



**Politécnico
de Viseu**

Escola Superior
de Saúde de Viseu

Adolescentes com perturbações mentais no Serviço de Urgência Pediátrica: uma revisão narrativa

Vânia Alexandra Sousa Peres

Novembro de 2023



Adolescentes com perturbações mentais no Serviço de Urgência Pediátrica: uma revisão narrativa

Vânia Alexandra Sousa Peres

Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia

8º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

Trabalho efetuado sob a orientação da
Professora Doutora Isabel Bica

Novembro de 2023

“Ninguém escapa ao sonho de voar, de ultrapassar os limites do espaço onde nasceu, de ver novos lugares e novas gentes. Mas saber ver em cada coisa, em cada pessoa, aquele algo que a define como especial, um objeto singular, um amigo, é fundamental. Navegar é preciso, reconhecer o valor das coisas e das pessoas é mais preciso ainda!”

Antoine Saint-Exupéry

Agradecimentos

A realização deste trabalho assinala a conclusão de uma fase particularmente importante da minha vida académica. Esta caminhada, presença constante ao longo dos últimos meses, foi um desafio marcado por algumas dificuldades, alegrias e alguns percalços. Contudo, consistiu numa oportunidade para reforçar conhecimentos e, impulsionada pela motivação e dedicação, resultou numa grande realização pessoal e profissional.

Trilhar este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem agradeço especialmente.

À Professora Doutora Isabel Bica e à Professora Doutora Ernestina Batoca, que sempre me cativaram pelo saber e entrega. Expresso a minha sincera gratidão pelas palavras de motivação, paciência e dedicação. A disponibilidade e comprometimento com a minha formação foram essenciais para o meu crescimento como investigadora e enfermeira especialista.

À Escola Superior de Saúde de Viseu, na pessoa de todos os professores com quem me cruzei neste percurso formativo, pela formação que me concedeu.

Aos meus familiares, por estarem sempre ao meu lado em qualquer circunstância. Sou grata por cada palavra de incentivo, cada abraço e cada oração. A vossa presença constante e apoio inabalável foram essenciais para o meu sucesso académico. Tenho orgulho e admiração por vocês, pois são um recetáculo de grandiosidade e de nobreza de sentimentos e atitudes. Para nós, o amor ultrapassa qualquer distância, pois não há limites para a nossa união.

Aos meus colegas do curso, com quem partilhei saberes, experiências, algumas angústias, mas essencialmente bons momentos.

A uma amiga especial, pelos conselhos preciosos, por me incentivar e estar sempre ao meu lado, pela partilha, companheirismo e apoio incondicional, por me mostrar, a cada dia, que nunca estamos sós. Esta sempre me disse “Carpe diem!”.

A todos vós, os meus sinceros e profundos agradecimentos.

Resumo

Introdução: Os estágios são parte integrante dos cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem e mestrado em enfermagem. A investigação constitui-se também como uma componente fundamental, ambas contribuindo para o desenvolvimento das competências inerentes à profissão. Desta forma, apresenta-se o percurso de formação nos estágios de Pediatria, Saúde Infantil e Familiar e de Neonatologia, e também todo o processo investigativo realizado.

Objetivos: Descrever e refletir sobre as atividades realizadas durante os estágios e aquisição de competências comuns e específicas, tendo por base os objetivos definidos; descrever e discutir os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência e taxas de prevalência, com base na produção científica.

Metodologia: Na primeira parte do trabalho realizamos uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas nos estágios para o desenvolvimento de competências especializadas e suportada na evidência científica. Na segunda parte apresentação de uma revisão narrativa cujo objetivo consistiu em verificar os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência e taxas de prevalência.

Resultados: O percurso de formação realizado nos estágios em contexto de cuidados de saúde primários, na área da saúde infanto-juvenil e nos cuidados de saúde diferenciados, na área do internamento de pediatria e neonatologia, foi fundamental para a aquisição de conhecimentos, aptidões e competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica e mestre. Destacamos o aprimorar das competências para prestar cuidados de excelência ao recém-nascido/criança/jovem e família. Os resultados da revisão narrativa demonstram um claro aumento do recurso aos serviços de urgência por parte de adolescentes com problemas de saúde mental, nomeadamente: transtornos alimentares, depressão, perturbação obsessivo-compulsiva, ansiedade, trauma, elevados níveis de stresse e perturbações do humor. Estas evidências representam um desafio significativo para os serviços de urgência que têm de responder a uma procura crescente por parte desta população pediátrica, havendo a necessidade de uma maior coordenação entre a assistência social, os serviços de saúde mental dos adolescentes e os serviços de urgência.

Conclusão: Foi possível com este trabalho responder aos objetivos propostos e desenvolver com sucesso as competências previstas. Neste relatório reflete-se também as implicações deste percurso formativo para a prática profissional. A investigação permitiu um conhecimento baseado em evidências, que ajudam a planear e implementar intervenções personalizadas para cada adolescente, auxiliando-o numa fase da sua vida, por si só, tão complexa.

Palavras-chave: adolescentes; transtornos mentais; serviço de urgência; enfermagem.

Abstract

Introduction: Internships are an integral part of postgraduate specialization courses in nursing and master's degrees in nursing. Research is also a fundamental component, both of which contribute to the development of skills inherent to the profession. In this way, we present the training pathway in the Pediatrics, Child and Family Health and Neonatology internships, as well as the entire research process carried out.

Objectives: To describe and reflect on the activities carried out during the internships and the acquisition of common and specific skills, based on the defined objectives; to describe and discuss the reasons that lead adolescents with mental disorders to the emergency department and prevalence rates, based on scientific production.

Methodology: In the first part of the paper, we critically reflect on the activities carried out during the internships to develop specialized skills, supported by scientific evidence. In the second part, we presented a narrative review whose objective was to verify the reasons that lead adolescents with mental disorders to the emergency department and prevalence rates.

Results: The training carried out in primary health care, in the area of child and adolescent health, and in differentiated health care, in the area of pediatrics and neonatology, was fundamental for the acquisition of knowledge, skills and competences of the specialist nurse in child and pediatric health nursing and master. We highlight the improvement of skills to provide excellent care to the newborn/child/young person and family. The results of the narrative review show a clear increase in the use of emergency services by adolescents with mental health problems, namely: eating disorders, depression, obsessive-compulsive disorder, anxiety, trauma, high levels of stress and mood disorders. This evidence represents a significant challenge for emergency services which have to respond to the growing demand from this pediatric population, and there is a need for greater coordination between social care, adolescent mental health services and emergency services.

Conclusion: It was possible with this work to meet the proposed objectives and successfully develop the expected competencies. This report also reflects the implications of this training course for professional practice. The research has provided knowledge based on evidence, which helps to plan and implement personalized interventions for each adolescent, helping them in a phase of their life that is in it so complexe.

Keywords: adolescents; mental disorders; emergency department; nursing.

Sumário

	Pág.
Lista de Tabelas.....	xiii
Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos	xv
Introdução.....	17
Parte I – Percurso Formativo em Estágio	21
1. Estágio de Pediatria.....	23
1.1. Contextualização do Estágio de Pediatria.....	23
1.2. Reflexão sobre o Estágio de Pediatria	25
2. Estágio de Saúde Infantil e Familiar.....	33
2.1. Contextualização do Estágio de Saúde Infantil e Familiar.....	33
2.2. Reflexão sobre o Estágio de Saúde Infantil e Familiar	34
3. Estágio de Neonatologia.....	39
3.1. Contextualização do Estágio de Neonatologia.....	39
3.2. Reflexão sobre o Estágio de Neonatologia	40
Parte II: Investigação	48
1. Enquadramento teórico e justificação do estudo.....	50
2. Metodologia	59
3. Resultados.....	63
4. Discussão	67
Conclusão.....	75
Referências Bibliográficas	77
Apêndices.....	85

Lista de Tabelas

	Pág.
Tabela 1. Características dos estudos selecionados	61

Lista de Abreviaturas, Siglas e Acrónimos

ACeS - Agrupamento dos Centros de Saúde

APA - *American Psychiatric Association*

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CA - Cirurgia de Ambulatório

DDA - Displasia do desenvolvimento da anca

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

et al. – e outros

GHQ - General Health Questionnaire

h – Horas

HDP - Hospital de Dia de Pediatria.

IAAS - *Association for Ambulatory Surgery*

ICD-10-CM - Classificação Internacional de Doenças-Décima Revisão, Modificação Clínica

ICD-9-CM - Classificação Internacional de Doenças-Nona Revisão, Modificação Clínica

IMRAD - Introdução, Métodos, Resultados e Discussão

O₂ - Oxigénio

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

p – Nível de significância/*p*-value

p. – Página

PeadCTAS - *Pediatric Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale*

Ped-PADSS - *Pediatric - Post-Anesthetic Discharge Scoring System*

PNSIJ - Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal ·

RN - Recém-nascido

RNPT - Recém-nascido pré-termo

s.d. – Sem data

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SPOT - Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia

TMC - Transtornos Mentais Comuns

UNICEF - Fundo Internacional de Emergência para Crianças das Nações Unidas

USF - Unidade de Saúde Familiar

WHO - World Health Organization

YMM - *Young Minds Matter*

Introdução

Os enfermeiros desempenham um papel importante nos cuidados de saúde e a competência clínica é um dos méritos significativos da enfermagem. Durante o século XXI, o papel dos enfermeiros tem evoluído consideravelmente, o que tem levado a que muitos procurem mais formação, uma vez que se trata de uma profissão operacional que requer uma atualização sistemática dos conhecimentos, resultando na aquisição de competências. Foi com esta certeza que ingressei no Curso de Pós-licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, que requereu ao longo de todo o processo formativo, um pensamento crítico e habilidades de tomada de decisão, componentes cruciais do cuidado que prestamos aos utentes, quer seja ao recém-nascido (RN), à criança/jovem e respetiva família.

O percurso dos estágios, inseridos na unidade curricular “Estágio com Relatório Final: Estágio de Saúde Infantil e Familiar, de Pediatria e de Neonatologia” favoreceu o desenvolvimento de competências que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados em contexto de cuidados de saúde diferenciados e cuidados de saúde primários. O desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) regem-se conforme o designado em diplomas próprios, cujos indicadores constituem um guia para a prática profissional e foram fundamentais para desenvolver conhecimentos e competências para a intervenção especializada. A par das atividades desenvolvidas no âmbito dos diversos locais de estágio, foi fundamental a reflexão e a pesquisa na evidência científica que suportaram as práticas e que contribuíram para a minha formação, com repercussões na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem ao RN, criança/jovem e família.

Assim, este documento apresenta os relatórios de estágio que decorreram nas seguintes unidades: Internamento de Pediatria de um Centro Hospitalar, Unidade de Saúde Familiar (USF) do Agrupamento dos Centros de Saúde (ACeS) Dão Lafões e Neonatologia de um Centro Hospitalar, todas elas da região Centro do país. Realçamos as competências adquiridas e as ações desenvolvidas, tendo sempre em conta as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESIP.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), com base no Regulamento n.º 140/2019 (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4744), refere que o enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de

enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. Deste modo, espera-se que o Enfermeiro Especialista revele a capacidade de mobilizar criticamente as suas competências na prática, de uma forma assertiva, numa perspetiva de Enfermagem avançada. Assim, as competências comuns do enfermeiro especialista são: “a) Responsabilidade profissional, ética e legal; b) Melhoria contínua da qualidade; c) Gestão dos cuidados; d) Desenvolvimento das aprendizagens profissionais” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, p. 4745). Por sua vez, as Competências Específicas do EEESIP consistem em: “a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem” (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, p. 19192).

A reforçar, e tendo por base a OE (2017, p. 3), o EEESIP tem como missão prestar “cuidados de nível avançado com segurança e competência à criança/jovem saudável ou doente”, proporcionando “educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa”. Detém como propósito “o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre, hospitais, centros de saúde, escola, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados e casa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível”. Assim sendo, os padrões de qualidade especializados inerentes à área de especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, dizem respeito à relação entre os axiomas e os elementos que constituem a *praxis*, influenciando-se mutuamente numa co-construção que evidencia o potencial dos pais ou pessoa significativa e restantes membros da família na vida da criança, responsáveis pelo seu desenvolvimento nas distintas etapas que incluem as transições normativas e acidentais, com conseqüente influência no seu crescimento e bem-estar.

Um dos contributos deste percurso formativo consistiu na realização de uma revisão narrativa com o objetivo de descrever e discutir os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência e taxas de prevalência, com base na produção científica. A opção por esta temática deve-se, por um lado, ao facto de exercer funções no referido serviço, onde contacto com adolescentes com problemas de saúde mental; por outro lado, porque, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), globalmente, um em cada sete adolescentes dos 10 aos 19 anos de idade, sofre de um transtorno mental, representando 13% da carga global de doenças nessa faixa etária. A depressão, a ansiedade e os distúrbios comportamentais estão entre as principais causas de doenças e incapacidades entre os adolescentes. As conseqüências de não abordar as condições de

saúde mental dos adolescentes estendem-se até à idade adulta, prejudicando a sua saúde física e mental e limitando as oportunidades de levar uma vida plena, como adultos (OMS, 2021). Os adolescentes com problemas de saúde mental são particularmente vulneráveis à exclusão social, discriminação, estigma, afetando a prontidão para procurar ajuda, dificuldades educativas, comportamentos de risco, problemas de saúde física e violações dos direitos humanos (OMS, 2021). A adolescência é um período crucial para o desenvolvimento de hábitos sociais e emocionais importantes para o bem-estar mental, o que inclui a adoção de padrões de sono saudáveis, praticar exercício físico regularmente, o desenvolvimento da capacidade de enfrentamento, de resolução de problemas e de habilidades interpessoais, bem como aprender a gerir as emoções. Assim, é nossa finalidade contribuir para a reflexão sobre a condição de vulnerabilidade dos adolescentes no que se refere à sua saúde mental e sintetizar aspetos importantes relacionados com o cuidar dos adolescentes com perturbações mentais no Serviço de Urgência Pediátrica promovendo ambiente de proteção, com apoio da família, da escola, da comunidade e dos enfermeiros.

O presente relatório encontra-se estruturado em duas partes. Assim, na primeira parte procedo a síntese crítica e reflexiva de cada um dos percursos formativos de aquisição de competências de Enfermeiro Especialista, tendo subjacentes as competências comuns e específicas do EEESIP, recorrendo também à pesquisa bibliográfica pertinente. Na segunda parte consta o estudo de investigação, uma revisão narrativa sobre os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência e taxas de prevalência. O Relatório termina com as considerações finais das duas componentes, uma vez que se complementam.

Parte I – Percorso Formativo em Estágio

1. Estágio de Pediatria

1.1. Contextualização do Estágio de Pediatria

O Estágio de Pediatria decorreu no Serviço de Internamento de Pediatria de um centro hospitalar da Região Centro do país, cuja filosofia é alicerçada sobretudo no respeito pelos direitos da criança consagrados na Carta da Criança Hospitalizada com Anotações, que prevê:

“O direito aos melhores cuidados é um direito fundamental, particularmente para as crianças. A admissão de uma criança no hospital só deve ter lugar quando os cuidados necessários à sua doença não possam ser prestados em casa, em consulta externa ou em hospital de dia (Artigo 1.º, p. 7). Uma criança hospitalizada tem direito a ter os pais ou seus substitutos, junto dela, dia e noite, qualquer que seja a sua idade ou o seu estado (Artigo 2.º, p. 8). Os pais devem ser encorajados a ficar junto do seu filho devendo ser-lhes facultadas facilidades materiais sem que isso implique qualquer encargo financeiro ou perda de salário. Os pais devem ser informados sobre as regras e as rotinas próprias do serviço para que participem ativamente nos cuidados ao seu filho (Artigo 3.º, p. 9). As crianças e os pais têm direito a receber uma informação adaptada à sua idade e compreensão. As agressões físicas ou emocionais e a dor devem ser reduzidas ao mínimo (Artigo 4.º, p. 11). As crianças e os pais têm o direito a serem informados para que possam participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde. Deve evitar-se qualquer exame ou tratamento que não seja indispensável (Artigo 5.º, p. 16). As crianças não devem ser admitidas em serviços de adultos. Devem ficar reunidas por grupos etários para beneficiarem de jogos, recreios e atividades educativas adaptadas à idade, com toda a segurança. As pessoas que as visitam devem ser aceites sem limite de idade (Artigo 6.º, p. 19). O Hospital deve oferecer às crianças um ambiente que corresponda às suas necessidades físicas, afetivas e educativas, quer no aspeto do equipamento, quer no do pessoal e da segurança (Artigo 7.º, p. 21). A equipa de saúde deve ter formação adequada para responder às necessidades psicológicas e emocionais das crianças e da família (Artigo 8.º, p. 22). A equipa de saúde deve estar organizada de modo a assegurar a continuidade dos cuidados que são prestados a cada criança (Artigo 9.º, p. 24). A intimidade de cada criança deve ser respeitada. A criança deve ser tratada com cuidado e compreensão em todas as circunstâncias (Artigo 10.º, p. 25) (Instituto de Apoio à Criança, 2017, pp.7-25).

O respeito e defesa dos direitos da criança hospitalizada denotam o reconhecimento das diferentes necessidades emocionais e de desenvolvimento da criança, de acordo com a sua idade, em particular a primazia do bem-estar da criança. Para isso é importante o cuidado centrado na criança e família. Neste âmbito, o Serviço de Pediatria segue os

pressupostos do modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, sustentado por valores e crenças que tornam os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança, no respeito e na valorização da sua experiência e contributo nos cuidados.

O serviço onde decorreu o estágio tem como missão a prestação de cuidados a crianças e jovens, nas diferentes especialidades médicas: pediatria médica, cirurgia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, ginecologia, neurocirurgia, pedopsiquiatria e outras subespecialidades. É composto por duas unidades sendo o primeiro setor, reservado à primeira infância, tendo atualmente 12 camas de internamento, o segundo setor, para adolescentes, conta com 13 camas e existem ainda 9 camas de Hospital de Dia de Pediatria (HDP). O atendimento é realizado até à idade de 17 anos e 364 dias, inclusive. No caso de situações excecionais, habitualmente crianças com deficiência cognitiva, poderão internar-se adultos até aos 24 anos, com dependência do acompanhamento do cuidador.

Em ambos os setores há quartos de isolamento sempre que exigível, como, por exemplo, crianças com doenças infetocontagiosas, com doenças terminais, ou outras situações justificadas. Com o surgimento da pandemia Covid-19, houve necessidade de criar uma Zona Covid, ficando o primeiro setor com quatro quartos reservados para esse fim e os outros quartos como área para doenças respiratórias. É também parte integrante do serviço, consultórios, um clube de jovens, uma sala de brincar para crianças mais pequenas, sala de tratamentos, sala de preparação de terapêutica, refeitório, instalações sanitárias para pais, entre outras salas.

Dispõe dos seguintes recursos humanos: a equipa de enfermagem é constituída por 20 elementos sendo que sete são EEESIP; a equipa médica é formada por um chefe de serviço, assistentes de pediatria, internos da especialidade, uma cirurgiã pediátrica, outros médicos das especialidades que apoiam a pediatria (ortopedia, otorrinolaringologia, oftalmologia, psiquiatria; uma assistente social; nutricionista; equipa de assistentes operacionais com 10 elementos; equipa de educação possui uma professora do 1º ciclo, uma professora do Ensino Básico/Secundário e uma educadora de infância; equipa de assistentes técnicas é composta por secretária da direção e por secretárias de unidade.

Em termos de equipamento, o serviço de Internamento de Pediatria contém o seu próprio equipamento e o mais adequado para as crianças e jovens, facultando cuidados que garantam a sua segurança e efetividade, nomeadamente: dois carros de reanimação com desfibriladores; monitores cardíacos; bombas e seringas infusoras; cadeirão para os pais junto de cada cama pediátrica e material de otorrinolaringologia para observação de crianças/jovens por esta especialidade.

1.2. Reflexão sobre o Estágio de Pediatria

A prática reflexiva é uma competência cognitiva exigindo um esforço consciente para analisar as situações com consciência das próprias crenças, valores e práticas, permitindo aos enfermeiros aprender com as experiências e incorporar essa aprendizagem na melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Como referem Peixoto e Peixoto (2016, p. 121), “a reflexão tem adquirido um profundo reconhecimento na prática de enfermagem, assistindo o processo de aprendizagem e impulsionando o corpo de conhecimentos da própria disciplina”. Este processo conduz ao desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, o que implica que cada um de nós reflita sobre a ação, na ação e para a ação, sendo este um apanágio da minha prática profissional.

O cuidar é amplamente descrito como uma missão central e como um valor ético para a Enfermagem. O verdadeiro cuidar não é possível sem que se adote uma atitude crítico-reflexiva para obtermos uma visão da realidade e, assim, uma oportunidade para compreender as experiências vividas e toda a situação vivenciada pela criança/jovem e família. A consciência do processo reflexivo e a reflexão em interação com a teoria da ciência do cuidar podem integrar e melhorar a capacidade de cuidar de seres humanos num aqui e agora específico, como é o utente pediátrico/família. Carvalhais et al. (2022, p.32) referem que “a hospitalização consiste numa transição saúde-doença potenciadora de efeitos negativos na criança e família, como alterações na dinâmica familiar, retrocessos no desenvolvimento, ansiedade e medo”.

Nesse sentido, o EEESIP presta cuidados de nível avançado com segurança e competência, tendo como desígnio o trabalho em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, de forma a promover o mais elevado estado de saúde possível. No contexto de estágio, foram desenvolvidas várias atividades que possibilitaram a aquisição de competências do EEESIP (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018), designadamente:

- Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança/jovem.

Os cuidados à criança exigem que qualquer profissional que trabalhe neste campo tenha características próprias e que percebam a necessidade de interagir não só com os

pequenos doentes, mas também com a sua família próxima (pais), já que esta acompanha na maioria dos casos, todo o internamento. Os EEESIP deverão “intervir de forma adequada e centrada nas necessidades da criança e da família” (Antão, et al, 2018, p.132), prestando cuidados de qualidade que integrem os pais, respeitando os hábitos das crianças e evitando rotinas desnecessárias (Batalha, 2017).

O interesse e disponibilidade demonstrado pelos profissionais, assim como a humanização dos cuidados é fundamental para que os pais se sintam integrados e à vontade para colocar as dúvidas, relacionadas com os cuidados ao seu filho e com a evolução do estado de saúde do mesmo. Resumindo, trabalhar o binómio criança/família é fundamental para que o enfermeiro exerça cuidados com qualidade na área da Pediatria.

Neste serviço onde realizei o meu estágio, as teorias que sustentam os cuidados são a Teoria das Necessidades Humanas Básicas de Wanda Horta e o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey.

O Modelo das Necessidades Humanas Básicas de Wanda é o mais utilizado na área materno-infantil desde a década de 70 do século XX, proporcionando uma base teórica mais adequada às necessidades específicas dos utentes. Este modelo tem implícitos conceitos fundamentais, ou seja, leis que guiam os fenómenos naturais: a lei do equilíbrio (homeostase), a lei da adaptação e a lei do holismo (Horta, 2011). Horta (2011) classifica as necessidades humanas básicas em três dimensões principais: psicobiológica, psicossocial e psicoespiritual, e estabelece uma relação entre os conceitos do ser humano, ambiente e enfermagem. A teoria descreve a enfermagem como um elemento de uma equipa de saúde e afirma que esta pode atuar eficazmente através de um método científico. Horta (2011) denominou este método de processo de enfermagem, que pode ser definido como a dinâmica de ações sistemáticas e inter-relacionadas orientadas para a assistência ao ser humano. Ele é caracterizado por seis fases: histórico de enfermagem, diagnóstico de enfermagem, plano de assistência, plano de cuidados, evolução e prognóstico. Fundamentada nestes pressupostos e em colaboração constante com a enfermeira tutora e restantes elementos da equipa multiprofissional, foi possível desenvolver um cuidar o utente pediátrico/família/pessoa significativa que lhes proporcionasse segurança e cuidados holísticos através da aplicação destas etapas.

Também enfatiza o Modelo da Parceria de Cuidados de Anne Casey, em que os pais desempenham um papel fundamental nos cuidados prestados à criança hospitalizada atuando como parceiros do cuidar da criança. Assenta no pressuposto que ninguém como os pais conferem proteção, carinho estímulo e amor, valores essenciais para preservar o

crescimento e desenvolvimento da criança (Casey, 1993, p.195). Nesse sentido, o EEESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que se encontre (...) para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018, p.1).

Durante o estágio estiveram internadas várias crianças com diabetes Mellitus tipo 1 inaugural ou descompensadas. Esta situação tem lançado um desafio aos enfermeiros deste serviço, mas constatei que existe da parte da equipa muita experiência e competência para a prestação de cuidados a estas crianças/jovens e suas famílias. Efetivamente, o diagnóstico de uma doença, em particular de uma doença crónica, é extremamente marcante e assustador na vida de uma criança/jovem e na da sua família, sendo essencial que haja formação específica e os recursos adequados permitindo uma prestação de cuidados de qualidade. Assim, tive necessidade de procurar suporte teórico na evidência científica de forma a sustentar a prestação de cuidados a estas crianças e suas famílias.

A diabetes Mellitus tipo 1 é uma doença crónica que requer cuidados clínicos complexos e um envolvimento ao longo da vida, podendo ter uma influência significativa não só no estado físico e psicológico, mas também no estado emocional das crianças, dos adolescentes e dos seus cuidadores/pais (D'Annunzio et al., 2020). O tratamento intensivo com insulina e os novos dispositivos tecnológicos exigem o envolvimento das crianças/adolescentes e da família e modificações significativas da vida quotidiana. Assim, foi possível a participação no seu empoderamento a nível de plano alimentar adequado e plano de exercício físico para alcançarem e manterem um bom controlo metabólico.

Outra condição patente durante o estágio foi a displasia do desenvolvimento da anca (DDA). Esta é uma condição cuja etiologia não está completamente determinada, sendo encarada como a combinação de influências genéticas (internas) e ambientais (externas), associadas à DDA e ao deslocamento da anca, incluindo história familiar, aglomeração fetal, parto vaginal, apresentação pélvica e sexo feminino (Kolb et al., 2020). A DDA ocorre devido a um desenvolvimento anormal da anca, que se apresenta na infância ou na primeira infância com um espectro que vai desde a displasia à luxação da articulação da anca. Anteriormente designada por luxação congénita da anca, o termo de desenvolvimento é o preferido, uma vez que nem todas estão presentes ou são identificadas à nascença (Kolb et al., 2020). A apresentação varia desde uma pequena instabilidade da anca até uma luxação franca. De natureza multifatorial, uma combinação de fatores genéticos, ambientais e

mecânicos desempenham um papel importante (Kolb et al., 2020). Tendo em conta esta realidade, em Portugal, desde 2011 que está implementado um Protocolo de Rastreio da DDA, que se encontra disponível ao público no sítio da Sociedade Portuguesa de Ortopedia e Traumatologia (SPOT), na área da Sociedade Portuguesa de Ortopedia Pediátrica (SPOP) (SPOT, 2011), tendo este protocolo sido objeto de análise para uma prestação de cuidados congruentes. Estas crianças/família com DDA exigem cuidados globais e holísticos e que incluem, cuidados de conforto, apoio emocional, com o intuito de tornar o tempo de internamento o menos penoso possível.

Houve também a possibilidade de acompanhar/supervisionar alunos do curso de enfermagem, grau de licenciado. Sabemos que os supervisores devem possuir determinadas características e uma preparação adequada para o exercício das suas funções de supervisores pedagógicos e foi importante esta experiência, no sentido do melhoramento de tais características, para que possa apoiar e ajudar a formação e o desempenho dos estudantes de enfermagem. Tendo por base estas premissas, esta supervisão acrescentou valor e experiência ao meu estágio. Em próximas oportunidades, poderei manifestar uma postura mais assertiva e com maior consistência de conhecimentos.

Houve também a oportunidade de acompanhar a tutora, enquanto responsável de turno. Segundo o Parecer Conjunto (Nº 01/2017) do Conselho de Enfermagem e Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, as funções e características do Enfermeiro Responsável de turno passam por possuir um conjunto de competências que lhe permitirão ser líder no conhecimento, nas capacidades e nas habilidades, na cultura organizacional e do serviço de modo, a antecipar as respostas às necessidades em cuidados, prevenir complicações, promover respostas adequadas e seguras. Ainda, segundo este Parecer, o profissional com formação adequada para desempenhar a função de responsável de turno é o Enfermeiro Especialista. Em caso de impossibilidade deve ter-se em consideração o tempo de serviço e anos de experiência profissional do responsável de turno em pediatria. Realço que foi uma experiência positiva, mas constitui um caminho ainda a percorrer para atingir as competências e capacidades de adequar a gestão dos recursos humanos e dos cuidados de enfermagem, em colaboração com os restantes elementos da equipa.

Ao longo destas semanas foram várias as condições cirúrgicas que foram surgindo no HDP e a que pude atender. De acordo com a OE (2011), como refere Martins (2019), a hospitalização e a cirurgia da criança/família são potenciadores de ansiedade e exacerbadores de medos, podendo estas experiências ter efeitos psicológicos na criança,

que perduram e afetam negativamente a sua vida. O HDP na sua vertente de ambulatório, tem como função minimizar o impacto do internamento e as suas implicações na dinâmica familiar, permitindo uma vivência mais tranquila por parte da criança/família quer com necessidade de tratamentos cirúrgicos, quer necessidades médicas.

De acordo com Martins (2019), os Objetivos do HDP são:

- Oferecer um atendimento especializado e tecnicamente qualificado, em regime ambulatório, em alternativa ao internamento;
- Permitir altas hospitalares precoces, dando seguimento imediato aos cuidados até à estabilização clínica ou à alta definitiva; adaptar a complexa assistência hospitalar às necessidades da criança e adolescente com doença crónica e/ou necessidades especiais;
- Permitir administração de fármacos por via parentérica e vigilância de efeitos adversos;
- Realizar explorações diagnósticas especiais e outros procedimentos como colheitas de amostras microbiológicas, testes cutâneos, provas de provocação, punções lombares e ganglionares, biópsias e pensos complexos;
- Manter as vias e meios necessários à administração de terapêutica;
- Monitorização e vigilância clínica de curta duração de procedimentos realizados de acordo com o conceito de cirurgia ambulatória, quando não exista unidade com recobro próprio, procedimentos em que há necessidade de apoio anestésico e vigilância posterior.

Ainda, segundo a mesma autora, a característica fundamental dos procedimentos a realizar em HDP é a necessidade de vigilância médica ou de enfermagem. A *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS), propõe dois conceitos para a cirurgia de ambulatório:

- Cirurgia de Ambulatório (CA) - que consiste na realização de uma intervenção cirúrgica programada, tradicionalmente efetuada em regime de internamento, cuja alta ocorre poucas horas após o procedimento;

- Cirurgia de ambulatório com pernoita – que ocorre quando o doente tem necessidade de no pós-operatório, ficar a primeira noite, tendo alta até 24 horas após a intervenção cirúrgica.

As intervenções cirúrgicas mais frequentes, no decorrer do estágio, foram do foro de otorrinolaringologia e cirurgias médicas. Nestas últimas e segundo a escala Ped-PADSS

para avaliação precoce para a alta, as crianças podem sair de forma segura 1 hora após o regresso do recobro. Em todo este processo a alta é um ponto crucial porque é aqui que se alerta e aconselha para todos os sinais que devem preocupar e conseqüentemente motivar a ida a um serviço de saúde. Decorridas entre 24 a 48h foram realizados contactos telefónicos aos cuidadores de forma a dar continuidade aos cuidados e esclarecer algumas dúvidas que estivessem patentes. O feedback dos cuidadores foi fantástico, estavam muito satisfeitos com todo o processo e envolvimento dos profissionais. Foi notória a gratidão demonstrada pelos cuidadores, enaltecendo a forma e a celeridade como lhes foram prestados todos os cuidados.

Segundo Martins (2019), a intervenção telefónica estruturada, enquanto estratégia específica, aliada ao modelo de parceria de cuidados, pode contribuir para reduzir o número de reinternamentos. Esta prática tem-se revelado uma mais-valia, não só para controlo das situações clínicas após a alta, mas sobretudo porque estreita os laços de confiança entre a equipa e o utilizador de cuidados. Ainda segundo a mesma autora, a cirurgia de ambulatório tem como real intuito evitar interferir nas rotinas da criança e família de forma a promover um crescimento sem grandes perturbações e uma infância feliz e sem momentos de stresse.

Muitas outras situações foram vivenciadas neste estágio, algumas com adolescentes, com doenças do foro psíquico, nomeadamente do desenvolvimento e situacional. Tive a oportunidade de contactar com duas adolescentes do género feminino e um do género masculino (ainda sem conseguir reconhecer o seu problema) com o mesmo diagnóstico, mas com contornos e, conseqüentemente, desfechos diferentes. Uma já com um internamento de longa duração, a outra, mesmo com pouco tempo, conseguiu ter alta para o domicílio com seguimento subsequente, já o terceiro ficou internado após negociação e alguma dificuldade do diagnóstico, até porque a mãe ainda não admitia os sintomas e sinais.

A adolescência consiste numa fase da vida humana “marcada por mudanças físicas, comportamentais e psicossociais e também por transformações relacionadas à formação da autoimagem” (Bittar & Soares, 2020, p. 291). Neste sentido, as mesmas autoras realizaram um estudo de revisão integrativa da literatura no qual procuraram verificar a relação entre os meios de comunicação social e as escolhas alimentares na imagem corporal e no desenvolvimento de transtornos alimentares em adolescentes. Bittar & Soares (2020) referem que as evidências dos estudos mostram que os meios de comunicação social exercem grande influência na “construção da imagem corporal e na formação de padrões estéticos, os quais afetam os adolescentes em sua fase de vulnerabilidade” (Bittar & Soares,

2020, p. 292). Tendo em conta estas características e outras associadas à idade, os adolescentes alteram os “seus padrões alimentares, tornando-se vulneráveis para o desenvolvimento de transtornos alimentares” (Bittar & Soares, 2020, p. 292). A adolescência é reconhecida como uma época de rápidas mudanças fisiológicas e comportamentais. Por conseguinte, é um tempo crítico para a formação e estabelecimento de comportamentos saudáveis duradouros. Neste período de transição, o comportamento alimentar ainda está a ser formado e continua a ser uma parte integrante do estilo de vida da pessoa ao longo da sua vida (Kabir et al., 2018). O envolvimento no tratamento da anorexia nervosa pode ser especialmente desafiante para as famílias e para os enfermeiros, dada a natureza ego-sintónica da anorexia e as exigências intensas do cuidado centrado na família.

A anorexia nervosa é uma doença psiquiátrica grave com uma elevada taxa de mortalidade e um mau resultado. Nos adolescentes pode ser difícil de tratar. O seu prognóstico depende muito do início precoce do tratamento especializado (Chang et al., 2023). Assim, foi verificado que é necessário construir uma relação de confiança, dedicar tempo para escutar o adolescente e estabelecer uma relação com os pais. A chave para o sucesso do tratamento é levar o adolescente e os pais a terem consciência da doença, e prestar apoio aos pais. Foi possível constatar que os cuidados prestados a estes adolescentes passam por manter os sinais vitais estáveis e atingir a ingestão calórica. Senti necessidade de aprofundar os conhecimentos sobre a anorexia nervosa, implicando uma pesquisa bibliográfica na evidência científica, que pudesse consubstanciar a prática, bem como prestar cuidados colaborativos ao nível da utilização de diferentes estratégias de interação. Nem sempre foi possível o trabalho em parceria com a família, porque estes adolescentes ficavam internados com algumas restrições, uma delas era a ausência do cuidador. Sabendo que os enfermeiros devem convidar os pais a participar no tratamento, é fundamental apoiá-los e orientá-los nos cuidados ao adolescente, e estabelecer uma aliança terapêutica precoce.

É ainda de salientar que foram prestados cuidados a utentes pediátricos com infeções respiratórias, dando sempre especial atenção a cuidados em parceria com a família, pois só assim se conseguem os sucessos esperados.

Após um olhar retrospectivo sobre o estágio realizado, considera-se ter alcançado os objetivos delineados, e que permitiram evoluir, adquirir e desenvolver competências. Este processo requereu, segundo Benner (2001), uma aprendizagem experiencial em contextos particulares, promovendo a construção de bases sólidas em que os enfermeiros peritos

podem descrever situações clínicas nas quais a intervenção faz a diferença e em que os cuidados se tornam visíveis, aumentando a qualidade dos cuidados.

No culminar deste percurso formativo neste estágio, foi importante a reflexão acerca dos seus contributos para o desenvolvimento pessoal e profissional. Sinto que as expectativas iniciais foram ultrapassadas, contudo houve momentos de dificuldades, sobretudo a nível emocional, que foram ultrapassadas com o apoio, o acompanhamento, a partilha, quer com as colegas do estágio, quer com a enfermeira tutora que fez um acompanhamento e supervisão pedagógica de excelência em todo este percurso. As estratégias adotadas levaram a reconhecer e a gerir as emoções e sentimentos, para uma maior interação com o outro, bem como reconhecendo a comunicação como processo complexo e desenvolvendo habilidades, neste âmbito.

2. Estágio de Saúde Infantil e Familiar

2.1. Contextualização do Estágio de Saúde Infantil e Familiar

O Estágio de Saúde Infantil e Familiar decorreu numa USF, modelo B pertencente ao ACeS Dão Lafões, Viseu, que iniciou a sua atividade a 28 de julho de 2009. Esta USF engloba todas as freguesias do concelho de Viseu. A construção do seu logotipo assentou nos conceitos de União e Aliança que são necessários no trabalho em equipa para cuidar e estar bem e que tão bem caracterizam esta unidade. É composta por nove médicos, 10 enfermeiros (três dos quais são EEESIP), 7 secretários clínicos e 5 médicos internos da especialidade de medicina geral e familiar. Tem um total de utentes inscritos de 17870 onde inclui sensivelmente 2700 crianças até aos 18 anos de idade (Portugal, SNS, BI-CSP).

A USF pauta-se pelo lema “pela qualidade e humanização da saúde” e tem como missão “a prestação de cuidados de saúde globais, personalizados e adequados às famílias inscritas ... de forma a satisfazer as necessidades ... colocando-os no centro da atividade da unidade e fomentando entre os profissionais um espírito de disponibilidade constante para novas formas de intervenção com vista à otimização dos cuidados” (Regulamento Interno USFL, 2023).

Os princípios da organização estão centrados no cidadão, onde a cada um é atribuído um médico de família e um enfermeiro de família. Estes profissionais trabalham tendo por base o modelo de equipa nuclear alargada, fomentando o trabalho em equipa. No início de cada ano é elaborado um plano de ação, onde todos colaboram de forma a definir estratégias e as atividades mais pertinentes a desenvolver.

Esta USF tem uma abrangente área de atuação, destacando desde as consultas de situação de agudos, a participação em rastreios, atendimento telefónico dos utentes, organização de ações promotoras da saúde, encaminhamento para áreas de saúde de forma a dar continuidade ao cuidar do cidadão, entre outros. Podem ser salientados também alguns projetos que têm um impacto positivo na melhoria dos cuidados prestados à população e da qualidade, estando implementados nesta unidade tais como: avaliação do consumo tabágico a partir dos 14 anos de idade (sendo parte integrante da Consulta do Adolescente) e tendo como principal finalidade a cessação tabágica e a sensibilização para hábitos de vida saudáveis; realização de diagnósticos de situação com vista a uma posterior avaliação; melhoria contínua dos cuidados no que se refere ao controlo da Diabetes; Visitação Domiciliária; Rastreio do Colo do Útero. Estes projetos pretendem aumentar e

melhorar a qualidade de cuidados prestados pela equipa multidisciplinar à população desta USF.

Durante o estágio foi possível inferir que a equipa trabalha em prol dos utentes, pautando pelo bem cuidar, com o objetivo de promover hábitos de vida saudáveis, prestar auxílio aos seus cidadãos, e cuidar da família como um todo, cooperando entre si em proveito dos seus cidadãos e para um aumento da literacia em saúde. A singularidade e responsabilidade deste campo de estágio tornam-no num local único e enriquecedor, sendo evidente a utilização de estratégias motivadoras para a criança/jovem e sua família, a utilização de uma linguagem adequada ao estágio de desenvolvimento, fornecendo conhecimentos e habilidades de acordo com as necessidades de cada utente.

No que diz respeito à dinâmica organizacional e funcional da USF, com especial atenção para o papel do EEESIP, no primeiro dia de estágio, foi-me dado a conhecer a estrutura física, funcional, organizacional e recursos humanos da unidade, o que facilitou a minha integração na equipa. Relevo uma relação empática e assertiva com os vários profissionais de saúde, tendo sido esta atitude de extrema importância, imprimindo mais motivação para um melhor desempenho.

Foi constatado que a metodologia de trabalho é o método individual, o Enfermeiro de Família, em que, apesar de todos implementarem as normas de atuação nos cuidados, cada um presta cuidados de forma personalizada, humanizada e em interdependência. Numa unidade de saúde é fundamental haver boa relação entre a equipa multidisciplinar, pois dela irá depender também a qualidade dos cuidados prestados. Especificamente numa USF, em que o médico e enfermeiro trabalham em simbiose, a boa relação profissional entre ambos, o respeito, o reconhecimento e a empatia são muito importantes. Em suma, a adaptação à dinâmica do serviço decorreu de forma bastante eficaz e o estabelecimento de relações interpessoais foram extremamente importantes e gratificantes.

2.2. Reflexão sobre o Estágio de Saúde Infantil e Familiar

Ao longo de todo o estágio, à semelhança do anterior, desenvolvi e demonstrei uma atitude pautada por padrões ético-deontológicos, em que relevo o sigilo profissional, demonstrando respeito pela criança, jovem e família, colegas e restantes profissionais. A preocupação pela privacidade e intimidade dos intervenientes foram também uma constante, bem como a promoção de um ambiente calmo, acolhedor e de compreensão. Já a Convenção dos Direitos das Crianças, em 1990 enaltece a importância da privacidade e

proteção da criança. Desta forma é crucial estabelecer uma boa relação terapêutica definindo as fronteiras entre o Enfermeiro e a criança/jovem/família promovendo uma comunicação aberta e permanente, evitando ações que possam servir as necessidades pessoais.

Relacionei os conhecimentos teóricos com os cuidados prestados, expressando as dúvidas e aceitando com humildade as orientações e críticas construtivas pois são oportunidades de crescimento. Com o decorrer do estágio fui adotando um conjunto de comportamentos baseado no perfil de competências do EEESIP ao nível dos diversos saberes, desde o saber, o saber fazer, o saber ser, o saber aprender, com o intuito de saber transformar.

A melhor aprendizagem é aquela que parte do interesse em descobrir. Não apenas do que é ensinado, mas das pesquisas bibliográficas em bases científicas e com a partilha de saberes e experiências entre pares. Neste sentido, procurou-se pesquisar sobre assuntos que suscitavam dúvidas e refletir sobre as atividades desenvolvidas. Isto permitiu identificar melhor as necessidades de aprendizagem e, assim, haver um maior empenho na resolução dos pontos fracos. Todo o trabalho em equipa impõe muita responsabilidade, sendo deveras importante que se cumpra o horário com assiduidade e pontualidade. Ao longo destas semanas, o horário foi adequado de forma a aproveitar todas as oportunidades de aprendizagem, reconhecendo que houve um esforço extra da enfermeira tutora.

Houve oportunidade de participar em consultas do adolescente. O Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) preconiza a realização de consultas de vigilância de saúde na adolescência aos 10, 12/13 e 15/18 anos de idade, enfatizando a importância da promoção de comportamentos de saúde e incentivo da autodeterminação dos adolescentes, com progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde (Menezes et al, 2013). O adolescente, envolvido num intrincado processo de alterações biopsicossociais, necessita de ser estimulado, apoiado e esclarecido para fazer escolhas apropriadas e para desenvolver capacidades que lhe possibilitem compreender o mundo que o rodeia e enfrentar riscos e dificuldades. Assim, verificou-se que esta consulta é um meio, através do qual, se garante a prestação de cuidados de saúde apropriados e eficazes, promovendo a saúde e prevenindo a doença com recurso a ações de educação para a saúde adequadas à idade e situação de cada adolescente. Por conseguinte, a melhoria dos padrões de qualidade requer o empenho de todos os profissionais e a harmonização e uniformização dos cuidados prestados, o que requereu uma constante atualização dos conhecimentos na área, para detetar precocemente e encaminhar situações que afetam a qualidade de vida do

adolescente. Neste pressuposto, houve a necessidade de ter uma visão mais holística da assunção de riscos durante a adolescência, que se alinha com a promoção de estilos de vida saudáveis. Alguns dos problemas inerentes desta faixa etária estão relacionados com os distúrbios alimentares, abusos de substâncias e suicídio.

Abordar os fatores de riscos para a saúde permite aos adolescentes aprender, estabelecer a sua própria identidade e expressar a sua independência. O comportamento de saúde dos adolescentes muda com a idade. No entanto, a grande maioria dos comportamentos e hábitos adquiridos nesta idade persistem na idade adulta, pelo que estes comportamentos determinam não só o estado de saúde atual, mas também o futuro. Por exemplo, os hábitos de consumo de álcool durante a adolescência aumentam a probabilidade de consumo excessivo na idade adulta, assim como o consumo de alimentos na adolescência é um preditor da ingestão na idade adulta. Por esta razão, várias doenças crónicas podem ter a sua origem, e progressão da doença, durante a adolescência, o que requer uma intervenção precoce, através da educação para a saúde (Marques et al., 2016).

Durante o estágio aprofundei conhecimentos e desenvolvi competências sobre o controlo da dor, particularmente através das medidas não farmacológicas, tendo resultado na realização de uma ação de formação para a equipa de enfermagem sobre o tema “estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança”. O controlo adequado da dor em utentes pediátricos é da maior importância, uma vez que a dor gerida de forma inadequada pode levar à dor crónica ou a sintomas de stresse pós-traumático. A dor tem um impacto negativo na qualidade de vida, o que pode ter consequências sociais e emocionais para as crianças, adolescente e os seus familiares (Andersson et al., 2022). É um fenómeno multidimensional com componentes sensoriais, fisiológicas, cognitivas, afetivas e comportamentais. Neste sentido, os métodos não farmacológicos, como o apoio psicológico e informação, distração, relaxamento, massagem e terapia de calor/frio, devem ser usados para proporcionar um alívio mais eficaz da dor e fazer com que o utente pediátrico seja mais colaborativo nas intervenções de enfermagem (Andersson et al., 2022). Segue em anexo a formação elaborada para este efeito.

Particpei em atividades promotoras do desenvolvimento infantil, sendo também esta uma das áreas de intervenção do EEESIP, tendo em conta que a criança é um ser vulnerável em decorrência da sua condição humana. Por conseguinte, colaborei na realização de ensinamentos às crianças e pais sobre as condições favoráveis a um desenvolvimento global o mais harmonioso possível, de forma a que as crianças possam alcançar o seu potencial máximo, tendo como foco a “promoção do crescimento e

desenvolvimento da criança e jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil” (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19192).

O desenvolvimento infantil consiste na progressão organizada de habilidades (motoras, cognitivas, sociais), formadas por uma interação de potencial genético e oportunidades ambientais, na qual o cérebro evolui de modo a adaptar-se à multiplicidade de experiências iniciais (Britto et al., 2017). As evidências mostram que, quando se promove o desenvolvimento e crescimento saudável nos primeiros anos, está a potenciar-se uma maximização da equidade em saúde, uma melhoria da aprendizagem e do desempenho escolar, criando-se condições para a saúde e felicidade das crianças no presente e no futuro (Tomlinson et al., 2019). De forma a orientar a aprendizagem ao nível do desenvolvimento infantil, e tendo consciência de que a enfermagem deve ser sempre guiada pela teoria e pela prática, pois as teorias de enfermagem orientam a prática, permitindo proceder à clarificação do processo de saúde, as abordagens do cuidado foram suportadas pelo Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, integrando a filosofia dos cuidados de saúde primários. Este referencial descreve a natureza multidimensional das pessoas e como estas interagem com o seu ambiente na procura da saúde (Pender et al., 2010). Assim, assumiu-se este pressuposto para que se desenvolvessem competências de EEESIP na promoção de cuidados promotores do desenvolvimento infantil. Esteve sempre presente que Pender (2010, p. 3) define *pessoa* como “um organismo biopsicossocial parcialmente moldado pelo ambiente, mas também busca criar um ambiente no qual o potencial humano inerente e adquirido possa ser totalmente expresso”. Assim, a “relação entre pessoa e ambiente é recíproca”, na medida em que as características individuais e as experiências de vida moldam os comportamentos, abarcando os comportamentos de saúde (Pender, 2010, p. 3).

Tive a oportunidade de realizar a monitorização de indicadores de crescimento, registando nas curvas de percentil no Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, bem como avaliou-se e registou-se o desenvolvimento psicomotor, os sinais de alerta, com recurso à escala de Mary Sheridan Modificada, que permite avaliar a postura e a motricidade global, a visão e a motricidade fina, a audição e a linguagem, o comportamento e a adaptação social. Esta avaliação ofereceu-me a oportunidade de consolidar os conhecimentos sobre o processo do desenvolvimento psicomotor da criança e compreender que esta avaliação permite referenciar as crianças que revelem atrasos, para que se possa intervir precocemente na sua recuperação. Não perdi a oportunidade de transmitir informação aos pais sobre as atividades que estes podem promover para que ocorra um desenvolvimento

saudável e harmonioso da criança, tendo em conta cada estágio de desenvolvimento. Assim, através destas atividades procurou-se “sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193).

Foi também muito importante, a participação na preparação para a parentalidade, tendo assistido a uma sessão. A transição para a parentalidade é um período de grandes mudanças para as mães e para os pais, e também estabelece as bases para a saúde e o bem-estar da criança a longo prazo. Este facto sublinha a importância da preparação para a parentalidade. Neste sentido aprimorei conhecimentos e aprendizagens de habilidades que permitiram o desenvolvimento de competências a nível da gestão de processos de promoção de saúde, desenvolvendo a competência “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19193), bem como a competência de “promover o crescimento e desenvolvimento da criança” (Portugal, Regulamento n.º 422/2018, 2018, p. 19194).

Em suma, foi um estágio que me enriqueceu pessoal e profissionalmente, porque fiquei com uma visão geral do seio familiar e meios disponíveis/realidade de cada família e da importância que os cuidados de saúde primários têm para a promoção da saúde da criança/jovem.

3. Estágio de Neonatologia

3.1. Contextualização do Estágio de Neonatologia

O meu percurso de aquisição de competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do EEESIP passou também por uma Unidade de Neonatologia, de um centro hospitalar na região Centro do país. É uma unidade que presta cuidados diferenciados aos RN (com idade gestacional igual ou superior a 32 semanas e RN admitidos até ao mês de idade), vindos do Serviço de Obstetrícia, Bloco de Partos, Bloco Operatório, Urgência Pediátrica e outros hospitais. Presta cuidados de saúde diferenciados e específicos a cada RN, otimiza meios técnicos e humanos, que possibilitam ao RN uma melhor adaptação ao meio extrauterino, recuperação da prematuridade, doença ou qualquer alteração dos seus sistemas e promove o bem-estar e desenvolvimento adequado ao RN na família e comunidade em que se encontra.

A equipa organiza-se pelo método individual de trabalho em que em cada turno o enfermeiro é responsável pelos cuidados de um determinado número de bebés, sendo os RN com maior instabilidade/necessidades de cuidados diferenciados, atribuídos ao enfermeiro com mais qualificações e/ou EEESIP. A metodologia de trabalho que melhor caracteriza os cuidados ao RN, criança/jovem é a do “Enfermeiro de referência”. Em conformidade com a OE (2017, p. 5), no seu documento Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica,

“Privilegia-se o método de trabalho por “enfermeiro de referência”, imprescindível para uma prestação de cuidados de elevado nível de complexidade, que contemple e promova a satisfação da criança/jovem, permitindo simultaneamente a implementação de sistemas para a monitorização do custo/benefício efetivo e gestão da segurança”.

Num ambiente específico, como é o que caracteriza o da Neonatologia, no qual a assistência é especializada e de elevada densidade tecnológica, com alocação de diferentes profissionais devido às características específicas do RN, a amplitude de atuação do EEESIP pode ser ainda mais observável. Corroboramos com Soares et al. (2014) quando refere que as unidades neonatais são serviços hospitalares que aliam a tecnologia a equipas multidisciplinares com conhecimentos técnico-científico altamente especializados na área e que prestam cuidados, com o objetivo de proporcionar a melhor assistência aos RN, para que estes progridam no seu desenvolvimento e melhorem o quadro clínico que apresentam. Os equipamentos desenvolvidos durante as últimas décadas tornaram os

serviços de neonatologia em ambientes tecnologicamente avançados com a finalidade de dar resposta a RN “vulneráveis, instáveis e em estado crítico, com um elevado risco de vida, em que as condições clínicas se alteram constantemente” (Ribeiro et al., 2015, p.138). Se estes avanços tecnológicos proporcionam uma resposta mais eficaz às patologias dos RN, tornando cada vez mais exequível a sua sobrevivência, independentemente da sua idade gestacional, os mesmos podem “acarretar implicações negativas para a formação do vínculo afetivo e, posteriormente, afetar o cuidado dessas crianças pelos pais” (Barbosa, 2013, p. 28). Sobressai a importância de considerar não somente os aspetos biológicos do RN, mas centrar o cuidar no binómio RN/pais” (Ribeiro et al, 2015, p.137). Assim, conclui-se que também numa neonatologia o papel do enfermeiro não se restringe simplesmente às atividades técnicas e ao manuseamento de tecnologia sofisticada, deve também desenvolver competências éticas, deontológicas e relacionais. Todas as competências desenvolvidas deverão ser de forma a garantir a qualidade de cuidados prestados ao RN e família no seu todo, integrando os pais nas intervenções ao RN, promovendo a humanização dos cuidados neonatais (Ribeiro et al, 2015).

Incluir os pais na prestação dos cuidados, independentemente do contexto e da idade pediátrica, trabalhando continuamente num processo de parceria entre enfermeiro e família é fundamental para a qualidade dos cuidados. Foi este conceito de parceria de cuidados que regiu a minha ação ao longo deste processo formativo.

3.2. Reflexão sobre o Estágio de Neonatologia

A minha adaptação no serviço de Neonatologia foi célere e idónea, ainda que tenha necessitado de um certo período de tempo para me adaptar com êxito ao contexto, à dinâmica e à forma de organização do serviço, e tendo noção que esse tempo é intrínseco a qualquer período de integração, foi um processo bastante fácil de alcançar. Ainda assim, os contextos de trabalho são peculiares e distintos em termos de dinâmica, organização e estruturação, pelo que qualquer integração numa unidade de cuidados é sempre um desafio para todo o profissional de saúde e, claramente, integrar-me no ambiente da prestação de cuidados em neonatologia, exigiu da minha parte um “esforço” constante. Porém, esse processo foi facilitado quer pela maneira acolhedora com que me receberam no serviço, quer pela postura de receptividade, respeito, interesse, colaboração, flexibilidade, disponibilidade, iniciativa e espírito crítico que sempre assumi com toda a equipa multidisciplinar. Para além do referido, a adoção de uma postura pessoal e profissional

congruente com o papel que desempenho, enquanto estudante, facilitou todo o processo de integração.

Ao longo do estágio, de forma a atingir os objetivos propostos e desenvolver as competências comuns ao Enfermeiro Especialista e específicas ao EEESIP, desenvolvi várias atividades. A minha participação nos cuidados ao RN passou pela oportunidade de promover o desenvolvimento do RN pré-termo (RNPT), através do conforto, cuidados de higiene, posicionamentos adequados, alimentação, prevenção/controla da dor, minimização do ruído e luz. Cuidar do RN normal e de risco durante o período neonatal, no sentido de potenciar a saúde do RN, apoiando o processo de transição e adaptação à vida extrauterina e fomentando a vinculação afetiva, exige muitos conhecimentos e experiência. A transição da vida intrauterina para a vida extrauterina não é unicamente um momento que designamos como parto. Essa transição pressupõe uma adaptação por parte do RN, que ultrapassa um mero momento, e em que estabelece novas e importantes transformações, não apenas no seu meio externo como também no meio interno. O período neonatal, em especial o neonatal precoce é, por isso, um momento fundamental para o completo restabelecimento e bem-estar do RN, sendo determinante para a diminuição da mortalidade e morbidade infantil.

Como estudante e em estágio no serviço de Neonatologia, constatei que o sucesso da transição da vida intra para a extrauterina está dependente de importantes alterações fisiológicas que ocorrem ao nascimento. No entanto, nalguns casos pode haver dificuldades nesta transição, sendo a esses casos que os profissionais de saúde dão resposta e assistência diferenciada. Segundo Oliveira e Saraiva (2017), alguns fatores de risco estão associados a essas dificuldades, nomeadamente: as condições maternas tais como a idade avançada, diabetes Mellitus ou hipertensão arterial, abuso de substâncias tóxicas, história prévia de abortos, mortes fetais ou neonatais precoces; condições do feto destacamos a prematuridade, pós-maturidade, anomalias congénitas, gestações múltiplas; as complicações antes do parto nomeadamente a placenta prévia, oligoâmnios ou polidrâmnios; complicações do parto tais como más apresentações, corioamnionite, líquido amniótico com mecónio, sofrimento fetal agudo, administração à mãe de opioides até quatro horas antes do parto, parto instrumentado (fórceps ou ventosa) ou cesariana.

A prematuridade foi a situação clínica mais frequente durante o meu período de estágio. Os prematuros incluindo os tardios (das 34 semanas as 36 semanas e 6 dias) têm maior risco de morbidade e mortalidade quando comparados com os de termo. Os fatores que tornam os prematuros mais suscetíveis são: maior risco de hipotermia, imaturidade

pulmonar e déficit de surfactante (com conseqüente doença da membrana hialina e insuficiência respiratória), maior suscetibilidade a infeção, imaturidade dos tecidos e capilares, nomeadamente da retina e da matriz germinativa cerebral (possibilitando a retinopatia da prematuridade e/ou hemorragia intracraniana respetivamente), redução da função antioxidante que pode contribuir para a morbilidade particularmente na enterocolite necrosante e doença pulmonar crónica da prematuridade (Oliveira & Saraiva, 2017). Cuidar de bebés prematuros, com assistência ventilatória, com hipoglicemia grave e com bradipneia com dessaturação de O₂, como tive a oportunidade de colaborar, é de uma grande responsabilidade. São bebés que pressupõem uma aquisição de competências por parte da equipa de enfermagem, altamente qualificada e treinada.

No estágio participei nos cuidados a RN com beta talassemia, cujo diagnóstico é realizado pela

“presença aumentada de HbA2 (>3,5%) associada a uma diminuição dos índices eritrocitários. A gravidade do quadro clínico depende do grau de diminuição da síntese da cadeia, definindo-se três grupos: talassémica *minor* ou traço talassémico, talassemia intermédia e talassemia *major* (Doença de Cooley). Enquanto na talassemia *minor* não existem sintomas graves (anemia ligeira microcítica), na talassémica intermédia a clínica é variável, com necessidade de transfusão ocasional. Na talassémica *major*, o RN está dependente de transfusões com complicações graves, incluindo as da sobrecarga de ferro” (Costa et al., 2016, p. 417).

Para poder prestar cuidados ao RN com beta talassemia necessitei de aprofundar conhecimentos baseados na evidência científica e de partilhar experiências, uma das competências do enfermeiro especialista, que se responsabiliza “por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho” (Portugal, Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Prestei também cuidados aos RNPT com necessidade de ventilação não invasiva em decorrência da sua imaturidade pulmonar, com hiperbilirrubinémia, com patologias do foro respiratório, atraso de crescimento intrauterino e sépsis, o que me permitiu desenvolver competências do EEESIP na prestação de cuidados ao RNPT e/ou em situação de doença e sua família.

Na procura por um cuidado mais humano e ético, e tendo como foco o RN e a família, o serviço de Neonatologia permite a permanência dos pais junto do seu bebé, incentiva-os na participação dos cuidados, integra-os na tomada de decisão sobre o tratamento e implementa intervenções que minimizem fontes de hiperestimulação e que

favoreçam a adaptação do RN à vida extrauterina. Logo que a situação clínica do RN o permite, os pais (mãe/pai) são incentivados a participar nos cuidados, com a finalidade de promover a vinculação e a parceria de cuidados. Neste sentido, verifiquei que são sempre aproveitadas todas as oportunidades para a transmissão de orientações antecipatórias aos pais.

Deste modo, com a finalidade de promover a saúde e prevenir a doença do RN e de readaptar os pais à condição de vida do seu filho, integrei na minha *praxis* diversos ensinamentos, entre os quais destaco: benefícios do contacto pele a pele; vantagens da amamentação para a mãe e para o bebé; estratégias de promoção, de apoio e manutenção do aleitamento materno; recursos disponíveis na comunidade passíveis de responder às necessidades do RN e da mãe; sinais de uma pega eficaz por parte do RN durante a mamada; sinais de fome do RN; estratégias de prevenção de dificuldades na amamentação; alimentação do RN por gavagem; alimentação do RN por biberão; cuidados de higiene e conforto ao RN; mudança e troca da fralda do RN; padrão de eliminação vesical e intestinal; cuidados ao coto umbilical; vestir e despir o RN; medidas para prevenção de acidentes; orientações sobre crescimento, desenvolvimento e sinais de alarme do desenvolvimento no RN; monitorização dos sinais vitais; medidas de conforto; gestão do regime terapêutico (quando aplicável); vigilância de saúde após a alta; como consultar o boletim de saúde infantil e juvenil; transporte do RN; como preparar a casa e o enxoval do RN; como integrar o novo elemento na unidade familiar, entre outras.

Contribuindo visivelmente para o aumento das minhas competências, tive a oportunidade de conceber e prestar cuidados de enfermagem a bebés prematuros (alguns em ventilação mecânica não invasiva, como já referi), pelo que treinei essencialmente a minha observação para as alterações aos processos de transição e adaptação à vida extrauterina, reconhecendo e notificando a equipa perante a ocorrência de sinais de alarme/instabilidade do RN. Manter o RN quente é outra das prioridades, sendo o recurso a incubadoras aquecidas quase sempre necessário (sobretudo no RNPT). Na verdade, pela grande superfície de pele em relação à massa corporal, cabeça proporcionalmente grande em exposição, baixo peso ao nascer, pobreza de tecido celular subcutâneo, diminuída capacidade de produzir calor e postura em extensão (característica dos prematuros), os RN podem perder calor muito rapidamente. A hipotermia aumenta as necessidades de oxigénio e outros metabolitos, dificultando a adaptação imediata à vida extrauterina assim como um processo de reanimação, especialmente nos RN com extremo baixo peso (Oliveira & Saraiva, 2017). Segundo os mesmos autores, a importância de um controlo térmico efetivo é inversamente proporcional ao tamanho do RN. O stresse térmico tem sido associado com o

aumento da mortalidade e morbidade, principalmente no RNPT, por causa do aumento da perda de calor e imaturidade ou ausência dos mecanismos termo regulatórios. Assim sendo, tive a preocupação de integrar na minha prática, as seguintes intervenções: gerir a temperatura corporal do RN e a temperatura ambiente, evitando perdas de calor e correntes de ar; otimizar o vestuário através de adequar o vestuário respeitando os princípios promotores da organização e regulação do RN; sempre que possível promover a técnica de pele a pele (método canguru); posicionar o RN; vigiar o posicionamento do RN; e otimizar o posicionamento corporal do RN.

Para além de medidas de controlo térmico, em cada procedimento ou manipulação do RN, implementei sempre medidas de conforto. Inevitavelmente, os cuidados de saúde prestados a RN doentes ou RNPT hospitalizados, estão muitas vezes associados a vários graus de dor ou desconforto (Franck, 2020), pelo que foi minha prioridade, consciente dos benefícios fisiológicos e comportamentais a curto e a longo-prazo, ajudar o bebé a sentir-se o mais confortável possível. Assim sendo, procurei sempre integrar na minha prática as seguintes intervenções: dar ao RN um ambiente calmo, um toque reconfortante e conforto oral (através da sucção/sacarose); responder prontamente aos RN que choram; evitar a dor, procurar sinais de dor e aliviar a dor do RN; implementar medidas não farmacológicas no alívio da dor/stresse em procedimentos invasivos; identificar sinais de stresse no RN; gerir o nível de luminosidade e de ruído ambiental; posicionar adequadamente o RN; utilizar estratégias promotoras do conforto como o enrolamento, contenção e *nesting*; vigiar o posicionamento do RN; otimizar a posição corporal do RN; manipular o RN em flexão, contenção e orientação à linha média durante todas as intervenções/cuidados; evitar manipulações excessivas, toques ligeiros ou carícias leves (principalmente em prematuros); falar num tom de voz suave e baixo; promover o toque positivo (toque de contenção, aconchego, colo, massagem, etc.); identificar sinais de estabilidade fisiológica (postura descontraída de todas as extremidades, braços e pernas em flexão, presença do reflexo mão/boca como mecanismo de autorregulação e promotor do sono); respeitar os ciclos de sono/vigília do RN; ensinar os pais sobre o padrão de sono e medidas de conforto, etc. Confortar o RN, assegurando que este passe para um nível mais baixo de atividade através da contenção, toque, otimização da posição corporal, alimentação e sucção não nutritiva, foi sempre, para mim, uma prioridade no cuidar do RN. Foi ainda fundamental, em todos os cuidados que desenvolvi, avaliar o desenvolvimento do RN através da observação do nível de organização comportamental e neurocomportamental (reflexos), tanto no RNPT como no de termo. Como EEESIP, temos o dever de ter conhecimentos técnicos e um treino adequado a fim de proporcionar a todos os RN cuidados seguros e de qualidade. Desta

maneira, estaremos a contribuir de forma determinante para uma vida qualitativamente melhor, não só em termos individuais, como também familiares e sociais.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2017) destaca a importância da prestação de cuidados pelo EEESIP em parceria não só com a criança, mas também com a sua família e/ou pessoa significativa. O paradigma da parceria de cuidados e mais concretamente dos cuidados centrados na família remonta aos finais dos anos 80, com a enfermeira Anne Casey (Ribeiro et al., 2015). Ela desenvolveu um modelo de enfermagem baseado na filosofia de que as melhores pessoas para cuidar da criança, mesmo da criança internada, são os familiares com a ajuda dos profissionais.

Este modelo abrange cinco conceitos fundamentais: a criança, a família, o enfermeiro, a saúde e o ambiente. Neste sentido, a criança “é vista como alguém cuja satisfação das necessidades depende de outras pessoas, na sua maioria, dos pais e/ou de outros membros da família” e a família como “uma unidade de indivíduo que detêm a responsabilidade principal pela prestação de cuidados à criança e que exercem uma forte influência no crescimento e desenvolvimento desta” (Lopes, 2016, p.26). A mesma autora ainda faz referência ao enfermeiro como o profissional responsável pelo conjunto de ações que tem como finalidade a promoção e o restabelecimento da saúde e bem-estar da criança, através da prestação de cuidados especializados. A família assume na prestação de cuidados em pediatria a obrigatoriedade de estar integrada e preparada para os prestar. A teoria de Anne Casey defende que a “família ou figura significativa da criança, devem ser considerados intervenientes fundamentais no cuidado à criança/jovem, pelo que deverão ser sempre envolvidos em todo o processo de saúde/doença, nomeadamente em situação emergente, desde que seja essa a sua vontade” (Brito et al., 2017, p.13). Para que este envolvimento seja possível e facilitado, é importante negociar os cuidados e empoderar quer a criança, quer a família (Lopes, 2016). Mano (2002), citado por Lopes (2016) refere que o *empowerment* da família é conseguido através da partilha de informação e conhecimentos dos profissionais para os familiares, com vista à tomada de decisão consciente e à correta prestação de cuidados (Lopes, 2016, p. 27). A negociação dos cuidados, por sua vez, funciona como uma “relação terapêutica construída com base na confiança e respeito mútuos, onde o processo de negociação conduz a um plano de cuidados combinado mutuamente entre os enfermeiros e os pais da criança, e a um nível de participação na prestação de cuidados, consoante a habilitação e o desejo de cada um” (Mano, 2002, citado por Lopes, 2016 p. 28).

O papel do enfermeiro passa, assim, a ter uma função peculiar, centrando a sua ação na promoção da autonomia familiar, onde a negociação da parceria passa a ser considerada o nível mais elevado de participação na prática de cuidados (Ribeiro et al., 2015). É por isso, imprescindível que os EEESIP desenvolvam essas competências, de trabalhar em conjunto com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre no sentido de a empoderar nos cuidados e na questão da promoção da saúde, sempre em parceria com a família.

Concluindo, foi com enorme dedicação e assertividade que realizei este estágio. Tenho consciência que desenvolvi um bom trabalho durante este período de estágio, não só pelos reforços positivos que me eram dados, mas também pela exigência, que incuti em mim mesma, de dar o melhor desempenho possível. Esforcei-me bastante para que tudo corresse bem e penso que o consegui. Deste modo, a apreciação que eu faço deste estágio é bastante positiva, e considero que para além de ter atingido os objetivos, tive a oportunidade de vivenciar experiências e aprendizagens essenciais no meu crescimento e enriquecimento enquanto futura EEESIP. Por conseguinte, este estágio, à semelhança dos outros que realizei, foram momentos de oportunidade para que pudesse adquirir, desenvolver e cimentar competências e conhecimentos anteriormente adquiridos na formação teórica do curso. Assim, este estágio configurou-se num espaço oportuno para que pudesse mobilizar os conhecimentos anteriormente adquiridos. Proporcionou-me ocasiões para a aplicação na prática de competências técnicas e resultaram na oportunidade para a realização de uma reflexão crítica, pois só refletindo na ação e para a ação é que nos podemos transformar em profissionais reflexivos e com vontade de crescer continuamente.

Considerações finais

Fazer um balanço de todo o meu percurso formativo aqui registado implica uma atitude crítico-reflexiva. Este processo resume-se em avaliação, intervenção e avaliação. Quando avaliamos, recebemos informação e produzimos uma intervenção com base nessa informação; formamos uma opinião com base no resultado desse efeito, fazendo com que o ciclo de avaliação, intervenção e avaliação continue. É a iteração. É a Enfermagem. Por outras palavras, somos natos na reflexão como parte da nossa prática profissional, pois os cuidados de enfermagem não avançam sem reflexão. Foi neste sentido cíclico que progredi no meu processo formativo, à medida que a minha prática evoluía para especialista. Assumi a minha prática reflexiva como uma competência cognitiva que exigiu sempre um esforço

consciente para analisar uma situação com consciência das minhas próprias crenças, valores e práticas, permitindo-me aprender com as experiências e incorporar essa aprendizagem na melhoria dos resultados dos cuidados prestados à criança/jovem e família/pessoa significativa. Também conduziu ao desenvolvimento do meu conhecimento em enfermagem e aquisição de competências como EEESIP, para o que muito contribuiu a realização dos estágios, a partilha de saberes por parte de quem já é perito na área, o reconhecimento dos meus pontos fracos para os poder tornar em pontos fortes, numa verdadeira alquimia. Assumi sempre que a autorreflexão e um forte senso de investigação eram essenciais para me fazer progredir, na medida que a autorreflexão me permitiu avaliar a minha própria prática profissional e as ações clínicas e compará-las com as recomendações ou padrões atuais de melhores práticas.

Em suma, geri e prestei cuidados de enfermagem especializados a crianças/jovens e familiares nos processos saúde-doença, respeitando a responsabilidade ética e social, procurando a melhoria contínua da prática assistencial; apliquei conhecimentos e competências para a compreensão e resolução de problemas em situações novas e complexas de cuidados de enfermagem a crianças/jovens e famílias, em contextos multidisciplinares de saúde infantil e pediátrica. Procurei sempre trabalhar em parceria com a família, de forma clara e inequívoca e adotei um comportamento responsável, como forma de colaborar para o desenvolvimento da Enfermagem e da profissão. É que o investimento na qualificação dos enfermeiros, nomeadamente através da especialização em EEESIP, reflete-se em ganhos de eficiência e eficácia na saúde e na prestação de cuidados de saúde de qualidade (OE, 2018).

Parte II: Investigação

1. Enquadramento teórico e justificação do estudo

A prática baseada em evidências é importante na enfermagem, trazendo benefícios para os utentes e para os próprios enfermeiros, bem como para os cuidados de saúde em geral. Este é um processo pelo qual os enfermeiros determinam as melhores práticas em saúde com base em pesquisas e estudos. Combina o rigor clínico baseado na ciência com a compreensão das necessidades individuais de cada utente/família. Também pode ser ampliado para o nível da comunidade para iniciativas de saúde da população, pois o objetivo da prática baseada na evidência é melhorar os resultados dos utentes/família e reduzir os custos de saúde (Lehane et al., 2019). Neste sentido, os enfermeiros estão em excelente posição para praticar o cuidado baseado na evidência, pois têm mais contato com os utentes/família e entendem as suas condições mentais, físicas e emocionais. Em vez de adotar uma abordagem de “tamanho único” para todos os utentes/família, a prática baseada na evidência capacita os enfermeiros a usar o seu conhecimento científico para identificar os melhores modelos de prática de cuidados (Lehane et al., 2019). Foi partindo destes pressupostos que se optou por realizar uma revisão narrativa sobre os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência e taxas de prevalência.

“Os problemas de saúde mental, principalmente nas situações clínicas mais complexas, estão associados a compromisso grave nos diferentes domínios da funcionalidade, podendo ter impacto relevante na qualidade de vida da pessoa e da sua família” (Relatório das Experiências piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental, 2020, p. 25).

Conforme o Decreto-Lei n.º 113/2021 (Portugal, Decreto-Lei n.º 113/2021, p. 104),

A saúde mental é uma componente fundamental do bem-estar dos indivíduos e as perturbações mentais são, de entre as doenças crónicas, a primeira causa de incapacidade em Portugal, justificando cerca de um terço dos anos potenciais de vida perdidos. As perturbações psiquiátricas têm uma prevalência de 22,9%, colocando Portugal num preocupante segundo lugar entre os países europeus, com 60% destes doentes sem terem acesso a cuidados de saúde mental.

Atendendo ao exposto, a Lei de Bases da Saúde (Portugal, Lei n.º 95/2019, p.60), recomenda que “os cuidados de saúde mental devem ser centrados nas pessoas, reconhecendo a sua individualidade, necessidades específicas e nível de autonomia”, assim como evitando a sua estigmatização, discriminação negativa ou desrespeito em contexto de

saúde, serem “prestados através de uma abordagem interdisciplinar e integrada, prioritariamente ao nível da comunidade”. Por conseguinte, o Estado deve “promover a melhoria da saúde mental das pessoas e da sociedade em geral, designadamente através da promoção do bem-estar mental, da prevenção e identificação atempada das doenças mentais e dos riscos a elas associados”.

As perturbações da saúde mental constituem um desafio crescente para a saúde pública mundial e afetam de forma desproporcionada as pessoas mais vulneráveis social e economicamente. Os países de baixo e médio rendimento suportam 80% dos encargos com a saúde mental (Javed et al., 2021). O estigma associado à saúde mental leva a um atraso na procura de ajuda, a uma redução do acesso aos serviços de saúde, a um tratamento insuficiente, a maus resultados e a um risco acrescido de violação dos direitos humanos dos indivíduos. Além disso, a coocorrência generalizada de comorbilidades físicas, como as doenças não transmissíveis, com perturbações de saúde mental torna o tratamento de ambas as condições difícil e piora o prognóstico (Javed et al., 2021; OMS, 2022).

A saúde mental é um estado de bem-estar mental que permite às pessoas lidar com as tensões da vida, realizar as suas capacidades, aprender bem e trabalhar bem e contribuir para a sua comunidade. É uma componente integral da saúde e do bem-estar que sustenta as nossas capacidades individuais e coletivas para tomar decisões, estabelecer relações e moldar o mundo em que vivemos (*World Health Organization [WHO], 2022*). A saúde mental é um direito humano básico e é crucial para o desenvolvimento pessoal, comunitário e socioeconómico. A saúde mental é mais do que a ausência de perturbações mentais. Existe num *continuum* complexo, que é vivido de forma diferente de pessoa para pessoa, com graus variáveis de dificuldade e angústia e resultados sociais e clínicos potencialmente muito diferentes (WHO, 2022). De acordo com o mesmo organismo, as condições de saúde mental compreendem as perturbações mentais e os défices psicossociais, bem como outros estados mentais associados a uma angústia significativa, a uma perturbação do funcionamento ou ao risco de automutilação. As pessoas com problemas de saúde mental têm maior probabilidade de registar níveis mais baixos de bem-estar mental, mas nem sempre ou necessariamente é esse o caso (WHO, 2022).

Uma perturbação mental é uma síndrome caracterizada por uma perturbação clinicamente significativa da cognição, da regulação emocional ou do comportamento de um indivíduo, que reflete uma disfunção nos processos psicológicos, biológicos ou de desenvolvimento subjacentes ao funcionamento mental (DSM-5, *American Psychiatric Association, 2013*). As perturbações mentais estão geralmente associadas a um sofrimento

ou incapacidade significativos nas atividades sociais, profissionais ou outras atividades importantes, como as académicas. Uma resposta expeável ou culturalmente aprovada a um stresse ou perda comum, como a morte de um ente querido, não é uma perturbação mental (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2013). Os comportamentos socialmente desviantes (por exemplo, políticos, religiosos ou sexuais) e os conflitos que ocorrem principalmente entre o indivíduo e a sociedade não são perturbações mentais, a não ser que o desvio ou o conflito resultem de uma disfunção do indivíduo (DSM-5, *American Psychiatric Association*, 2013); Classificação Internacional de Doenças, CID-11, OMS, 2022).

No contexto dos esforços para reforçar a saúde mental é vital não só proteger e promover o bem-estar mental de todos, mas também responder às necessidades das pessoas com problemas de saúde mental. tal deve ser feito através de cuidados de saúde mental baseados na comunidade, que são mais acessíveis e aceitáveis do que os cuidados institucionais, ajudam a prevenir violações dos direitos humanos e proporcionam melhores resultados de recuperação para as pessoas com problemas de saúde mental (WHO, 2022). Os cuidados de saúde mental de base comunitária devem ser prestados através de uma rede de serviços inter-relacionados que incluam serviços de saúde mental integrados nos cuidados de saúde gerais, normalmente em hospitais gerais e através da partilha de tarefas com prestadores de cuidados não especializados nos cuidados de saúde primários serviços comunitários de saúde mental, que podem incluir centros e equipas comunitários de saúde mental, reabilitação psicossocial, serviços de apoio aos pares e serviços de apoio à vida; e serviços que prestam cuidados de saúde mental em serviços sociais e em contextos não relacionados com a saúde, como a proteção pediátrica, os serviços de saúde escolar e as prisões (WHO, 2022). O grande défice de cuidados para as doenças mentais comuns, como a depressão e a ansiedade, significa que os países devem também encontrar formas inovadoras de diversificar e alargar os cuidados para estas doenças, por exemplo, através de aconselhamento psicológico não especializado ou de autoajuda digital (WHO, 2022).

Todos os Estados-Membros da OMS estão empenhados em aplicar o “Plano de ação global para a saúde mental 2013-2030”, que visa melhorar a saúde mental através do reforço de uma liderança e governação eficazes, da prestação de cuidados abrangentes, integrados e recativos baseados na comunidade, da aplicação de estratégias de promoção e prevenção e do reforço dos sistemas de informação, das provas e da investigação. Em 2020, a análise da OMS “*Mental health atlas 2020*” do desempenho dos países em relação ao plano de ação revelou progressos insuficientes em relação aos objetivos do plano de ação acordado (WHO, 2022). O “Relatório mundial sobre saúde mental: transformar a saúde mental para todos” da OMS apela a todos os países para que acelerem a aplicação do plano

de ação. O relatório defende que todos os países podem alcançar progressos significativos no sentido de melhorar a saúde mental das suas populações, concentrando-se em três “caminhos para a transformação”:

- Aprofundar o valor atribuído à saúde mental pelos indivíduos, comunidades e governos e fazer corresponder esse valor ao empenho, envolvimento e investimento de todas as partes interessadas, em todos os setores;
- Reformular as características físicas, sociais e económicas dos ambientes - nas casas, nas escolas, nos locais de trabalho e na comunidade em geral - para melhor proteger a saúde mental e prevenir as doenças mentais; e
- Reforçar os cuidados de saúde mental para que todo o espectro de necessidades de saúde mental seja satisfeito através de uma rede comunitária de serviços e apoios acessíveis, económicos e de qualidade (WHO, 2022).

Assim, a OMS dá especial ênfase à proteção e promoção dos direitos humanos, à capacitação das pessoas com experiência de vida e à garantia de uma abordagem multissectorial e multilateral. Continua a trabalhar a nível nacional e internacional, incluindo em contextos humanitários, para fornecer aos governos e aos parceiros a liderança estratégica os dados, as ferramentas e o apoio técnico necessários para reforçar uma resposta coletiva à saúde mental e permitir uma transformação no sentido de uma melhor saúde mental para todos (WHO, 2022).

Tendo por base estudos de casos recentes e evidências científicas de elevada qualidade, o relatório Infor Mundial de Saúde Mental: transformar a saúde mental para todos (OMS, 2022), indica boas práticas e enfatiza o porquê e onde a transformação é mais indispensável e como esta pode ser melhor alcançada. Assim, todos os países são convocados a implementar o Plano de Ação Integral da Organização Mundial da Saúde para Saúde Mental 2013-2030, que recomenda várias ações agrupadas em três caminhos para a transformação: (i) Compromisso: aprofundar o valor e o compromisso atribuído à saúde mental; (ii) Fortalecimento de ambientes: reorganizar os contextos que influenciam a saúde mental, abarcando lares, comunidades, escolas, locais de trabalho e serviços de saúde; (iii) Ampliar o acesso: Reforçar a atenção à saúde mental mudando os lugares, modalidades e pessoas que oferecem e recebem os serviços (WHO, 2021).

Este plano de ação global foi elaborado através de consultas com os Estados-Membros, a sociedade civil e parceiros internacionais, adotando uma abordagem abrangente e multissectorial, através de serviços coordenados da saúde e setores sociais,

com ênfase na promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, cuidados e recuperação da pessoa com doença mental. Também estabelece ações claras para os Estados Membros, Secretariado e parceiros internacionais, regionais e nacionais, e propõe ações-chave, indicadores e objetivos que podem ser utilizados para avaliar os níveis de implementação, progresso e impacto. O plano de ação tem, no seu núcleo, o princípio globalmente aceite de que não há saúde sem saúde mental. Baseia-se também nos planos de ação e estratégias regionais da OMS para a saúde mental e para o abuso de substâncias que tenham sido adotados ou estejam em desenvolvimento. Este foi concebido para criar sinergias com outros programas relevantes de organizações do sistema das Nações Unidas, grupos interagências das Nações Unidas e organizações intergovernamentais para a melhoria da promoção da saúde mental (WHO, 2021).

Os determinantes da saúde mental e das doenças mentais não incluem apenas atributos individuais, tais como a capacidade de gerir os pensamentos, emoções, comportamentos e interações com os outros, mas também sociais, culturais, económicos, políticos e fatores ambientais, tais como as políticas nacionais, a proteção social, o nível de vida, as condições de trabalho e os apoios sociais existentes na comunidade (WHO, 2021).

A adolescência, considerada como uma fase de transição entre os 10 e os 19 anos corresponde a cerca de 16% da população mundial, pelo que é fundamental abordar as principais ameaças para a sua saúde a fim de traçar objetivos para promover a saúde e prevenir enfermidades (OMS, 2021). Aproximadamente metade dos problemas de saúde mental manifesta-se antes dos 14 anos. Um estudo de Silva et al. (2020) constatou que 20% dos adolescentes experimentam um problema de saúde mental, mais comumente a depressão e/ou a ansiedade. No seu estudo de revisão sistemática da literatura com meta-análise, os mesmos autores estimaram a prevalência de Transtornos Mentais Comuns (TMC) em adolescentes, a partir do *General Health Questionnaire* (GHQ-12). Foram considerados apenas estudos com adolescentes (10 a 19 anos) que avaliavam a prevalência de TMC de acordo com o GHQ-12. Entre os estudos, a prevalência de TMC foi de 31,0% e foi mais prevalente entre as raparigas. A prevalência global de TMC em adolescentes foi de 25,0% e 31,0%, usando o ponto de corte do GHQ de 4 e 3, respetivamente. Esses resultados apontam para a necessidade de incluir a saúde mental como um componente importante da saúde na adolescência e para a necessidade de incluir a triagem de TMC como um primeiro passo na prevenção e controlo dos transtornos mentais nesta população.

A adolescência é uma fase da vida humana marcada por muitas mudanças: hormonais e físicas, no ambiente social, no cérebro e na mente. Embora a maioria dos adolescentes se transforme em adultos saudáveis, a adolescência confere vulnerabilidade a problemas de saúde mental (Tamnes et al., 2017). Muitas doenças mentais, incluindo a depressão, a ansiedade, os transtornos alimentares, os transtornos por uso de substâncias e psicose, aparecem pela primeira vez antes dos 20 anos de idade. Esta é uma questão crucial porque algumas doenças mentais que começam na adolescência persistem ao longo da vida adulta, criando morbidade a longo prazo e uma carga substancial para os serviços de saúde e sociedade em geral. Estima-se que a depressão sozinha se torne a principal causa mundial de anos de vida ajustados por incapacidade até 2030 (Leff et al., 2020).

A adolescência é um período crítico para promover a saúde mental, pois mais de metade dos problemas de saúde mental começam nessas fases e muitos deles persistem ao longo da vida adulta. Atualmente, tal tornou-se numa prioridade, pois os dados mundiais mostram um aumento da prevalência de problemas de saúde mental na adolescência e a percentagem dos afetados chega a quase 20%. A situação é ainda agravada pelo facto de que muitas desses adolescentes não estão a receber os cuidados especializados de que necessitam (OMS, 2016). Mais recentemente, a OMS (2018) estimou que, a nível global, entre 10 a 20% dos adolescentes vivenciem problemas de saúde mental e, entre estes, cerca de metade possa vir a desenvolver uma perturbação com eco na idade adulta, com implicações na sua qualidade de vida e no aumento do consumo de cuidados de saúde.

Durante a adolescência é frequente sucederem oscilações a nível do estado emocional, compreendendo sentimentos de tristeza e de revolta, o que pode levar o adolescente a procurar o consumo de substâncias psicoativas para “mascarar” as situações de conflito, internos ou sociais. A necessidade de se sentir aceite pelos pares e de definir a sua identidade assumem-se, igualmente, como fatores determinantes da experimentação (Tavares et al, 2017). A adolescência é um período singular, ao longo do qual a maioria dos adolescentes apresenta boa saúde mental (OMS, 2018), porém pode igualmente ter presente uma profunda desestruturação, caracterizada por desequilíbrios e instabilidade, o que pode tornar os adolescentes vulneráveis a problemas de saúde mental (Rosa, 2018).

Há evidências e consciencialização crescentes sobre a magnitude dos problemas de saúde mental em todo o mundo, iniciando metade deles antes dos 14 anos de idade e com efeitos ao longo da vida nos indivíduos e na sociedade. Apesar da natureza multidimensional deste desafio global, que requer necessariamente abordagens abrangentes, muitas intervenções persistem na procura de soluções que possam prevenir

e/ou minimizar os problemas de saúde mental nos adolescentes (García-Carrión et al., 2019). Esta realidade levou os mesmos autores à realização de uma revisão sistemática da literatura sobre os efeitos positivos na saúde mental de crianças e adolescentes resultantes de intervenções realizadas em escolas e comunidades nas quais a interação entre diferentes agentes (colegas, professores, famílias, outros membros da comunidade e enfermeiros). As intervenções de enfermagem nas escolas e na comunidade promovem interações de apoio entre diversos atores, incluindo professores, pais, membros da comunidade e outros profissionais de saúde. Os efeitos das intervenções de saúde mental relatadas sobre os problemas de crianças e adolescentes incluem uma diminuição de comportamentos perturbadores e sintomas afetivos, como a depressão e a ansiedade, juntamente com um aumento nas habilidades sociais, bem como uma melhoria do bem-estar pessoal. Ficou demonstrado um efeito positivo na saúde mental de crianças e adolescentes, tanto na diminuição dos sintomas de transtorno mental como na promoção do bem-estar emocional. Considerando que as interações entre diferentes atores parecem ser um aspecto relevante nas intervenções, os autores salientam a necessidade de realização de mais estudos na área (García-Carrión et al., 2019).

Garantir a saúde mental e o bem-estar nos anos de formação de um adolescente pode promover uma melhor transição para a idade adulta. Sobretudo, porque a adolescência é um período crítico e formativo em que os adolescentes começam a sua transição da infância para a idade adulta. Por conseguinte, garantir que os adolescentes recebem todo o apoio em todas as facetas da vida, incluindo a sua saúde mental e bem-estar, é fundamental para promover esta transição e lançar as bases para uma vida adulta saudável e produtiva (UNICEF, 2021). As condições de saúde mental constituem um importante fardo de doença para os adolescentes a nível mundial. Em 2019, estimou-se que um em cada sete adolescentes sofria de perturbações mentais, correspondendo a cerca de 166 milhões de adolescentes (89 milhões de rapazes e 77 milhões de raparigas) a nível mundial (UNICEF, 2021). A corroborar, Santre (2022) refere que o número de adolescentes com perturbações mentais está a tornar-se um problema mundial, uma vez que tem influência não só na saúde desta geração enquanto ainda se encontra nesta faixa etária, mas também na sua saúde enquanto adultos.

Assim sendo e tendo em conta o preconizado pela OE (2017, p. 5) que os EEESIP se distinguem “pelo desenvolvimento de competências técnicas e/ou relacionais, de forma a cuidar da criança/jovem em situação de doença bem como da criança/jovem saudável, quando a família não possua as competências e/ou capacidades para um resultado eficaz”, é fundamental, para “efetuar a avaliação do crescimento e desenvolvimento da

criança/jovem”, colocar “em prática as suas competências técnicas e/ou relacionais, bem como uma antecipação e resposta às situações de urgência/emergência”. Por conseguinte, assume toda a relevância a realização desta revisão narrativa com a finalidade de contribuir para a reflexão sobre a condição de vulnerabilidade dos adolescentes no que se refere à sua saúde mental e sintetizar aspetos importantes relacionados com o cuidar dos adolescentes com perturbações mentais no Serviço de Urgência Pediátrica promovendo ambiente de proteção, com apoio da família, da escola, da comunidade e dos enfermeiros.

Consideramos que este trabalho poderá certamente servir de base para intervenções futuras na área, mediante os resultados apurados, fazendo jus ao emanado pela OE (2017, p. 54), ou seja, é indispensável “a existência de uma formação continuada com vista ao desenvolvimento profissional, incitando à integração de uma descrição detalhada da natureza dos cuidados de enfermagem e/ou da área de atuação profissional, com o fim de poder ser assegurada uma prestação de cuidados de qualidade”.

2. Metodologia

As revisões narrativas são classificadas como estudos de investigação secundária, uma vez que utilizam estudos de investigação primária existentes. Podem abordar uma ou mais questões com um âmbito muito mais alargado. A eficácia das revisões narrativas é insubstituível para acompanhar o desenvolvimento de um princípio científico ou de um conceito clínico (Stratton, 2019). Estas são adequadas para se fazer uma descrição e discussão sobre o desenvolvimento ou o estado da arte de um determinado assunto, seguindo uma matriz teórica ou contextual (Green et al., 2006). Uma revisão narrativa não requer um protocolo rigoroso a seguir. A conceção da revisão depende do seu autor e dos objetivos da revisão. Até à data, não existe consenso sobre a estrutura padrão de uma revisão narrativa. A abordagem preferida é a IMRAD (Introdução, Métodos, Resultados e Discussão) (Green et al., 2006). As revisões narrativas não informam as fontes de informação utilizadas, a metodologia para pesquisa das referências, nem os critérios utilizados na avaliação e seleção dos trabalhos, ou seja, trata-se essencialmente de uma análise da literatura publicada em livros, artigos de revista impressas e/ou eletrónicas para a interpretação e análise crítica pessoal do autor (Stratton, 2019).

Para a realização do presente estudo, optou-se por uma revisão narrativa da literatura no sentido de dar resposta à seguinte questão de investigação:

- Quais os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência e taxas de prevalência?

O objetivo consiste em descrever e discutir os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência e taxas de prevalência.

De seguida, apresenta-se uma definição de cada elemento que constitui a questão de investigação como forma de contextualizar a questão e o objetivo da presente revisão narrativa da literatura.

Adolescentes com problemas de saúde mental: a adolescência consiste numa fase do ciclo vital fundamental para o desenvolvimento de hábitos sociais e emocionais relevantes para o bem-estar mental, onde inclui a importância da aquisição de padrões de sono saudáveis, prática regular de exercício físico, a aquisição da capacidade para a resolução de problemas, habilidades interpessoais e aprenderem a gerir as suas emoções. Como tal, é indispensável a existência de ambientes de proteção e de apoio na família, na escola, na comunidade em geral e nas instituições de saúde (OMS, 2021a). Muitos

adolescentes têm saúde mental positiva, mas estima-se que 49,5% desta população já tiveram uma perturbação de saúde mental em algum momento das suas vidas. Para os adolescentes que têm perturbação de saúde mental, a intervenção e o tratamento precoces podem ajudar a diminuir o impacto nas suas vidas. É normal do processo de desenvolvimento que estes experimentem uma multiplicidade de emoções. É típico, por exemplo, que os adolescentes se sintam ansiosos em relação à escola ou às amizades, ou passem por um período de depressão após a morte de um amigo próximo ou familiar. No entanto, as perturbações de saúde mental são caracterizadas por sintomas persistentes que afetam a forma como um adolescente se sente, pensa e age. As perturbações de saúde mental também podem interferir nas atividades regulares e no funcionamento diário, como relações com os outros, a nível escolar, higiene de sono e alimentação (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2020). A Organização Pan-Americana da Saúde (s.d) estima que, a nível mundial,

10% a 20% dos adolescentes vivenciam problemas de saúde mental, mas permanecem diagnosticados e tratados de forma inadequada. Sinais de transtornos mentais podem ser negligenciados por uma série de razões, tais como a falta de conhecimento ou conscientização sobre saúde mental entre trabalhadores de saúde ou o estigma que os impede de procurar ajuda.

Alguns adolescentes estão mais vulneráveis a problemas de saúde mental, e decorrência das suas condições de vida, apresentando maior risco de serem estigmatizados, vítimas de discriminação ou de exclusão, com menor acessibilidade aos serviços de saúde e apoio de qualidade. Estes fatores contextuais, incluindo a pobreza e a exposição à violência, são preditores do aumento da possibilidade de adotarem comportamentos de risco, que podem contribuir negativamente para o seu bem-estar físico e mental (OMS, 2021b). A mesma entidade refere a importância de uma maior consciencialização sobre o aumento da prevalência de problemas de saúde nos adolescentes, a nível global, com um em cada sete adolescentes de 10 a 19 anos a sofrer de um transtorno mental, que representa 13% da carga global de doenças nessa faixa etária. A depressão, a ansiedade e os distúrbios comportamentais encontram-se entre as principais causas de doenças e incapacidades nesta população, sendo o suicídio apontado como a quarta principal causa de morte entre adolescentes de 15 a 29 anos (OMS, 2021c).

Serviços de urgências pediátricas consistem em serviços hospitalares de urgência que atendem unicamente utentes com idade entre 0 dias e 17 anos, ao longo de 364 dias por ano. Desde 2015, com a versão 2 da Norma da Direção-Geral de Saúde nº 002 de 2015 (DGS, 2015), todos os serviços de urgência pediátrica de Portugal passaram a utilizar o

Sistema de Triagem de Manchester, onde os utentes são identificados num sistema em que os atendimentos “se caracterizam por cor, número, tipo de urgência e tempo máximo de espera para uma primeira avaliação médica em minutos” (Rafael et al., 2017, p. 2), ou o *Canadian Paediatric Triage and Acuity Scale* (PeadCTAS), tendo em consideração a impressão inicial da gravidade clínica avaliada pelo triângulo de avaliação pediátrica, a avaliação da queixa/motivo de consulta e avaliação dos sinais vitais, tendo igualmente em conta a idade e os fatores de risco associados (DGS, 2015). Os serviços de urgências pediátricas têm como missão tratar, com qualidade e eficiência, todos os utentes pediátricos, cujos objetivos consistem em garantir os melhores e mais eficientes cuidados, em situações de doença aguda urgente e emergente, através de um serviço diferenciado e apoiado numa rede com diferentes níveis de cuidados, procurando a diminuição do tempo de espera para a primeira observação médica e para a alta clínica, bem como assegurar a satisfação dos utentes pediátricos/família e profissionais de saúde.

De modo a obter-se uma síntese sobre os motivos que levam os adolescentes com perturbações mentais ao serviço de urgência, assim como as taxas de prevalência, realizou-se uma revisão narrativa da literatura. O levantamento foi realizado em bases de dados eletrónicas: PUBMED, CINAHL Complete, B-on e RCAAP. As palavras-chave e os operadores booleanos foram os seguintes: ("emergency service, hospital"[MeSH Terms] OR emergency department[Text Word]) AND ("feeding and eating disorders"[MeSH Terms] OR Eating disorders[Text Word] OR "anxiety"[MeSH Terms] OR Anxiety[Text Word] OR "depressive disorder"[MeSH Terms] OR "depression"[MeSH Terms] OR Depression[Text Word]) AND "mental health"[MeSH Terms] OR Mental Health[Text Word] AND ("adolescent"[MeSH Terms] OR Adolescent[Text Word]). Quanto aos critérios de inclusão foram: Idioma (português, inglês e espanhol); Disponibilidade (texto integral), todo o tipo de artigos e livros. Foram ainda consideradas as referências desses artigos ou livros.

3. Resultados

Foram encontrados 13 artigos, entre os quais se incluíram 9 na presente revisão narrativa. Os resultados foram dispostos em tabela, para melhor visualização e análise dos mesmos.

Tabela 1. Características dos estudos selecionados

Referência	Tipo de estudo	Objetivo	Principais conclusões
Hoge et al. 2022	Revisão sistemática da literatura	Identificar e descrever os tipos de dados disponíveis sobre a utilização dos serviços de urgência por adolescentes com problemas do foro mental; verificar as tendências do aumento da utilização dos serviços de urgência pediátricas, na incerteza quanto aos benefícios e efeitos negativos em torno desta forma de cuidados a estes adolescentes.	A utilização do serviço de urgência por adolescentes devido a problemas de saúde mental aumentou em até 50% nos Estados Unidos da América (EUA) durante um período recente de 5 anos, sendo mais do que o triplo da taxa de aumento de adolescentes que recorrem ao serviço de urgência com situações que não estão relacionadas com a saúde mental. Dos quase 50% de encaminhamentos de emergência de adolescentes com problemas de saúde mental que vêm de escolas, a maioria não é avaliada por uma enfermeira escolar ou por outro profissional antes do encaminhamento.
MacDonald et al. (2022)	Estudo quantitativo, descritivo, longitudinal	Avaliar as características dos adolescentes com problemas de saúde mental utilizadores dos serviços de urgência; identificar os fatores de previsão da utilização dos serviços de urgência; identificar as trajetórias dos moços até aos serviços de urgência.	Nos últimos anos, o recurso aos serviços de urgência por parte de adolescentes com problemas de saúde mental tem vindo a aumentar, com relatórios a estimar um aumento de 45-50% nas visitas aos serviços de urgência por motivos de saúde mental de adolescentes com menos de 24 anos, na última década. Em muitos casos, os serviços de urgência tornaram-se a principal porta de acesso ao sistema de saúde mental para os adolescentes e as preocupações com a saúde mental representam cerca de um quarto de todas as visitas ao serviço de urgência por parte de adolescentes no Canadá e nos EUA. Este aumento deve-se a vários fatores complexos e inter-relacionados, incluindo uma elevada prevalência de problemas de saúde mental, associada a lacunas no acesso aos cuidados de saúde primários, longas listas de espera para os serviços de saúde mental e um

			desejo de obter cuidados rapidamente acessíveis sem consultas ou encaminhamentos. Em alguns casos, os adolescentes que se apresentam nos serviços de urgência por problemas de saúde mental não têm uma necessidade urgente de cuidados, mas acedem a estes serviços por falta de outras opções.
Chadi et al. (2021)	Estudo retrospectivo, longitudinal	Comparar as alterações pré/pós-COVID-19 nas visitas aos serviços de urgência relacionadas com a saúde mental entre os adolescentes.	Aumento na proporção de visitas ao serviço de urgência relacionadas com a saúde mental durante os meses de julho a dezembro de 2020 ($p < 0,01$); aumento de 62% nas visitas por transtorno alimentar entre 2018-2019 e 2020 ($p < 0,01$). Não foram encontradas alterações pré-pandemia/pós-pandemia na proporção de idas ao serviço de urgência que resultaram em hospitalização para qualquer uma das quatro categorias de diagnóstico.
Gill et al. (2017).	Estudo quantitativo, com enfoque transversal	Caracterizar os adolescentes que recorrem ao serviço de urgência como "primeiro contacto" para problemas de saúde mental.	Entre 118.851 adolescentes com uma ida ao serviço de urgência por questões de saúde mental, 14,0% foram admitidos. Mais de metade (53,5%) não tinha tido cuidados prévios de saúde mental em ambulatório, o que foi associado a uma idade mais jovem (14-17 versus 22-24 anos, residência em meio rural, baixo rendimento familiar mensal, imigrantes refugiados e outros imigrantes. Os 5,1% do grupo sem recursos a cuidados de saúde primários, apresentaram o maior risco de primeiro contacto com o serviço de urgência.
Ferro et al. (2023).	Estudo longitudinal retrospectivo.	Analisar as idas ao serviço de urgência por parte de adolescentes com perturbações mentais, entre 10 de março de 2019 a 10 de março de 2021, num hospital em Itália	Foram registadas 1407 visitas ao serviço de urgência por perturbações mentais: 702 no período pré-COVID-19 e 707 no período COVID-19. A incidência cumulativa de consultas, neste âmbito, foi de 1,22% no período pré-COVID-19 e 1,77% no período COVID-19, com uma diferença estatisticamente significativa ($p < 0,001$). As principais características do adolescente com perturbações mentais durante o período pandémico foram: as probabilidades de comorbilidades diminuíram 26% ($p = 0,02$), e as probabilidades de transferência de outros hospitais diminuíram 71% ($p < 0,001$), enquanto as probabilidades de apresentação no

			<p>serviço de urgência como primeiro episódio psiquiátrico foram duas vezes maiores ($p < 0,001$). O risco de hospitalização aumentou em 54% ($p = 0,001$). No que diz respeito à psicopatologia, a probabilidade de tentativa de suicídio aumentou 74% durante a pandemia ($p = 0,02$). A taxa de perturbações do humor e alimentares aumentou significativamente durante o período da pandemia de COVID-19 ($p = 0,005$ e $p = 0,031$, respetivamente).</p>
Cappelli et al. (2017).	Estudo de coorte prospetivo de 6 meses a 1,5 anos, em três serviços de urgência pediátrica canadianos	Verificar as necessidades de adolescentes que se apresentam no serviço de urgência para cuidados de saúde mental; descrever o tipo e a satisfação com os cuidados de saúde mental recebidos.	<p>A amostra era constituída por 373 adolescentes (61,1% do sexo feminino; média de idade de 15,1). A principal razão para a ida ao serviço de urgência foi uma crise de saúde mental. As três áreas mais frequentes de necessidade foram: perturbações do humor (43,8%), risco de suicídio (37,4%) e problemas na relação entre pais e filhos (34,6%). Durante a visita ao serviço de urgência, 21,6% dos adolescentes tiveram consulta psiquiátrica e 19,4% foram admitidos em regime de internamento psiquiátrico. Na consulta 1 mês após a alta do serviço de urgência, 84,3% dos adolescentes tiveram acompanhamento de saúde mental. As avaliações dos cuidados recebidos no serviço de urgência foram significativamente positivas. Os autores concluíram que estes adolescentes tinham morbilidade clínica substancial, revelaram-se satisfeitos com a sua visita ao serviço de urgência e acederam a cuidados de seguimento no prazo de um mês, com alguma variabilidade.</p>
Radhakrishnan et al. (2022).	Estudo exploratório e retrospectivo	Verificar as taxas de idas ao serviço de urgência por parte de adolescentes com perturbações mentais e as causas subjacentes	<p>As visitas ao serviço de urgência por parte de adolescentes com perturbações mentais aumentaram e com maior prevalência entre os adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos, por transtornos alimentares durante 2020, depressão, transtornos alimentares e perturbação obsessivo-compulsiva durante 2021 e ansiedade, trauma, elevados níveis de stresse alimentação e transtornos obsessivo-compulsivo durante janeiro de 2022, em comparação com 2019. A proporção de consultas no serviço de urgência por transtornos</p>

			alimentares duplicou entre os adolescentes do sexo feminino, tendo as restantes perturbações triplicado durante a pandemia
Freedman et al. (2020).	Estudo experimental prospetivo, pragmático, de intervenção, com a duração de 29 meses, com uma análise de séries temporais interrompidas	Normalizar as perguntas realizadas aos adolescentes que recorrem ao serviço de urgência por perturbação mental, permitindo a estratificação do risco, para direcionar as avaliações de saúde mental	No serviço de urgência pode aplicar-se a Escala de Bem-Estar Mental de Warwick-Edinburgh (para adolescentes com perturbações do foro mental com idades entre 13 e 17 anos), permitindo aos enfermeiros avaliar o seu bem-estar emocional e pessoal, de modo a dar resposta às suas necessidades. Todos os anos, durante a última década, as visitas aos serviços de urgência pediátrica por motivos de saúde mental de adolescentes têm aumentado substancialmente. As crises agudas de saúde mental podem ocorrer devido a uma variedade de etiologias, inesperadas ou não tratadas, como intenções suicidas, ataques de pânico e comportamentos agressivos.
Cushing et al. (2023).	Estudo retrospectivo	Descrever as tendências das visitas e revisitas aos serviços de urgência de saúde mental pediátrica e determinar os fatores associados às revisitas	Registaram-se 308.264 consultas de saúde mental nos serviços de urgência e 13,2% dos adolescentes voltaram, pelo menos mais duas vezes, ao serviço de urgências pediátricas ao longo de 6 meses. As consultas de saúde mental aumentaram 8,0% por ano, enquanto todas as outras consultas de urgência aumentaram 1,5% por ano. Os fatores associados incluíram comorbilidades psiquiátricas. Os adolescentes com perturbações psicóticas, perturbações disruptivas ou de controlo de impulsos e perturbações do neurodesenvolvimento tinham maior probabilidade de vivenciar o fenómeno da “porta giratória”.

4. Discussão

Todos os estudos considerados na presente revisão narrativa da literatura demonstram que nos últimos anos, houve um aumento da ida dos adolescentes ao serviço de urgência por perturbações mentais. No estudo de Hoge et al. (2022), as evidências também mostram serviços inapropriados para a assistência a adolescentes com perturbações de saúde mental, o que se deve à sobrelotação dos serviços de urgência, o que pode levar a aumento da agitação, ansiedade e stresse. A interpretação que os autores fazem da literatura é que esta oferece provas irrefutáveis de que os adolescentes estão a ser encaminhados para os serviços de urgência por problemas de saúde mental a um ritmo crescente, por razões frequentemente consideradas clinicamente inadequadas. Dadas as dificuldades atuais nos sistemas de saúde, é raro que esses adolescentes sejam atendidos nos serviços de emergência por um profissional especialista em saúde mental ou recebam avaliação ou tratamento baseado em evidências, apesar de serem mantidos nos serviços de urgência por muito mais tempo do que aqueles que são atendidos por razões não relacionadas com a saúde mental. A taxa de aumento destes encaminhamentos para os serviços de urgência parece ser muito maior para os adolescentes afro-americanos e latinos e nos com seguro público e sem seguro, enquanto diminui para os que usufruem de seguro privado. A investigação sugere que a exposição ao racismo, tanto individual como sistémico, contribui para um aumento dos sintomas de problemas de saúde mental e desigualdades nos cuidados de saúde. Nos últimos anos, segundo Hoge et al. (2022), quer antes como depois da pandemia por COVID-19, assistiu-se a um aumento da prevalência de doenças mentais e do consumo de substâncias por parte dos adolescentes o que requiere, de acordo com os mesmos autores, uma melhor identificação e encaminhamento destes adolescentes, uma vez que os serviços de urgência são inadequados, havendo a necessidade premente de sistema de cuidados na comunidade, escassez de camas de internamento pediátrico e falta de serviços de crise não hospitalares.

Analogamente aos relatos dos meios de comunicação social tem havido numerosos relatos na literatura profissional de que os adolescentes com problemas de saúde mental estão a visitar os serviços de urgência com muito maior frequência. Recentemente, a Academia Americana de Pediatria, a Academia Americana de Psiquiatria da Criança e do Adolescente e a Associação de Hospitais Infantis (2021) declararam conjuntamente um estado de emergência na saúde mental da criança e do adolescente, citando aumentos dramáticos nas condições de saúde mental e na utilização dos serviços de urgência. O

aumento da utilização dos serviços de urgência relacionada com a saúde mental tem gerado uma preocupação considerável entre os profissionais de saúde. De um modo geral, Gonzalez et al. (2020) consideram os serviços de urgência pediátrica como um ambiente sub-otimizado para crianças e adolescentes com problemas de saúde mental. Estes ambientes são frequentemente caracterizados pela falta de privacidade, ambientes super-estimulantes, exposição a outros adolescentes do foro psiquiátrico e uma frequente ausência de avaliação e tratamento adequados para as condições de saúde mental (Gonzalez et al., 2020). Hoge et al. (2022) recomendam um conjunto abrangente de estratégias para melhorar a qualidade e a equidade dos cuidados de saúde a adolescentes com problemas de saúde mental, bem como a presença de profissionais de saúde especializados.

A corroborar, MacDonald et al. (2022) verificaram um aumento da prevalência deste fenómeno, com maior procura do serviço de urgência por parte de adolescentes mais velhos, raparigas, de minorias raciais ou étnicas e com experiências de adversidade na infância, história parental de doença mental e privação socioeconómica, bem como por comportamentos agressivos, perturbações do humor, tentativa de suicídio, ansiedade e consumo de substâncias. À semelhança do estudo de Hoge et al. (2022), MacDonald et al. (2022) constataram que, apesar da predominância dos serviços de urgência na resposta às crises de saúde mental dos adolescentes, também se tem verificado que os serviços de urgência não estão bem equipados para responder às necessidades destes adolescentes e das suas famílias. Os serviços de urgência carecem frequentemente dos recursos necessários, tais como especialistas em saúde mental, oportunidades de formação na área para os enfermeiros e ligações a cuidados ambulatoriais. Como tal, os adolescentes têm muitas vezes dificuldade em receber as avaliações ou tratamentos corretos de saúde mental nos serviços de urgência e poucos são encaminhados para cuidados adequados e contínuos após a sua visita aos serviços de urgência. As evidências do estudo de MacDonald et al. (2022) documentam três trajetórias: contacto com o serviço de urgência iniciado por assistentes sociais, contacto com o serviço de urgência iniciado pela polícia por uso de substâncias e comportamentos externalizados e contacto com o serviço de urgência iniciado pelos pais por ideação/tentativas de suicídio. Apesar de todos os adolescentes estarem a ser seguidos pela assistência social e de muitos já estarem a receber serviços de saúde mental, muitos recorreram aos serviços de urgência frequentemente. Este facto realça a necessidade de uma maior coordenação entre a assistência social, os serviços de saúde mental dos adolescentes e os serviços de urgência.

No seu estudo, Chadi et al. (2021), no qual foram comparadas as alterações pré/pós-COVID-19 nas visitas aos serviços de urgência relacionadas com a saúde mental entre os adolescentes, num espaço temporal janeiro de 2018 e dezembro de 2020, foram encontradas mudanças mensais pré/pós-COVID-19 na frequência e proporção de idas ao serviço de urgência devido a problemas de saúde mental, bem como as mudanças nas taxas de hospitalização por transtornos alimentares, ideação suicida, uso de substâncias e outras condições de saúde mental. Chadi et al. (2021) referem que o seu estudo indica impactos significativos da COVID-19 na saúde mental dos adolescentes e a necessidade de mais estudos longitudinais nesta área. Radhakrishnan et al. (2022) constataram que, entre 2019 e 2022, as visitas ao serviço de urgência por parte de adolescentes com perturbações mentais aumentaram e com maior prevalência entre os adolescentes do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 12 e os 17 anos. O mesmo estudo refere que no ano de 2020, os motivos foram os seguintes: transtornos alimentares, depressão e perturbação obsessivo-compulsiva; durante 2021 registou-se a ansiedade, trauma, elevados níveis de stresse, transtornos alimentares e obsessivo-compulsivo. Durante janeiro de 2022, em comparação com 2019, a proporção de consultas no serviço de urgência por transtornos alimentares duplicou entre os adolescentes do sexo feminino, tendo as restantes perturbações triplicado durante a pandemia.

De acordo com Instituto Nacional de Estatísticas (2022, p. 4), em Portugal, “26,6% da população com 16 ou mais anos reportou ter sentido um efeito negativo da pandemia COVID-19 sobre a saúde mental em 2021”. De igual modo, o estudo longitudinal retrospectivo de Ferro et al. (2023), através de uma análise das idas ao serviço de urgência por parte de adolescentes com perturbações mentais entre 10 de março de 2019 a 10 de março de 2021, concluiu que a monitorização das consultas nos serviços de urgência para as perturbações do humor e do comportamento alimentar e a compreensão das alterações no perfil dos adolescentes que recorrem aos serviços de urgência, ajudam a reforçar o papel dos serviços de urgência na identificação de situações clínicas especiais.

Tem havido uma preocupação crescente com o aumento dos problemas de saúde mental entre os adolescentes, especialmente desde a pandemia de COVID-19. As tendências das visitas aos serviços de urgência relacionadas com a saúde mental são um indicador importante das necessidades de saúde mental não satisfeitas em ambulatório (Bommersbach et al., 2023). Face a esta realidade, os mesmos autores estimaram as tendências anuais nas visitas aos serviços de urgência relacionadas com a saúde mental entre adolescentes e jovens adultos dos EUA. Os dados, relativos entre 2011 a 2020, no *Hospital Nacional Ambulatory Medical Care Survey*, com uma amostragem probabilística

nacional e transversal dos serviços de urgência, foram utilizados para analisar as visitas relacionadas com a saúde mental de adolescentes e jovens adultos. As consultas nos serviços de urgência relacionadas com a saúde mental associadas a perturbações psiquiátricas ou de consumo de substâncias foram identificadas pela Classificação Internacional de Doenças-Nona Revisão, Modificação Clínica (ICD-9-CM; 2011-2015) e ICD-10-CM (2016-2020) códigos de diagnóstico de alta ou por códigos de motivo de visita. De 2011 a 2020, o número ponderado de consultas pediátricas relacionadas com a saúde mental aumentou de 4.8 milhões (7.7% de todas as visitas do serviço de urgência pediátrica) para 7.5 milhões (13.1% de todas as visitas) com uma variação percentual média anual de 8,0%. As tendências de aumento significativas foram observadas entre adolescentes e jovens adultos em todos os sexos, raças e etnias. Aumentaram as visitas relacionadas com a ideação, passando de 0,9% para 4,2% de todas as consultas pediátricas nos serviços de urgência (variação percentual média anual, 23,1%). Os autores concluíram que, ao longo dos últimos 10 anos, a proporção de idas ao serviço de urgência por parte de adolescentes e jovens adultos por razões de saúde mental duplicou, incluindo um aumento de cinco vezes as relacionadas com as ideações suicidas. Estes resultados sublinham a necessidade urgente de melhorar a capacidade dos serviços de saúde mental e de emergência para os adolescentes. Como refere Santos (2021, p. 10), o aumento de idas ao serviço de urgência “pode ser justificada por falta de capacidade de resposta em ambulatório, mas também poderá acontecer por uma maior consciencialização sobre a doença psiquiátrica na infância e adolescência ou pela mudança de atitude da população, que sinaliza mais facilmente situações de agressão ou comportamento aparentemente instável”. A mesma autora reporta que um estudo dinamarquês correlacionou

“o aumento de casos de tentativa de suicídio em crianças e adolescentes não só com a diminuição do limiar de sofrimento da população, que parece estar relacionado com ambientes pobres ou violentos, conviver diariamente com doentes mentais ou presenciar abusos de substâncias; mas também com uma diminuição de procura de auxílio psiquiátrico atempado” (Santos, 2021, p. 10).

Face a esta realidade, assume grande importância a promoção da saúde mental nos adolescentes, o que é sublinhado nas principais estratégias e planos de ação, quer a nível internacional, quer a nível nacional, pois, como defende a UNICEF (2021), a saúde mental é um direito inalienável a ser protegido e promovido. Se tal não acontecer, o impacto na sociedade, nos adolescentes e nas suas famílias é incomensurável, com consequências que se prolongam até à idade adulta, afetando a sua saúde física e mental, bem como limita as oportunidades e condiciona o seu papel na sociedade. O PNSIJ tem como uma das suas

linhas de atuação o desenvolvimento emocional, reforçar a prioridade no investimento na “prevenção das perturbações emocionais e do comportamento (DGS, 2013, p.7).

Um estudo anterior de coorte transversal de base populacional com conjuntos de dados administrativos demográficos e de saúde de jovens de 10 a 24 anos de idade, com uma visita ao serviço de urgência devido a problemas de saúde mental de 1 de abril de 2010 a 31 de março de 2014, em Ontário, Canadá, de autoria de Gill et al. (2017), registou que num universo de 118.851 adolescentes com uma ida ao serviço de urgência por questões de saúde mental, 14,0% foram admitidos. Mais de metade (53,5%) não tinha tido cuidados prévios de saúde mental em ambulatório, o que foi associado a uma idade mais jovem (14-17 *versus* 22-24 anos, residência em meio rural, baixo rendimento familiar mensal, imigrantes refugiados e outros imigrantes. Os 5,1% do grupo sem recursos a cuidados de saúde primários, apresentaram o maior risco de primeiro contacto com o serviço de urgência.

Apesar da sua elevada prevalência, os problemas de saúde mental dos adolescentes, em muitos casos, são subtratados. Para compreender melhor a lacuna na assistência a adolescentes com perturbação de saúde mental, Islam et al. (2022) avaliaram a prevalência e os fatores correlacionados com a procura de ajuda, incluindo a perceção da necessidade de cuidados e o acesso a esses cuidados. Os dados foram retirados do inquérito *Young Minds Matter* (YMM) - o segundo inquérito australiano a crianças e adolescentes sobre a saúde mental e o bem-estar. Os dados relatados pelos pais e os dados auto-relatados pelos adolescentes foram combinados num único conjunto de dados para analisar 2464 adolescentes australianos com idades compreendidas entre os 13 e os 17 anos. As perturbações mentais incluíam a depressão, a ansiedade, a perturbação de hiperatividade/défice de atenção e o distúrbio de conduta. As evidências do seu estudo revelaram que 15,0%, 4,6% e 7,7% tinham sido avaliados apenas com perturbações mentais, com automutilação/suicídio e com ambos, respetivamente. Globalmente, 47,4% e 27,5% dos adolescentes, respetivamente, sentiram necessidade de cuidados e utilizaram serviços de saúde nos últimos 12 meses. A avaliação profissional das perturbações mentais e o autorrelato de automutilação/ideação suicida foram associadas a uma maior probabilidade de perceção de necessidade e de utilização de serviços de saúde ($p < 0,001$, para todas).

Num outro estudo, realizado por Cappelli et al. (2017), ficou demonstrado que estes adolescentes tinham morbidade clínica substancial, revelaram-se satisfeitos com a sua

visita ao serviço de urgência e acederam a cuidados de seguimento no prazo de um mês, com alguma variabilidade.

Os adolescentes com perturbações de saúde mental e de dependência são um grupo vulnerável que, muitas vezes, são levados para o hospital para serem atendidos no serviço de urgência (Freedman et al., 2020). Reportam que todos os anos, durante a última década, as visitas aos serviços de urgência pediátrica por motivos de saúde mental de adolescentes têm aumentado substancialmente. As crises agudas de saúde mental podem ocorrer devido a uma variedade de etiologias, inesperadas ou não tratadas, como intenções suicidas, ataques de pânico e comportamentos agressivos. Como tal, referem que os EEESIP desempenham um papel vital na avaliação, segurança e bem-estar do adolescente e no seu encaminhamento para serviços especializados e a sua abordagem aos cuidados de saúde deve ter como foco a identificação dos riscos, informar os adolescentes e família sobre o tratamento e ter em conta as necessidades e preferências desta díade, como parte de uma abordagem centrada no utente pediátrico/família e um trabalho em parceria. Informam que um estudo anterior realizado por membros da sua equipa concluiu que nem todos os serviços de urgência pediátrica estão dotados com uma equipa dedicada aos cuidados de saúde mental e não utilizam ferramentas validadas para orientar as avaliações dos enfermeiros e de outros profissionais de saúde para orientar as avaliações ou garantir que as famílias sejam incluídas nos cuidados de acompanhamento. Reforçam ainda que as visitas ao serviço de urgência são frequentemente demoradas e as famílias declararam que não sentem que as suas necessidades sejam satisfeitas, o que limita a prestação de cuidados de saúde mental aos adolescentes que carecem da máxima qualidade e eficiência. Apuraram ainda que mais de 80% dos adolescentes que visitam um serviço de urgência com uma crise de saúde mental têm alta para casa. Embora os cuidados de acompanhamento sejam essenciais após uma crise de saúde mental, a maioria dos profissionais de saúde do serviço de urgência que supervisionam o planeamento da alta podem ter pouca familiaridade ou acesso a opções de cuidados de acompanhamento. Como resultado, as famílias podem não receber recomendações específicas ou ser-lhes pedido que sejam elas próprias a organizar os cuidados. Isto é problemático porque dar às famílias a responsabilidade de organizar os cuidados de acompanhamento durante uma crise pode ser angustiante e um desafio desmesurado; os serviços de urgência são o primeiro contacto das famílias dos adolescentes com perturbações mentais quando estes estão mais vulneráveis e esta abordagem não garante a ligação à continuidade dos cuidados. Mesmo quando é feita uma recomendação de acompanhamento, os jovens regressam

frequentemente aos serviços de urgência em poucos dias, o que é denominado de “fenómeno da porta giratória” (Freedman et al., 2020).

A corroborar, Cushing et al. (2023) referem que as visitas ao serviço de urgências pediátricas de adolescentes por crises de saúde mental estão a aumentar. Estes recorrem frequentemente aos serviços de urgência e é um problema particularmente preocupante, uma vez que as visitas aos serviços de urgência são normalmente repetidas. Por conseguinte, no seu estudo os objetivos consistiram em descrever as tendências das visitas aos serviços de urgência pediátrica e determinar os fatores associados a esta realidade. Neste estudo foram obtidos dados de 38 serviços de urgências pediátricas dos EUA no Sistema de Informação de Saúde Pediátrica entre 1 de outubro de 2015 e 29 de fevereiro de 2020, tendo sido incluídos utentes pediátricos com idades entre 3 e 17 anos com uma ida a este serviço por questões de saúde mental. Constataram, assim, que os adolescentes com perturbações psicóticas, perturbações disruptivas ou de controlo de impulsos e perturbações do neurodesenvolvimento tinham maior probabilidade de vivenciar o denominado fenómeno da “porta giratória”. Os que tinham perturbações relacionadas com o consumo de substâncias eram menos propensos a voltar a recorrer a este serviço. Face a esta realidade, Cushing et al. (2023) salientam que é necessário direcionar as intervenções hospitalares e comunitárias para adolescentes com perturbações mentais de alto risco, para ajudar a mitigar o uso recorrente do serviço de urgência e melhorar a prestação de cuidados a esta população.

Face a estes resultados, importa salientar que um dos cuidados do EEESIP com adolescentes com perturbações mentais que recorrem ao serviço de urgência, é o estabelecimento da relação terapêutica, uma parte essencial do papel do enfermeiro e a chave para a obtenção de resultados positivos para os utentes pediátricos que utilizam os serviços de saúde, para promover relações mais positivas (Zugai et al., 2015). A equipa de enfermagem é o núcleo da profissão de cuidar e o desenvolvimento de relações eficazes com as pessoas cuidadas é fundamental para a promoção da saúde (Zugai et al., 2015). A relação terapêutica em enfermagem é encarada como um processo interpessoal terapêutico significativo que funciona em cooperação com outros processos humanos que tornam a saúde possível para indivíduos e comunidades (Peplau, 1988). Essa aliança terapêutica – a relação que une o profissional e o utente do serviço – é entre um ser humano e outro, com uma singularidade de cada díade (Forchuk, 1995), o que exige, portanto, esforços renovados a cada nova situação. Os enfermeiros veem o desenvolvimento da aliança terapêutica como uma convergência de habilidades profissionais interpessoais com a experiência de vida pessoal, e os utentes veem-na como um suporte de vida para a sua

capacidade de promover a colaboração e a sensação de serem compreendidos (Zugai et al., 2015; Coffey et al., 2019). As relações terapêuticas ou a aliança construída entre o enfermeiro e o adolescente, recetor dos cuidados, é o preditor mais forte para a obtenção de bons resultados face a um adolescente com perturbação do foro psicológico, independentemente do modelo de intervenção ou abordagem utilizada (Hartley et al., 2022). A estrutura do serviço, os protocolos e os planos de cuidados também têm de refletir que as relações terapêuticas são multifacetadas e requerem capacidade de resposta e flexibilidade no tempo, espaço e pessoas, juntamente com um compromisso com a prática baseada em valores consistentes. As transições que os adolescentes vivenciam podem ser também fatores de particular vulnerabilidade e, portanto, o estabelecimento de uma relação terapêutica com os adolescentes com alguma perturbação do foro mental no serviço de urgência é fundamental.

Conclusão

A realização desta revisão narrativa revela o interesse do estudo desta problemática. De facto, nas últimas décadas, tem-se observado na maioria dos países desenvolvidos um claro aumento do recurso aos serviços de urgência por parte de adolescentes com problemas de saúde mental. Ficou evidenciado que os serviços de urgência tornaram-se o principal ponto de entrada no sistema de cuidados de saúde mental para a maioria dos adolescentes que procuram ajuda, o que representa um desafio significativo para os serviços de urgência que têm de responder a uma procura crescente por parte desta população pediátrica. Também ficou demonstrado que o aumento da prevalência das perturbações psiquiátricas pediátricas, por si só, não explica um aumento tão significativo do número de consultas de urgência, ou seja, será a escassez de profissionais de saúde de mental que pode explicar este aumento de prevalência. Outra perspetiva da investigação para explicar esta tendência global consiste em avaliar a forma como o tipo de problemas de saúde mental dos adolescentes tratados nos serviços de urgência tem mudado ao longo do tempo. Assim, um melhor conhecimento dos motivos e da origem do encaminhamento para o serviço de urgências assume-se de grande interesse para se compreender as necessidades dos adolescentes e da sua família, bem como pode ajudar a desenvolver intervenções mais direcionadas, a fim de resolver algumas das suas dificuldades e, em última análise, limitar o problema da sobrelotação dos serviços de urgência. Todavia, constatou-se que, até à data, a evolução das características demográficas e clínicas dos adolescentes que recorrem aos serviços de urgência devido a problemas de saúde mental ainda tem sido objeto de poucos estudos empíricos, o que leva a sugerir a continuidade deste trabalho, mas com recurso a um estudo primário que analise a realidade local ou a realidade nacional.

Confirmou-se a crescente utilização do serviço urgência por parte dos adolescentes devido a perturbações de saúde mental e as alterações nos tipos de problemas de saúde mental ao longo das últimas três décadas. As evidências indiretas poderão apoiar a hipótese de que esta mudança é causada pelas crescentes exigências dos utentes e das famílias num contexto de escassez de profissionais de saúde mental e não por alterações demográficas, económicas ou epidemiológicas. Os estudos não compararam medidas específicas de gravidade clínica e de psicopatologia e comorbilidades, que poderiam ajudar a compreender mais precisamente os fatores sociodemográficos e clínicos que contribuem para a evolução observada. Estes resultados podem, por sua vez, ajudar no

desenvolvimento de intervenções no modelo de programas a serem desenvolvidos e pilotados em todo o país para potencializar mais acesso dos adolescentes a profissionais de saúde mental, na comunidade e em Cuidados de Saúde Primários.

Como implicações para a prática, considera-se que este trabalho contribuiu para o desenvolvimento de conhecimentos com base em evidências, o que servirá de ponto de partida para uma futura prática profissional como EEESIP que se deseja de excelência, para poder estabelecer uma relação terapêutica, centrada na criança e família, no caso concreto no serviço de urgência e nos cuidados prestados a adolescentes com perturbações do foro mental. Na verdade, a relação empática e a comunicação assertiva entre esta díade é uma chave para uma assistência de qualidade e mais humanizada.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2013). *DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. Forte da Casa: Climepsi.
- Antão, C., Rodrigues, N., Sousa, F., Anes, E., & Pereira, A. (abril de 2018). Hospitalização da criança: sentimentos e opiniões dos pais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology – INFADEL*; 2(1), 125-132. doi:<https://doi.org/10.17060/ijodaep.2018.n1.v2.1201>
- Barbosa, A. I. (2013). *Método Canguru: Conhecimentos, Crenças e Práticas dos Enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9448/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20M%C3%A9todo%20Canguru%20Conhecimentos%20Cren%C3%A7as%20e%20Pr%C3%A1ticas%20dos%20Enfermeiros.pdf>
- Batalha, L. M. (2017). *Doença crónica e hospitalização: implicações no desenvolvimento criança e cuidados a prestar - Manual de estudo Versão 1*. Coimbra: ESEnfC.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/43840/1/MESIP_362_original.pdf
- Bommersbach, T.J., McKean, A.J., Olfson, M., & Rhee, T.G. (2023). National Trends in Mental Health-Related Emergency Department Visits Among Youth, 2011-2020. *JAMA*; 329(17), 1469-1477. doi: 10.1001/jama.2023.4809.
- Brito, A., Sartóris, A., Silva, C., Rodrigues, G., & Costa, M. (2017). Presença dos pais durante a reanimação da criança - Uma reflexão epistemológica, ética, deontológica e jurídica. *Percursos*; 38, 3-25. https://www.researchgate.net/profile/Ana-Sartoris-2/publication/333642720_Presenca_dos_pais_durante_a_reanimacao_da_crianca_Uma_reflexao_epistemologica_etica_deontologica_e_juridica/links/5cf8eaa692851c4dd02c53d4/Presenca-dos-pais-durante-a-reanimacao-da-
- Canadian Institute of Health Information (2015). *Care for children and youth with mental disorders*. <https://www.cihi.ca/sites/default/files/document/care-children-youth-with-mental-disorders-en.pdf>
- Cappelli, M., Cloutier, P., Newton, A. S., Fitzpatrick, E., Ali, S., Dong, K. A., ... Rosychuk, R. J. (2017). Evaluating mental health service use during and after emergency

department visits in a multisite cohort of Canadian children and youth. *CJEM*; 1–12. doi:10.1017/cem.2017.416

Cardoso, N.L. (2011). *Casuística das Intoxicações Clínicas em Portugal: Perfil das Intoxicações no Serviço de Urgência Geral do Hospital de São Teotónio - Viseu, E.P.E.* [Dissertação de Mestrado], Covilhã (Portugal): Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/912>

Carta da Criança Hospitalizada (s.d.). Carta da Criança Hospitalizada. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_carta_crianca_hospitalizada.pdf

Centers for Disease Control and Prevention. (2020). *Data and statistics on children's mental health*. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>

Chadi, Spinoso-Di Piano, C., Osmanlliu, E., Gravel, J., & Drouin, O. (2021). Mental Health–Related Emergency Department Visits in Adolescents Before and During the COVID-19 Pandemic: A Multicentric Retrospective Study. *Journal of Adolescent Health*; 69(5), 847–850. <https://doi.org/10.1016/j.jadoheal>

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. Browser CIPE (2019 release). <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth/icnp-browser>

Coffey, M., Hannigan, B., Barlow, S., Cartwright, M., Cohen, R., Faulkner, A., ... Simpson, A. (2019). *Recovery-focused mental health care planning and co-ordination in acute inpatient mental health settings: a cross national comparative mixed methods study*. *BMC Psychiatry*, 19(1). doi:10.1186/s12888-019-2094-

Conselho Nacional de Saúde (2019). *Sem mais tempo a perder. Relatório CNS Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década*. Conselho Nacional de Saúde, 2019 ISSN: 2184-6960. Acedido em <https://fronteirasxxi.pt/wp-content/uploads/2020/02/%E2%80%9Csem-mais-tempo-a-perder%E2%80%9D-CNS-2019.pdf>

Cushing, A.M., Liberman, D.B., Pham, P.K. et al. (2023). Mental Health Revisits at US Pediatric Emergency Departments. *JAMA Pediatr.*; 177(2):168–176. doi:10.1001/jamapediatrics.2022.4885

Ferro, V., Aversa, R., Murciano, M., Raucci, U., Cristaldi, S., Musolino, A. M. C., Pontillo, M., et al. (2023). Has Anything Changed in the Frequency of Emergency Department Visits and the Profile of the Adolescent Seeking Emergency Mental Care during the

- COVID-19 Pandemic? *Children*, 10(3), 578. MDPI AG. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3390/children10030578>
- Flückiger, C., Del Re. A., Wlodosch. D., Horvath. A., Solomonov. N., & Wampold. B. (2020). Assessing the alliance-outcome association adjusted for patient characteristics and treatment processes: A meta-analytic summary of direct comparisons. *J Couns Psychol.*; 67(6), 706-711. doi: 10.1037/cou0000424.
- Forchuk, C. (1995). Uniqueness within the nurse-client relationship. *Archives of Psychiatric Nursing*, 9(1), 34–39. doi:10.1016/s0883-9417(95)80015-8
- Freedman, S., ThullFreedman, J., & Lightbody ,T. (2020). Introducing an innovative model of acute paediatric mental health and addictions care to paediatric emergency departments: a protocol for a multicentre prospective cohort study. *BMJ Open Quality*; 9:e001106. doi:10.1136/ bmjoq-2020-001106
- Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2021). *Mental health*. <https://data.unicef.org/topic/child-health/mental-health/>
- Fundo das Nações Unidas para a Infância [UNICEF] (2021). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>
- Fusar-Poli, P. (2020). Emergency department and early detection of adolescents and young adults at risk of developing mental disorders: an exploratory study. *PSYCHOTHERAPY RESEARCH*; 23(2), 189-196. <https://doi.org/10.4081/ripppo.2020.459>
- García-Carrión, R., Villarejo-Carballido, B., & Villardón-Gallego, L. (2019). Children and Adolescents Mental Health: A Systematic Review of Interaction-Based Interventions in Schools and Communities. *Frontiers in Psychology*, 10. doi:10.3389/fpsyg.2019.00918
- Gill, P. J., Saunders, N., Gandhi, S., Gonzalez, A., Kurdyak, P., Vigod, S., & Guttman, A. (2017). Emergency Department as a First Contact for Mental Health Problems in Children and Youth. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(6); 475–482.e4. doi:10.1016/j.jaac.2017.03.012
- Gonzalez, K., Patel, F. M., Cutchins, L. A., Kodish, I., & Uspal, N. G. (2020). Advocacy to Address Emergent Pediatric Mental Health Care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*, 100778. doi:10.1016/j.cpem.2020.100778

- Green, B.N., Johnson, C.D., & Adams, A. (2006). Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J Chiropractic Medicine*; 5:101–117.
- Hartley, S., Redmond, T., & Berry, K. (2022). Therapeutic relationships within child and adolescent mental health inpatient services: A qualitative exploration of the experiences of young people, family members and nursing staff. *PLoS One*.; 17(1), e0262070. doi: 10.1371/journal.pone.0262070.
- Hoge, M.A., Vanderploeg, J., Paris, M. J., Lang, J.M., & Olezeski, C. (2022). Emergency Department Use by Children and Youth with Mental Health Conditions: A Health Equity Agenda. *Community Ment Health J.*; 58(7), 1225-1239. doi: 10.1007/s10597-022-00937-7
- Instituto Nacional de Estatísticas (2022). *Estatísticas da Saúde – 2020*. Instituto Nacional de Estatística, I.P. Edição digital ISSN 2183-1637. ISBN 978-989-25-0599-2.
- Islam, M., Yunus, F., & Isha, S. (2022).. The gap between perceived mental health needs and actual service utilization in Australian adolescents. *Sci Rep*; 12, 5430. <https://doi.org/10.1038/s41598-022-09352-0>
- Javed, A., Lee, C., Zakaria, H., Buenaventura, R. D., Cetkovich-Bakmas, M., Duailibi, K., ... Azeem, M. W. (2021). *Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low- and middle-income countries*. *Asian Journal of Psychiatry*, 58, 102601. doi:10.1016/j.ajp.2021.102601
- Leff, R. A., Setzer, E., Cicero, M. X., & Auerbach, M. (2020). Changes in pediatric emergency department visits for mental health during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(1), 33–38. doi:10.1177/1359104520972453
- Lehane, E., Leahy-Warren, P., O’Riordan, C., Savage, E., Drennan, J., O’Tuathaigh, C., ... Hegarty, J. (2018). Evidence-based practice education for healthcare professions: an expert view. *BMJ Evidence-Based Medicine*, *bmjebm–2018–111019*. doi:10.1136/bmjebm-2018-111019
- Lopes, A. P. (2016). *Relatório de estágio: Cuidar em Pediatria: a importância da parceria de cuidados entre pais e enfermeiros*. Lisboa: Católica, Instituto de ciências da Saúde. file:///C:/Users/anaro/Downloads/Relat%C3%B3rio%20de%20Est%C3%A1gio_ANAL OPES%20(1).pdf

- MacDonald, K., Laporte, L., Desrosiers, L., & Iyer, S.N. (2022). Emergency Department Use for Mental Health Problems by Youth in Child Welfare Services. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*; 31(4), 202-213. Epub 2022 Nov 1. PMID: 36425014; PMCID: PMC9661906.
- Melo, E., Ferreira, P., Lima, R., & Mello, D. (2014). Envolvimento dos pais nos cuidados de saúde de crianças hospitalizadas. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(3), pp. 432-439. doi: 10.1590/0104-1169.3308.2434
- Mendes, M. G., & Martins, M. M. (março de 2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*; III(6), 113-121. <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn6/serIIIIn6a11.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico (Inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei nº 156/2015 de 16 de Setembro)*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Organização Mundial de Saúde (2018). Adolescents Mental Health. WHO. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organização mundial de Saúde (OMS) (2021a). Adolescents and mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021b). Adolescents and mental health. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021c). Adolescents and mental health. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud (2021). Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. OMS. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organization GWH (2018). *Mental health atlas 2017*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241514019>
- Peplau, H. E. (1988). The Art and Science of Nursing: Similarities, Differences, and Relations. *Nursing Science Quarterly*, 1(1), 8–15. doi:10.1177/089431848800100105

- Phua, D., Kee, M., Koh, D., Rifkin-Graboi, A., Daniels, M., Chen, H., . . . Meaney, M. (2017). Positive maternal mental health during pregnancy associated with specific forms of adaptive development in early childhood: Evidence from a longitudinal study. *Development and Psychopathology*; 29(5), 1573-1587. doi:10.1017/S0954579417001249
- Portugal, SNS, BI-CSP (2020). *Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários*. <https://bicsp.minsaude.pt/pt/biufs/2/20022/2182591/Pages/default.aspx>
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil - Inserido na norma 010/2013. DGS.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. DGS.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde (2020). Plano Nacional de Vacinação 2020. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Portugal. Direção-Geral da Saúde. Norma da Direção-Geral de Saúde nº 0002 atualizada (2015). Sistemas de triagem dos sistemas de urgência e referência interna imediata. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA002_2015.pdf
- Presidência do Conselho de Ministros (2021) Decreto-Lei n.º 113/2021, de 14 de dezembro. Diário da República, 1.ª série. N.º 240 https://www.pgdlisboa.pt/leis/lei_mostra_articulado.php?nid=3486&tabela=leis&ficha=1&pagina=1
- Radhakrishnan, L., Leeb, R.T., Bitsko, R.H., Carey, K., ... Anderson, K.N. (2022). Pediatric Emergency Department Visits Associated with Mental Health Conditions Before and During the COVID-19 Pandemic - United States, January 2019-January 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.*; 71(8), 319-324. doi: 10.15585/mmwr.mm7108e2.
- Rafael, M., Portela, S., Sousa, P., & Fernandes, A. (2017). Utilização do serviço de urgência pediátrica: a experiência de um centro português. *Scientia Medica*; 27(1), 2-8. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/view/24919/15381>.
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, publicado em Diário da República nº 26/2009,

2.^a Série. Nº 26 de 6 de fevereiro de 2019
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Relatório das Experiências piloto de Cuidados Continuados Integrados de Saúde Mental (2020). <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/07/Relatorio-CCISM-2020.pdf>

Rosa, A. (2018). *Literacia em saúde mental em adolescentes: desenvolvimento de um instrumento de avaliação*. (Tese de doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências biomédicas de Abel Salazar, Porto). http://oasisbr.ibict.br/vufind/Record/RCAP_52

Santos, C. (2021). COVID-19 E Saúde mental dos adolescentes: vulnerabilidades associadas ao uso de internet e mídias sociais. *HOLOS*, 3, 1–14. <https://doi.org/10.15628/holos.2021.11651>

Santre, S. (2022). Mental Health Promotion in Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*; 18(2), 122-127. doi:[10.1177/09731342221120709](https://doi.org/10.1177/09731342221120709)

Silva, S.A., Silva, S.U., Ronca, D.B., Gonçalves, V.S.S., Dutra, E.S., & Carvalho, K.M.B. (2020) Common mental disorders prevalence in adolescents: A systematic review and meta-analyses. *PLoS ONE*; 15(4), e0232007. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232007>

Stratton, S. (2019). Literature Reviews: Methods and Applications. *Prehospital and Disaster Medicine*; 34(4), 347-349. doi:10.1017/S1049023X19004588

Tamnes, C. K., Herting, M. M., Goddings, A.-L., Meuwese, R., Blakemore, S.-J., Dahl, R. E., ... Mills, K. L. (2017). Development of the Cerebral Cortex across Adolescence: A Multisample Study of Inter-Related Longitudinal Changes in Cortical Volume, Surface Area, and Thickness. *The Journal of Neuroscience*, 37(12), 3402–3412. doi:10.1523/jneurosci.3302-16.2017

Tavares, M., Reinaldo, A., Villa, E., Henriques, B., & Pereira, D. (2017). Perfil de adolescentes e vulnerabilidade para o uso de álcool e outras drogas. *Revista de Enfermagem UEFP On Line*; 11 (10), 3906-3912. Doi: 10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201727

World Health Organization [WHO] (2004). Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice: Summary Report. Geneva, World Health Organization.

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/promoting_mhh.pdf (accessed March 10, 2018).

World Health Organization [WHO]. (2016). *Child and Adolescent Mental Health.* WHO. World Health Organization. http://www.who.int/mental_health/maternal-child/child_adolescent/en/

World Health Organization (2017) [WHO]. *“Depression: Let’s Talk” Says WHO, as Depression Tops List of Causes of Ill Health.* WHO. World Health Organization. at: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2017/world-health-day/en/>

World Health Organization [WHO] (2021). *Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2030.* Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/initiatives/mental-health-action-plan-2013-2030>

World Health Organization [WHO] (2022). *Mental disorders.* <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

World Health Organization [WHO]. (2022). *Mental health.* https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response/?qclid=Cj0KCQiAsburBhCIARIsAExmsu4qTolfo_O_2h4gpJ4d9ggI9S93pSYaRJPZtTEB1U997HI2pli3ULkaAuR-EALw_wcB

World Health Organization [WHO]. (1997). *Adolescence: The Critical Phase.* World Health Organization.

Zugai, J. S., Stein-Parbury, J., & Roche, M. (2015). Therapeutic Alliance in Mental Health Nursing: An Evolutionary Concept Analysis. *Issues in Mental Health Nursing*, 36(4), 249–257. doi:10.3109/01612840.2014.969795

Apêndices



Controlo da dor na criança/jovem com recurso a estratégias não farmacológicas



Visão, março de 2022



“Dor 5.º Sinal Vital” (Direção-Geral da Saúde, nº 09/DGCG, 1406/2003)

Na prestação de cuidados de Enfermagem, convivemos diariamente com a dor e sofrimento de crianças, como resultado das mais diversas intervenções (Short et al, 2017).

A dor é descrita como uma sensação desagradável e de mal-estar que causa sofrimento. Este sofrimento, vai além da dor física, afetando, as mais diversas áreas (fisiológica, sensorial, comportamental, afetiva, cognitiva e sociocultural). É uma experiência individual e subjetiva, o que torna a compreensão deste fenómeno tão complexa (Mendes et al., 2022).



○ Enfermeiro de Saúde Infantil e Pediátrica possui conhecimentos que lhe permitem pôr em prática as estratégias não farmacológicas de alívio da dor.
○ O controlo da dor insere-se nos Padrões de Qualidade de Enfermagem.



Visão, março de 2022



Padrões de qualidade

Na procura permanente da excelência, o enfermeiro maximiza o bem-estar da criança e da família.

Toma como foco de atenção a dor na criança e adota as estratégias ao seu alcance para prevenir e controlar a dor.

- Critérios:**
- Recolhe informação e valoriza a história da dor;
 - Avalia a dor nas crianças, utilizando escalas de heteroavaliação;
 - Ensina a criança sobre a utilização de escalas de auto-avaliação;
 - Diagnostica a dor;
 - Planeia intervenções;
 - Adota estratégias para prevenir a dor;
 - Monitoriza a intensidade da dor;
 - Avalia sinais fisiológicos e comportamentais de dor;
 - Informa a criança e família sobre estratégias de controlo da dor;
 - Utiliza estratégias não farmacológicas juntamente com as farmacológicas;
 - Envolve a família nas estratégias de controlo da dor;
 - Reporta alterações do diagnóstico de dor;
 - Documenta o resultado das intervenções.



Princípios gerais

- Ter atenção à idade da criança e ao seu desenvolvimento cognitivo;
- **Negociar** a presença do pai/mãe ou de alguém significativo.
- Facilitar a **segurança e proteção** pelos pais.
- Permitir que os pais decidam o tipo de colaboração que pretendem dar.
- Assegurar que os procedimentos sejam executados pelo enfermeiro com quem a criança/ família já tem uma relação de confiança estabelecida.
- **Dar informação** à criança de forma simples e exata sobre o que irá ser feito.

Indicadores de Dor na Criança

A dificuldade em reconhecer e valorizar a dor na criança relaciona-se, em parte, com a dificuldade na avaliação dos fenómenos dolorosos e com a diversidade das suas reações. Esta é uma tarefa que se apresenta como um desafio singular (Risaw et al., 2017).



- No bebé, a identificação da dor só é possível com recurso a medidas fisiológicas e/ou comportamentais.
- Entre os 18/24 meses, a criança começa a sinalizar verbalmente a dor.
- A criança com idade entre 1-3 anos pode reagir de forma mais violenta, podendo mostrar-se hiperativa e inquieta. Há crianças que podem manifestar atitudes menos facilmente identificáveis, com apenas redução da atividade espontânea, evitando situações lúdicas ou apresentam alterações de sono e alimentação.
- A partir 4/5 anos, a criança começa a ser capaz de discriminar sensações diferentes, verbalizar e representar a dor e o medo.

(Barros, 2003).

Vitor, março de 2023

Métodos e Instrumentos de Avaliação da Dor na Criança

Autoavaliação

A primeira avaliação da dor deve basear-se na observação do comportamento da criança e no seu relato verbal, no entanto, deve procurar-se sempre uma contraprova destas observações e autoavaliações (Barros, 2003).

A Escala Visual Analógica (EVA)



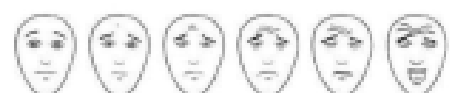
Escala de Faces Wong-Baker



Heteroavaliação

Utilizada quando a criança é incapaz de se avaliar. Pode ser feita pelo enfermeiro, médico, pais ou outra pessoa que use escalas comportamentais ou compostas para observar a criança (Basilha, 2010).

Escala de Faces Revista



História de dor

- Obter **informações úteis** para a prevenção, avaliação e seleção conjunta das estratégias de alívio da dor;
- **Valorizar o conhecimento** que os pais têm acerca da dor do seu filho;
- **Alertar os pais** para a avaliação e intervenção na dor.



Nas crianças com idades a partir dos seis anos e no adolescente, as perguntas devem ser dirigidas à própria criança/adolescente e aos pais. Em idades inferiores, a entrevista é realizada aos pais.

Construção do diagnóstico

No âmbito dos novos modelos de desenvolvimento de cuidados de enfermagem pediátricos, os pais são parceiros na prestação de cuidados de saúde aos seus filhos. Cabe aos enfermeiros colaborar na sua adaptação aos processos de saúde, adequando o seu papel parental através do ensino, instrução e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades para que possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos.

Segundo a **CIPE**

Foco – **DOR**
Juízo de diagnóstico –
PRESENTE



Diagnóstico de Enfermagem –
DOR PRESENTE



Avaliar localização e
intensidade (Escala de avaliação).

Intervenções de enfermagem

Na prática, os diferentes diagnósticos orientam para a prescrição de intervenções de Enfermagem com ações do tipo:

- **Vigiar**
 - **Monitorizar**
 - **Gerir**
 - **Ensinar**
 - **Instruir**
 - **Treinar**
 - **Executar**
- Vigiar a dor;
 - Posicionar o recém-nascido;
 - Massajar partes do corpo;
 - Comprimir partes do corpo;
 - Ensinar o adolescente sobre autocontrolo da dor;
 - Instruir o adolescente sobre técnica de relaxamento;

Métodos físicos

Possibilitam reduzir a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular

- **Aplicação de calor:** na zona dolorosa promove a circulação sanguínea;
- **Aplicação de frio:** produz um efeito contrário do calor, pois reduz a circulação sanguínea e possui uma ação anti-inflamatória, promovendo o alívio da dor e a diminuição do edema;
- **Massagem:** promove o conforto, alivia a tensão muscular local;
- **Buzzy®** - possui o formato de abelha, cujo corpo emite ondas vibratórias e as asas são refrigeradas para a redução da temperatura local. O dispositivo pode ser instalado a uma distância de 5cm do local da inserção da agulha.

(Batalha, 2010; OE, 2013; Mendes-Neto & Santos, 2020)
Viseu, março 2022

Outras estratégias

- Aromoterapia;
 - Reflexologia;
 - Reiki
- REIKI**
- Acupuntura
 - Hipnose
 - Musicoterapia
- Arteterapia
 - Humor
 - Riso

Posicionamentos e mudanças de posição
Dispositivos eletrónicos- telemóvel/tablet



- Dessensibilização sistemática
- Estimulação elétrica transcutânea



Métodos físicos



Possibilitam **reduzir a intensidade do estímulo doloroso, a reação inflamatória e a tensão muscular**

- **Aplicação de calor:** na zona dolorosa promove a circulação sanguínea;
- **Aplicação de frio:** produz um efeito contrário do calor, pois reduz a circulação sanguínea e possui uma ação anti-inflamatória, promovendo o alívio da dor e a diminuição do edema;
- **Massagem:** promove o conforto, alivia a tensão muscular local;
- **Buzzy®** - possui o formato de abelha, cujo corpo emite ondas vibratórias e as asas são refrigeradas para a redução da temperatura local. O dispositivo pode ser instalado a uma distância de 5cm do local de inserção de agulha.

Técnicas cognitivo-comportamentais

Distração: técnicas simples, acessíveis, que requerem pouco tempo, porque as crianças estão distraídas durante os procedimentos.

Simulação ou modelagem: demonstração e/ou simulação do procedimento por outra criança ou adulto. Pode usar-se instrumentos médicos reais ou de brincar.

Brincar: uso do brinquedo e/ou recurso a jogos lúdicos.



Técnicas cognitivo-comportamentais



Imaginação guiada: promove a sensação de bem-estar e relaxamento, com a indução de um estado de concentração, reforçado uma ideia e/ou imagem.

Relaxamento: reduz a ansiedade e a tensão muscular.

Biofeedback: dar à criança informação sobre o funcionamento fisiológico (frequência cardíaca, temperatura da pele, tensão muscular), o que pode ser realizado através de recursos visuais e audiovisuais.



Cartões de distração

Os cartões **Distraction®** são uma ferramenta cuidadosamente projetada para distração cognitiva de procedimentos dolorosos. Estes especificamente consistem em 5 cartões coloridos que são facilmente transportados no bolso. Existem quatro diferentes conjuntos de cartas temáticas com perguntas apropriadas para a idade do paciente no verso de cada cartão. As perguntas oferecem tarefas de busca e contagem para o paciente responder (Qual o macaco que tem os lábios pintados de vermelho?), proporcionando um alívio natural da dor ao desviar a atenção de procedimentos dolorosos.



BUZZY®

Congelar as asas do Buzzy

Colocar as asas no congelador. À temperatura ambiente as asas permanecerão congeladas durante 10 minutos. Para um melhor alívio da dor, as asas devem ser congeladas até alcançar um estado sólido.

Colocar as asas no Buzzy



Coloque o Buzzy

Nas injeções, sobreponha o Buzzy na zona a injetar durante 30 a 60 segundos. Em seguida, mova o Buzzy para cima e proteja-o durante a injeção. O Buzzy deve ser colocado próximo à zona da dor para ser mais eficaz. O Buzzy ficará colocado entre a zona da dor e o cérebro.

Ligar o Buzzy

Quando o Buzzy estiver colocado no local apropriado, seja com uma cinta de conforto, com um garrote ou com a mão, pressione o botão que se encontra no topo do Buzzy. O Buzzy mini tem um temporizador de desligamento automático após 3 minutos.

Evidências recentes demonstram que a associação entre a vibração e a crioterapia tem eficácia na redução da dor em crianças, reduzindo a ansiedade das crianças e dos pais durante os procedimentos executados com agulhas.

Avaliação dos resultados

Os resultados de enfermagem são o resultado presumido das intervenções de Enfermagem.

A avaliação tem como objetivo:

- Aferir a eficácia das intervenções;
- Fazer a gestão correta da dor;
- Prestar melhores cuidados de enfermagem;
- Promover a satisfação de crianças/pais/profissionais;

Obter ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente:

- Resolução da dor/ganhos expressos na perceção da intensidade da dor;
- Resolução do autocontrolo;
- Ganhos em conhecimento sobre estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Ganhos em aprendizagem de capacidades para utilizar estratégias não farmacológicas de alívio da dor;
- Promover a melhoria contínua da qualidade.

Conclusão



As crianças desenvolvem-se em diferentes níveis, tanto física como psicologicamente, e são suscetíveis à dor. Os efeitos adversos da dor nas crianças podem ser divididos em efeitos a curto prazo e efeitos a longo prazo, efeitos a curto prazo por exemplo: hesitação às vacinas e medo de agulhas e, efeitos a longo prazo, como: sensibilidade à dor, ansiedade excessiva, distúrbios sociais e comportamento de evitamento.

Organização Mundial de Saúde recomenda que **a dor nas crianças deve ser tratada como um direito humano fundamental** (Mendes et al., 2022), pelo que existe uma **necessidade urgente de controlo da dor nas crianças!**

Referências bibliográficas

- Barras, L. (2003). *Patologia pediátrica: Perspetiva desenvolvimentista* (2a ed. rev. e ampl.). Lisboa: Climeast. [Batalha, L. \(2010\). Dor em pediatria: Compreender para mudar. Lisboa: Lidel](#)
- Batalha, L. (2010). *Dor em pediatria: Compreender para mudar*. Lisboa: Lidel
- Direção-Geral de Saúde, nº 09/DGCG, A Dor como 5º sinal vital. Relatório estatístico da Intensidade da Dor. 14/06/2003. https://www.dgsi.gov.pt/dgsi/documentos/DGS-dor_como_5_sinal_vital_-_2003.pdf
- Direção-Geral de Saúde, Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças Norma n.º 014/2010, 14/12/2010. https://www.dgsi.gov.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA%20ORIENTACOES%20DGS_014_2010%20DEN%20DEZ_2010.pdf
- Hicks, C. L., Beaver, C. L., Scaford, P. A., Korlax, I. V., & Goodenough, B. (2001). The faces pain scale-revised: Toward a common metric in pediatric pain measurement. *Pain*, 93 (2), 173-183
- Mendes, B. V., Furlan, M. S., & Sanches, M. B. (2022). Non-pharmacological interventions in painful needle procedures in children: Integrative review. *BrP: São Paulo*; 5(1), 61-7. 10.5935/2595-0118.20220004
- Mendes-Nevo, I. M., & Santos, S. L. (2020). Vibration associated with cryotherapy to relieve pain in children. *BrP: São Paulo*; 3(1):53-7. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200012>
- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia orientador de boas práticas estratéicas não farmacológicas no controlo da dor na criança*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/fozoba_estrategiasnaofarmacologicascontroloadorcancas.pdf
- Rizaw L, Naranz K, Thakur JS, Ghal S, Kaur S, Bhardi B. Efficacy of floofits to reduce pain in children during venipuncture - a randomized controlled trial. *Indian J Pediatr*. 2017;84(8):597-600
- Short S, Pace G, Birnbaum C. Nonpharmacologic techniques to assist in pediatric pain management. *Clin Pediatr Emerg Med*. 2017;18(4):256-60

Viseu, março de 2023



OBRIGADA PELA VOSSA ATENÇÃO

