das características previsíveis e passíveis de serem prevenidas através de uma adequada promoção da segurança (Ramos & Nunes, 2014). A segurança em si, constitui um recurso essencial ao desenvolvimento da pessoa, dado que permite controlar os riscos e as condições potenciadores de risco, com o objetivo de preservar a saúde e aumentar o bem-estar dos indivíduos e das comunidades (Mohan & Tiwari, 2000, citado em Ramos e Nunes, 2014).

Os traumatismos e lesões não intencionais são definidos pela OMS como um acontecimento independente da vontade humana, desencadeado pela ação repentina e rápida de uma causa externa, produtora ou não de lesão corporal e/ou mental (WHO, 2008).

Segundo a OMS, citado em DGS (2010), o Sector da Saúde é fundamental para a redução desta importante problemática, devendo a sua intervenção ser orientada pela Resolução EUR/RC55/R9, *Prevention of Injuries in the European Region*, a qual, solicita aos Estados-Membros que:

- 1) desenvolvam planos de ação em parceria com outros sectores, políticos, económicos e da sociedade em geral;
- 2) desenvolvam sistemas de informação e monitorização dos acidentes que lhes permitam conhecer as suas causas e consequências;
- 3) reforcem a capacidade de resposta global dos sistemas de saúde, para que, os investimentos na prevenção e na prestação de cuidados e apoio à vítima possam ser melhor objetivados, monitorizados e avaliados.

Neste sentido, no âmbito da formação promovida pelo seminário “A criança e a família: novos desafios para a saúde”, propusemos questionar:

Qual o contributo dos enfermeiros neste domínio?

Qual a melhor forma de o fazer?

ENQUADRAMENTO

Vários organismos e publicações destacam os traumatismos e lesões não intencionais como a principal causa de morte evitável nas crianças e adolescentes (1ª entre os 5-19 anos) e reforçam a necessidade da sua prevenção (WHO, 2014, citado em Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI], 2022).

Segundo a APSI, em Portugal, entre 1992 e 2020, morreram mais de 6500 crianças e Jovens desta causa (APSI, 2022).

Nesse sentido, questionámos:

Qual o contributo dos enfermeiros neste domínio?

Na opinião de Ramos e Nunes (2012), o contributo dos enfermeiros é importante enquanto

agentes facilitadores e ativos de mudança, pois reúnem diversas condições:

- Estão presentes em todos os sistemas de saúde, são educadores para a saúde e promovem *empowerment*;
- Possuem competências para avaliação dos fatores de risco;
- Conhecem a criança e seus fatores de risco/vulnerabilidade, pelo que adequam a intervenção às necessidades;
- Acompanham crianças/famílias por longos períodos, o que facilita a efetivação das mudanças;

Relativamente à segunda questão:

Qual a melhor forma de o fazer? as autoras sugerem os seguintes focos de intervenção:

Primeiro passo: identificar contextualmente o problema e fundamentar as ações com base nos dados recolhidos

Segundo passo: conhecer os fatores que influenciam o problema, nomeadamente as condições da habitação, manutenção, fiscalização, nível socioeconómico e comportamento humano, depressão ou outros.

Terceiro passo: implicações na prática, através do envolvimento enfermeiro/crianças/família/comunidade idealmente de forma individualizada:

Primeiro passo: Contextualização dos acidentes

Na União Europeia, estima-se que, por ano, ocorram aproximadamente 5.000 mortes por acidente desde o nascimento até aos 19 anos (Global Burden Disease, 2019)

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), citados em APSI (2022), em Portugal, entre 2016 e 2020 a primeira causa de morte entre os 15 e 19 anos foram os acidentes, que constituíram a segunda causa entre os 5 e os 14 anos.

Na última década em Portugal, morreram por acidente, em média, 66 crianças por ano desde o nascimento até aos 19 anos (INE, 2012-2020), isto, apesar das mortes por acidente terem diminuído de forma significativa desde a década de 90, mas que, ainda assim implicaram a perda de 34 191 anos de vida nos últimos nove anos (APSI, 2022).

Os traumatismos e lesões não intencionais, têm sido organizados em acidentes domésticos, de lazer e rodoviários, permitindo assim identificar de forma mais precisa o contexto onde estes mais ocorrem e melhor ajustar as diversas estratégias de intervenção.

De acordo com os dados do INE, analisados no último relatório da APSI, entre 2016-2020 a principal causa de morte entre os 0-19 anos foram os acidentes rodoviários (59,7%), seguidos da morte por afogamento (11,7%), sufocação (8,3%), queimaduras (6,2%), outras causas (5,5%) e quedas (5,2%). Na mesma análise, mas por faixa etária, verificou-se que 56% das mortes ocorreram em jovens entre 15-19 anos, seguidos das crianças entre os 0-4 anos (21%) e entre os 10-14 anos (13%) e por último entre os 5-9 anos (10%), com maior incidência nos rapazes (74%) (APSI, 2022).

Neste contexto e numa reflexão efetuada pela APSI (2022), considerando os dados do *Global Burden Disease* (2019), se tivermos como referência a Suécia, um país com uma população jovem (0 aos 14 anos) relativamente próxima à de Portugal (Pordata, 2020 citado por APSI, 2022) e a Holanda/Países Baixos, o país com o melhor nível de segurança infantil (de acordo com o European Child Safety Alliance, 2012, citado em APSI, 2022), apurou-se que, em 2019, a taxa de mortalidade por acidente rodoviário até aos 19 anos em Portugal, era superior à da União Europeia (UE) e de qualquer um dos países de referência. De facto, apesar da redução significativa das mortes por acidente em Portugal nas últimas décadas, esta era ainda quase o dobro da UE por acidente rodoviário e muito próxima da média da UE por “outros tipos de acidente”.

De facto e de acordo com a APSI (2022), a taxa de mortalidade por traumatismos e lesões acidentais tem diminuído em todas as faixas etárias, embora tenha sido mais acentuada nos grupos etários dos 10-14 e 0-4 anos, desde o início dos anos 90, à exceção do período entre 2001 e 2004, reduzindo sensivelmente 6 a 7 vezes comparativamente a 1992, o que permitiu poupar milhares de anos de vida, que passaram de uma média anual de quase 38.000 em 1992, para aproximadamente 4.300 em 2020.

Da mesma forma, para além dos anos de vida perdidos, também o número de internamentos em resultado de traumatismos e lesões não intencionais diminuiu de forma acentuada e consistente ao longo dos últimos vinte anos, sobretudo até 2007. Eram cerca de 14.000 em 2000, valor que reduziu para 2300 em 2021. Dados mais precisos reportam que entre 2017 e 2021 foram internadas em média 2270 crianças devido a uma lesão não intencional, sobretudo quedas (70%), e com maior incidência entre os 5-9 e os 10-14 anos, seguidos dos acidentes de transporte ou rodoviários (16%), sobretudo entre os 15-19 anos (8,3%). Os rapazes mantêm-se no top do número de internamentos (66%) por esta causa.

No mesmo âmbito, verificou-se ainda que os internamentos por corpos/objetos estranhos diminuem à medida que a criança cresce, enquanto os internamentos devido a acidentes rodoviários aumentam; uma percentagem muito significativa dos internamentos por asfixia (87,4%) acontece nas crianças até aos 4 anos e os internamentos a partir dos 10 anos, resultantes de intoxicações, são mais elevados nas raparigas.

Por outro lado, estes acidentes originaram aproximadamente 104 mil chamadas de emergência para o 112 entre 2017 e 2021, o que representa quase 28% do total de chamadas reencaminhadas para o Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM) na população até aos 18 anos.

Em suma, na contextualização da problemática, estes números permitem apurar que por cada criança que morre, 27 são internadas e resultam em 215 chamadas para o INEM e permitem sintetizar que na última década:

- Em média, aconteceram 66 mortes por ano;
- Perderam-se 34 191 anos de vida;
- Se considerarmos todos os acidentes de transporte (peão, condutor, passageiro) estes são a 1ª causa de morte, exceto no 1º ano de vida;
- No 1º Ano de vida a 1ª causa de morte é a asfixia (13 em 18 casos);
- Os afogamentos continuam a ser a 2ª causa de morte acidental entre 0-19 anos (12%);
- Entre 1-4 anos os afogamentos a asfixia e os acidentes como peões são a 1ª causa de morte;
- A asfixia/sufocação e estrangulamento são a 3ª causa de morte acidental até aos 19 anos;
- Da totalidade de mortes 56% ocorreram no grupo 15-19 anos, 21% nos 0-4 anos e 74% com rapazes

Segundo passo: conhecer os fatores que influenciam o problema

As lesões não intencionais constituem um fenómeno complexo, multicausal, no qual interagem uma multiplicidade de fatores endógenos e exógenos, com foco na criança, família e ambiente e nos comportamentos que naturalmente decorrem da interação e experiências dessa tríade, e que podem ser facilitadoras do risco.

Relativamente aos fatores endógenos, destaca-se o sexo e idade da criança, características do seu comportamento e desenvolvimento e características do ambiente e cultura parental/familiar, rotinas, etc. Dos fatores exógenos salienta-se o nível socioeconómico da família, ambiente onde a família se move e relaciona e literacia da família e comunidade sobre exposição e acessibilidade ao perigo em ambiente doméstico, de lazer e rodoviário.

A criança, independentemente da sua idade e características do desenvolvimento, na sua necessidade de descobrir o mundo, associada ao processo normal de crescimento, é mais propensa a sofrer lesões não intencionais, quer seja em ambiente doméstico, de lazer ou rodoviário. Nestas múltiplas experiências diárias, que se iniciam pelo manuseamento de objetos, pela aquisição progressiva de habilidades motoras, pela sua curiosidade natural, e que culminam em progressiva autonomia associada a comportamentos de experimentação, tem um papel fulcral a mediação e supervisão da família/cuidador principal na prevenção dos riscos. Os cuidadores deverão, neste sentido, atuar em sintonia com a idade e comportamento da criança, o que lhes irá permitir modelar e adequar o tipo de supervisão necessário e ajustado à criança de quem cuidam (Morrongiello, Klemencic, & Corbett, 2008, citado em Ramos & Nunes, 2014).

No mesmo sentido, vários estudos citados em Ramos & Nunes (2014), têm-se referido à influência de algumas características da família e do ambiente familiar, no aumento do risco de ocorrência de lesão não intencional na criança, nomeadamente a idade materna (mães

adolescentes), o abuso do álcool, menores habilitações literárias, o baixo nível socioeconómico e a residência numa área desfavorável.

Todas estas razões justificam a necessidade de os profissionais de saúde, particularmente os enfermeiros, trabalharem com os pais/cuidadores, o que nos transporta para o terceiro passo: implicações para a prática - envolvimento enfermeiro/crianças/família/comunidade, de forma individualizada.

Neste âmbito, para uma orientação efetiva, é fundamental identificar a perceção de risco que os cuidadores têm relativamente ao ambiente que rodeia a criança, para que sejam tomadas medidas que otimizem a sua segurança, não lhe retirando os estímulos, nem inibindo a curiosidade e atividade necessários ao desenvolvimento de todo o seu potencial para um crescimento e desenvolvimento saudável.

A segurança é um direito inalienável e a Convenção dos Direitos da criança destaca o “Direito da criança crescer, brincar e desenvolver-se sem limitações desnecessárias e o direito à proteção “e” ... a responsabilidade fundamental da família no que diz respeito aos cuidados e proteção” (UNICEF, 2019).

De forma a assegurar esses direitos e no que respeita ao risco de lesões não intencionais, a prevenção é sempre o melhor remédio, reconhecendo-se, contudo, que no geral, para evitar os acidentes, é necessário saber reconhecer o perigo, conhecer comportamentos alternativos e ter capacidade para optar e pôr em prática esses comportamentos, capacidades que as crianças, sobretudo mais pequenas não têm ainda, recaindo essa responsabilidade nos pais/cuidadores, zeladores do seu superior interesse.

Assim, há que implementar estratégias aproveitando todas as oportunidades de contacto, quer seja na consulta de vigilância de saúde infantil envolvendo a família, na escola e em atividades na comunidade. De acordo com Ramos & Nunes (2014), estas devem ter como objetivos:

- instruir acerca dos fatores de risco;
- promover competências parentais;
- incentivar à supervisão da criança;
- conhecer as crianças e seu desenvolvimento;
- capacitar a criança (educar, valorizar, comunicar de forma simples);
- intervir na eliminação dos fatores de risco nos vários contextos;

Considerando o ambiente doméstico e ainda que, habitualmente, se considere a casa como um local seguro, a mesma constitui o cenário mais frequente de lesões não intencionais nas crianças sobretudo até aos quatro anos de idade, particularmente devido à forma como esta se encontra organizada, assim como à frequente (in)adequação dos sistemas de proteção em relação aos possíveis riscos. A maioria dos acidentes em casa deve-se a falta de atenção por parte dos adultos, falta de espaço, de proteção, desarrumação...

Dados do Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge indicam que 36.4% dos acidentes com crianças até aos 14 anos ocorrem em casa, mas se fossem considerados apenas em crianças até aos 5 anos este valor subiria para os 80%.

As quedas são a principal causa de acidentes domésticos seguindo-se os cortes, queimaduras e intoxicações.

Para colmatar este problema é necessário pensar o ambiente da casa na perspetiva da criança e, torná-la um espaço mais amigável para elas, através da adaptação de aspetos da construção, da reorganização e arrumação do espaço, experimentando colocar-se á altura da criança e olhar em volta para identificar os possíveis perigos e ainda, escolhendo produtos e objetos mais seguros, manter medicamentos e outros produtos ou utensílios afastados do alcance e curiosidade da criança ou providenciando espaços seguros e protegidos para as crianças brincarem quando o cuidador está ocupado com as suas múltiplas tarefas, recomendações sobejamente conhecidas, mas nem sempre postas em prática.

Relativamente às lesões no ambiente de lazer, os acidentes que originam mais idas à urgência e internamentos nas crianças e jovens até aos 18 anos são igualmente as quedas.

Em Portugal, as quedas representam 4% das mortes acidentais com crianças e jovens sobretudo devido a queda de edifícios (varandas e janelas) e outras estruturas, particularmente em crianças até aos 9 anos (APSI, 2022) e apesar de não ser a maior causa de morte nestas faixas etárias, é uma causa frequente de incapacidade, com um risco significativo de sequelas a longo prazo (APSI, 2014). Por este motivo, a adaptação dos ambientes construídos é essencial. A colocação de guardas eficazes nas varandas e terraços (não escaláveis e difíceis de transpor ou gerar desequilíbrios), de limitadores de abertura nas janelas (abertura máxima 9 cm) e cancelas em escadas (no topo e em baixo) são medidas fundamentais (APSI, 2014).

Em 2009, foi publicada uma Norma Portuguesa para Guardas em Edifícios (NP 4491:2009), que apesar de aplicação voluntária, é uma referência e um instrumento técnico indispensável já que garante a segurança na utilização dos edifícios.

No mesmo âmbito e tal como referido, os afogamentos são a 2ª causa de morte acidental em Portugal. Entre 2002 e 2021 ocorreram 286 afogamentos com desfecho fatal em crianças e jovens (APSI, 2023), regista-se ainda no total dos 20 anos, 629 internamentos na sequência de um afogamento, o que significa que, por cada criança que morre, aproximadamente 2 são internadas.

Tal como nos acidentes em geral, o número médio de mortes e internamento por afogamento diminuiu progressivamente nas últimas duas décadas. Porém, nos últimos 2 anos, 2020 e 2021, o número de mortes por afogamento em crianças foi excecionalmente alto (14 e 12 respetivamente). Morreram por esta causa 9 crianças até aos 4 anos, 6 adolescentes entre os 10 e os 14 anos e 11 jovens entre os 15 e os 19 anos (APSI, 2023).

As principais conclusões do estudo levado a cabo pela APSI (2023), entre 2005 e 2022, indicaram que: a maior parte dos afogamentos em piscinas aconteceram com crianças dos 0 aos 4 anos (n=45); a maioria dos que aconteceram em tanques e poços foi em crianças com idades entre os 0 e os 4 anos (n=19) e nos rios/ribeiras/lagoas aconteceram mais no grupo dos 10 aos 14 anos (n=27); nas praias verificaram-se mais no grupo dos 10 aos 14 anos (n=19). São mais uma vez os rapazes que mais sofrem de afogamento e é sobretudo na piscina que estes mais acontecem.

A morte por afogamento é trágica (2ª causa de morte), é rápida (4-6 minutos lesões irreversíveis), é silenciosa e pode acontecer em pouca água. Por norma, a criança pequena

não se atira à água, ela cai, devido ao maior peso da cabeça comparativamente ao corpo, e por esse motivo, mesmo em pouca água, ela não consegue soerguer a cabeça e continua a respirar...

Para evitar este tipo de lesão acidental é necessário vigiar a criança sempre que brinca num espaço com água, ensiná-la a nadar, manter a criança com equipamento flutuador e proteger piscinas/tanques com vedações e barreiras que mantenham as crianças afastadas ou à superfície da água perante uma queda!

No que respeita às lesões não intencionais em ambiente rodoviário (Controlauto, s.d.), também designadas de acidentes de transporte, podemos considerar a criança enquanto passageiro, peão e condutor. Este tipo de acidentes, em 80% dos casos estão relacionados com o nosso comportamento (criança/adulto cuidador).

Tal como referido, os acidentes rodoviários são a primeira causa de morte em quase todas as faixas etárias e em 2021 constituíram cerca de 60% de todos os acidentes (APSI, 2022), sobretudo na criança enquanto passageiro. Neste âmbito, das medidas com impacto, importa destacar o uso de sistema de retenção adequado à idade e estatura da criança, dado que esta é a única forma de proteção eficaz, pois se bem utilizado, previne até 90% de mortes e ferimentos graves, medida que deve ser utilizada desde a saída da maternidade. Esta prática foi normalizada em Portugal em 2012 pela DGS, apesar de se ter iniciado em Viseu em 2004, através do projeto “Alta Segura” criado e promovido pelo Grupo de Alerta para a Segurança, numa parceria com a Câmara Municipal e Governo Civil de Viseu, a Bebé Confort, o Hospital S. Teotónio e os Centros de Saúde do Concelho.

Também neste âmbito, a APSI realizou em 2021 mais um estudo de observação de crianças até aos 12 anos transportadas em veículos ligeiros de passageiros em ambiente de autoestrada, de forma a avaliar a taxa de utilização de sistemas de retenção, a sua correta utilização e assim avaliar a taxa de proteção das crianças quando transportadas no automóvel.

Verificaram que apesar de, no total das idades quase 84% das crianças utilizarem sistema de retenção, cerca de 16% do total das crianças observadas viajava sem qualquer proteção (ao colo ou à solta). No grupo das crianças mais novas (0 – 3 anos) esta percentagem era mais positiva (11,8%).

Apuraram ainda que 31% apresentavam erros na utilização dos sistemas de retenção, valor que, ainda assim, continua a melhorar de forma progressiva. Os erros de utilização são variados, contudo aqueles que se prendem com a colocação da cadeirinha no automóvel tendem a diminuir, não só porque existe uma maior experiência da população, mas sobretudo pela vulgarização na utilização do sistema ISOFIX associado à modernização do parque automóvel. Este sistema homologado pela norma R129/i-Size, com base na altura da criança, tem como vantagens uma maior proteção da cabeça, pescoço e coluna da criança; maior facilidade na instalação da cadeira, evitando os erros mais frequentes e mais graves dada a maior compatibilidade entre o veículo e a cadeira (APSI, 2017a).

A partir de 1 de setembro de 2024 será proibida a venda na UE, de cadeirinhas auto, homologadas pela norma R44 (presas com o cinto de segurança do automóvel e que tem por base o peso da criança), mantendo-se, contudo, a possibilidade de usar as cadeirinhas existentes até à sua extinção.

Os resultados destes últimos estudos de observação (APSI, 2017b), ao revelarem uma redução progressiva na taxa de utilização dos sistemas de retenção desde 2017 (91%), indicam a necessidade de um maior (re)investimento nesta matéria, sobretudo em alguns aspetos importantes, como: as crianças têm o pescoço muito frágil e a cabeça grande e pesada. Por isso, devem viajar em cadeirinhas voltadas para trás até aos 3 ou 4 anos; É ainda importante lembrar que, em percursos a pé com o bebé, o colo é sempre o melhor transporte, o uso da cadeirinha é apenas obrigatório no automóvel!

Depois dos 4 anos e quando pesam mais de 15 Kg, as crianças já podem viajar viradas para a frente do automóvel, numa cadeira de apoio (banco elevatório com costas) pois estas aumentam o conforto e são mais seguras ao darem apoio lateral para a cabeça e o tronco quando a criança adormece; É obrigatório usar pelo menos o banco elevatório até aos 12 anos, enquanto a criança não medir 135 cm de altura; Após os 12 anos é obrigatório usar o cinto de segurança do automóvel, no banco do passageiro e nos bancos traseiros, facto que continua a ter baixa taxa de utilização, com consequências desastrosas em caso de acidente (APSI, 2018).

É reconhecido que a maioria dos acidentes acontece perto de casa, a velocidades inferiores a 45 quilómetros/hora e em trajetos habituais, pelo que neste tipo de viagens é igualmente exigido as mesmas regras de prevenção e proteção.

Enquanto passageiro de ciclomotores ou motociclos só é permitida à criança com mais de 7 anos, se o veículo tiver dois lugares e se o capacete de proteção da criança for adaptado ao seu tamanho.

Analisando na perspetiva da criança enquanto peão, e de acordo com a APSI, (2015), por semana, em média mais de 20 crianças são vítimas de atropelamento em zonas residenciais e durante os percursos casa-escola. A criança é particularmente frágil e percebe o ambiente rodoviário de uma forma muito própria e particular. Isto porque não tem os mesmos reflexos, não compreende os perigos nem se comporta como um adulto, sobretudo devido a uma menor coordenação e habilidades motoras, maior impulsividade, resposta adaptativa mais lenta, menor reconhecimento dos riscos e dificuldade de localização dos sons. Além disso, devido à sua pequena estatura não são tão visíveis aos condutores e o seu campo de visão é mais reduzido. Por tudo isto, as crianças são especialmente vulneráveis na rua quando andam a pé! As recomendações dos pais sobre os perigos e os cuidados a ter na rua são facilmente esquecidas por impulsos mais atrativos.

Assim, somos nós, adultos e condutores, que precisamos mudar o nosso comportamento e dar o exemplo, pois as crianças aprendem e replicam facilmente as práticas habituais (adequadas ou não) dos adultos. Estes são os seus modelos.

Neste sentido, as principais recomendações são dirigidas aos pais e condutores, para que não conduzam a mais de 30 km/h dentro das localidades; Não devem estacionar em cima de passeios, passadeiras ou em 2ª fila, pois vão obrigar as crianças a deslocarem-se para a estrada; Devemos, sempre que possível, andar com a criança a pé, preparando-a para mais tarde se deslocar autonomamente, ensinando-lhe a identificar as situações de maior risco e a adotar um comportamento defensivo (APSI, 2021).

Por seu lado, nos adolescentes, a atual preocupação com a sua segurança enquanto pedestres está associada ao uso das tecnologias. A *Safe Kids Worldwide* (2013) divulgou um

estudo intitulado "*Teens and Distraction: An in-depth look at teens' walking behaviors*", realizado nos EUA que reportou já nessa altura um aumento de mais de 25% de atropelamentos entre adolescentes, relacionados com distração e cujos principais resultados indicaram que: 1 em cada 5 jovens entre os 15 e os 18 anos foram observados a atravessar a rua distraídos; estes encontravam-se, na sua maioria, a enviar mensagens pelo telemóvel (39%) ou a usar headphones (39%), 20% estavam a falar ao telemóvel e 2% a jogar numa consola portátil; De acordo com o estudo, as raparigas tendem a estar mais distraídas que os rapazes quando atravessam a rua, mas a taxa de mortalidade de pedestres é mais elevada nos rapazes; a pesquisa também apurou que a probabilidade dos adolescentes estarem distraídos é maior quando existe um semáforo. Ou seja, a (falsa) perceção de segurança atribuída à passeadeira, leva a que se corra mais riscos.

Na criança enquanto condutor, os riscos estão sobretudo associados aos comportamentos de proteção (ou à sua falta), que devem ser incutidos e desenvolvidos desde cedo. Além disso, mais tarde, na adolescência a falta de segurança está também frequentemente associada a uma certa noção de invulnerabilidade, característica dessa fase do desenvolvimento.

Neste sentido, em qualquer situação ou contexto, o papel do adulto é intervir para minimizar os fatores de risco, numa dupla perspetiva: por um lado, aumentar as capacidades da criança/jovem para interagir de forma defensiva com o ambiente, seja rodoviário ou outro e por outro, reduzir as exigências impostas por esse mesmo ambiente. A proteção e educação para a segurança dependem do equilíbrio dessas duas perspetivas e devem ser desenvolvidos numa parceria a nível comunitário/social, escola e família.

A nível da comunidade é imprescindível reduzir a agressividade do ambiente e aumentar as capacidades da criança; melhorar a segurança nos parques infantis, implementar planos de mobilidade escolar; fiscalizar e outras medidas políticas e institucionais;

À Escola compete a articulação da (in)formação entre ciclos, áreas e disciplinas, que de forma reflexiva e através da educação para o risco, possam desenvolver na criança a procura da segurança como forma de maturação cívica;

Na família, a promoção da segurança e educação para o risco deve desenvolver-se no ambiente afetivo e educativo da criança, através de modelos e comportamentos assertivos e adequados ao seu desenvolvimento e crescimento saudável, fortalecendo um espírito crítico, desde cedo! As crianças aprendem melhor com o que veem fazer, do que com recomendações do que devem e não devem fazer.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança é uma das áreas de intervenção do enfermeiro, em particular do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, dado que as lesões não intencionais são a principal causa de morbimortalidade evitável nas crianças e adolescentes, o que reforça a necessidade da sua prevenção. Neste sentido e na defesa de uma prática mais orientada para as reais necessidades de intervenção, o enfermeiro deve estar atento à epidemiologia dos acidentes, aos mecanismos de ação e às características da criança e da sua circunstância.

A pesquisa efetuada permitiu criar o perfil atual das lesões não intencionais no grupo etário pediátrico, orientando para um planeamento com a intencionalidade terapêutica necessária a uma maior eficácia de atuação, o que implica igualmente o envolvimento do enfermeiro/crianças/família/comunidade, idealmente de forma individualizada.

É um facto que não se pode crescer sozinho e sem desafios, porém, a fronteira entre o desafio e o risco pode ser pequena....

Todos somos responsáveis pela defesa de um ambiente mais seguro para as crianças.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2014). *Quedas em crianças e jovens: um estudo retrospectivo (2000-2013) Reedição, revista e adaptada.*

https://www.apsi.org.pt/images/Documentos/EstudodasQuedas20002013_Resumo.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2015). *Campanha de prevenção dos atropelamentos.* <https://www.apsi.org.pt/pt/campanhas-e-acoas/58-campanha-de-prevencao-dos-atropelamentos>

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017a). *Guia digital de segurança: Produtos para crianças.*

<https://apsi.org.pt/guiaprodutoscriancas/productinfo.php?idproduct=P10&page=products>

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017b). *25 anos de segurança infantil: Relatório de avaliação.*

https://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2018). *A escolha da cadeirinha adequada.* <https://www.apsi.org.pt/index.php/pt/component/content/article/2-uncategorised/234-a-escolha-da-cadeirinha-adequada>

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2021). *Transporte de crianças em veículos ligeiros: Estudo de observação em ambiente de autoestrada.*

https://www.apsi.org.pt/images/Documentos/Relatorio_Estudo_Observacao_1996-2021.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2022). *30 anos de segurança infantil em Portugal: Relatório de avaliação.*

https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2022/APSI_RELATORIO_30.pdf

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2023). *Afogamentos de crianças e jovens em Portugal: Atualização de casos.*

<https://www.apsi.org.pt/images/PDF/2021/Afogamentos20052021.pdf>

Autoridade Nacional de Segurança Rodoviária (ANSR). (s.d.). *Guia do peão.* <https://ansr.pt>

Controlauto. (s.d.). *Educação rodoviária.* <https://controlauto.pt/seguranca-rodoviaria/educacao-rodoviaria>

Institute for Health Metrics and Evaluation. (2019). *Global Burden of Disease.*

Portugal, Ministério da Saúde, Direção-Geral da Saúde. (2010). *Programa Nacional de Prevenção de Acidentes*. Direção-Geral da Saúde.

Ramos, A. L. C., & Nunes, L. R. M. (2014). Passo a passo caminhamos para o sucesso: A problemática dos acidentes em ambiente doméstico/familiar nas crianças. *Revista Percursos*, 26, 41–48.

Safe Kids Worldwide. (2013, August). *Teens and distraction: An in-depth look at teens' walking behaviors*.

https://www.safekids.org/sites/default/files/documents/ResearchReports/skw_pedestrian_study_2013.pdf

UNICEF. (2019). *Convenção sobre os direitos da criança e protocolos facultativos*. Comité Português.

World Health Organization Europe. (2008). *Tackling injuries, the leading killers of children: Fact sheet*. <https://www.who.int>

